

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socijalna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Snježana Svitlić-Budisavljević

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIJALNA GERONTOLOGIJA

**IZGORELOST MEDICINSKIH SESTER V
DOMOVIH ZA OSTARELE - PRIMERJAVA
HRVAŠKE IN SLOVENIJE**

**PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE
MEDICINSKIH SESTARA U DOMOVIMA ZA
STARIJE OSOBE – USPOREDBA HRVATSKE I
SLOVENIJE**

Mentor: Doc. Mgr. Lucie Vidovićová, Ph.D. Kandidat: Snježana Svitlić-Budisavljević

Maribor, kolovoz 2023.

ZAHVALA

Veliko hvala mojoj mentorici Doc. Mgr. Lucie Vidovićová, Ph.D. na iznimnoj pomoći i bezgraničnoj podršci tijekom svih ovih godina i pisanja ove disertacije.

Zahvaljujem se svim profesorima na AMEU – ECM na prenesenom znanju i velikom entuzijazmu koji su nam pružali tijekom studija.

Posebna zahvala svim kolegicama i kolegama u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji koji su u vrijeme pandemije izdvojili svoje vrijeme i posvetili ga ovom istraživanju, bez vas ovog rada ne bi bilo.

Također se zahvaljujem svim prijateljima, stručnim suradnicima iz različitih područja neophodnih za stvaranje ovakvog rada te svim ostalim dragim ljudima koji su mi na direktni ili indirektni način pomagali, kao i svojoj obitelji na podršci i velikom strpljenju.

SAŽETAK

Profesionalno sagorijevanje (eng. burnout) je stanje emocionalne i fizičke iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća koje se javlja kod pojedinaca koji su izloženi dugotrajnom stresu na radnom mjestu. Posebno je izraženo kod medicinskih sestara zbog prirode posla koji često uključuje rad u zahtjevnim okruženjima, visok nivo stresa i emocionalno teške situacije kao što su bolesti, smrti pacijenata i konstantni pritisak brige o drugima. Ovo je istraživanje imalo za cilj utvrditi postojanje profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji te procijeniti u kojem se omjeru ono javlja u obje države. Istraživanje je provedeno online, a istraživački instrument koji se koristio za ispitivanje sindroma sagorijevanja je standardizirani Oldenburški upitnik (OLBI) primijenjen na prigodnom uzorku od 436 ispitanika iz obje države. Rezultati istraživanja su pokazali da samo 2% ispitanika ima nisku razinu sagorijevanja, polovina ispitanika ima srednju razinu, a ostatak ima visoku razinu sagorijevanja iz čega se može zaključiti da sve medicinske sestre koje su sudjelovale u istraživanju imaju sindrom profesionalnog sagorijevanja.

Iz ovih rezultata proizlazi zaključak da se intenzivno treba raditi na prevenciji sagorijevanja kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji, a u slučaju gdje je sagorijevanje prisutno, potrebno je primijeniti mjere rješavanja problema kako bi se smanjila šteta za zdravlje medicinskih sestara i kvaliteta skrbi za starije osobe u domovima.

Ključne riječi: profesionalno sagorijevanje, sagorijevanje medicinskih sestara, stres na poslu, dom za starije osobe, znakovi sagorijevanja.

ABSTRACT

Professional burnout is a state of emotional and physical exhaustion, depersonalization, and reduced personal achievement that occurs in individuals exposed to long-term workplace stress. It is especially pronounced in nurses due to the nature of their work, which often involves working in demanding environments, high levels of stress, and emotionally difficult situations such as illness, death of patients, and the constant pressure of caring about others. This research aimed to determine the professional burnout of nurses in homes for the elderly in Croatia and Slovenia and to assess in what proportion it occurs in both countries. An online survey was conducted, and the research instrument used to examine burnout syndrome was the standardized Oldenburg Questionnaire (OLBI) applied to a relevant sample of 436 subjects from both countries. The results of the research showed that only two percent of respondents have a low level of burnout, half of the respondents have a medium level, and the rest have a high level of burnout, from which it can be concluded that all nurses who participated in the research have professional burnout syndrome. From these results comes the conclusion that intensive work should be done on the prevention of burnout among nurses working in homes for the elderly in Croatia and Slovenia, and in the case where burnout is present, it is necessary to apply certain measures in order to reduce the harm to the health of nurses and the quality of care for the elderly in homes.

Keywords: professional burnout, nursing burnout, job stress, nursing home, signs of burnout.

SADRŽAJ

1 UVOD.....	1
2 PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE MEDICINSKIH SESTARA – „BURNOUT“	6
2.1 Definiranje pojma	6
2.2 Znakovi i simptomi.....	12
2.3 Razlike između stresa i profesionalnog sagorijevanja	13
2.4 Čimbenici povezani s profesionalnim sagorijevanjem i uzroci nastanka	13
2.4.1 Dob	15
2.4.2 Spol.....	17
2.4.3 Bračni status	18
2.4.4 Obrazovanje	19
2.4.5 Radni staž	20
2.4.6 Radni sati.....	21
2.4.7 Roditeljstvo/djeca.....	23
2.4.8 Obitelj.....	24
2.4.9 Uvjeti rada (radno okruženje)	24
2.4.10 Zadovoljstvo poslom	27
2.4.11 Međuljudski odnosi	28
2.4.12 Nagrade i pohvale.....	29
2.4.13 Složenost posla.....	30
2.4.14 Nedostatak sredstava za rad	31
2.4.15 Osobni dohodak.....	32
2.4.16 Rukovodstvo i načini vodstva	33
2.4.17 Vrsta ustanove – privatna/državna	36
2.4.18 COVID-19.....	37
2.4.19 Broj korisnika na jednu sestru	39
2.4.20 Ageizam	40
2.5. Posljedice sagorijevanja.....	41
2.6. Prevencija.....	42
2.7. Intervencije za smanjenje i rješavanje problema sagorijevanja	43
2.8. Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području	48

3 EMPIRIJSKI DIO	51
3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije.....	51
3.2 Istraživačka pitanja i hipoteze doktorske disertacije.....	52
3.2.1 Istraživačka pitanja	52
3.2.2 Hipoteze.....	53
3.3 Metodologija istraživanja	54
3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka	55
3.3.2 Opis instrumenta.....	57
3.3.2.1 Upitnik općih podataka.....	57
3.3.2.3 Nezadovoljstvo na poslu i utjecaj COVID-a 19 na radnom mjestu	58
3.3.2.4 Upitnik The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)	59
3.3.3 Opis uzorka.....	60
3.3.4 Opis obrade podataka	62
3.4 Rezultati.....	64
3.4.1 Deskriptivne i inferencijalne statističke analize rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	75
3.5 Rasprava.....	171
3.5.1 Analiza prve hipoteze i povezanosti mikrofaktora s profesionalnim sagorijevanjem	173
3.5.2 Analiza podhipoteza prve hipoteze.....	173
3.5.3 Analiza druge hipoteze i povezanosti mezofaktora s profesionalnim sagorijevanjem	180
3.5.4 Analiza podhipoteza druge hipoteze.....	182
3.5.5 Analiza treće hipoteze i povezanosti makrofaktora s profesionalnim sagorijevanjem	193
3.5.6 Analiza podhipoteza treće hipoteze	194
3.5.7 Analiza četvrte hipoteze	199
3.5.8 Analiza pete hipoteze	200
3.5.9 Međusobna interakcija mikro, mezo i makrofaktora.....	202
3.5.10 Znanstveni doprinos istraživanja	203
3.5.11 Ograničenja istraživanja	204
4 ZAKLJUČAK	206
5 POPIS LITERATURE I IZVORA	210

PRILOZI

Prilog A: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta

Prilog B: Anketni upitnik (Hrvatski)

Prilog C: Anketni upitnik (Slovenski)

Prilog D: Suglasnost ustanova za provođenje istraživanja

IZJAVA O AUTORSTVU

POTVRDA O LEKTORIRANJU

POPIS SLIKA

Slika 1: Prikaz varijabli i karakteristika koje mogu imati značaj na profesionalno sagorijevanje.....	52
Slika 2: Prikaz broja medicinskih sestara u državama EU-a na 100 000 stanovnika.....	61

POPIS TABLICA

Tablica 1: Pet faza sagorijevanja	8
Tablica 2: Odgovori ispitanika na prvu skupinu pitanja u primijenjenom istraživačkom upitniku.....	64
Tablica 3: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o zamoru suosjećanja (Compassion Fatigue).....	70
Tablica 4: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o profesionalnom sagorijevanju	72
Tablica 5: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	75
Tablica 6: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kliničkim kategorijama	76
u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	76
Tablica 7: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	77
Tablica 8: Rezultati ANOVA testa testiranja rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u hrvatskim domovima za starije na upitniku profesionalnog sagorijevanja	77
Tablica 9: Deskriptivna statistika varijable radnog staža ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	78
Tablica 10: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije između varijable dužine radnog staža i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	79

Tablica 11: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema razini obrazovanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	80
Tablica 12: Rezultati Kruskal-Wallis H testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih razina obrazovanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	81
Tablica 13: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema varijabli ageizma u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	82
Tablica 14: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata između ispitanika koji iskazuju ageizam i onih koji to ne čine u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	82
Tablica 15: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika koji u kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	83
Tablica 17: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitog bračnog statusa u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	85
Tablica 18: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status	85
Tablica 19: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama radnih sati tjedno u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	86
Tablica 20: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata između skupina ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	87
Tablica 21: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema vrsti ustanova u kojima rade u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 238)	88

Tablica 22: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema vrsti ustanove u kojoj rade u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja...	89
Tablica 23: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	90
Tablica 24: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada na upitniku profesionalnog sagorijevanja u hrvatskim domovima za starije osobe...	91
Tablica 25: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	92
Tablica 26: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	93
Tablica 27: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	94
Tablica 28: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema neslaganju s nadređenima u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	95
Tablica 29: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	96
Tablica 30: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji složenosti posla u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja..	97
Tablica 31: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	98

Tablica 32: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka sredstava za rad u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	99
Tablica 33: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog izostanka pohvala i nagrada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	100
Tablica 34: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	101
Tablica 35: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema mjestu rada u različitim državama u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja – Hrvatska i Slovenija (N = 436).....	102
Tablica 36: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	103
Tablica 37: Rezultati Hi-kvadrat testa ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe izraženi u kliničkim kategorijama profesionalnog sagorijevanja.....	104
Tablica 38: Rezultati Hi-kvadrat testa ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe izraženi u kliničkim kategorijama profesionalnog sagorijevanja.....	105
Tablica 39: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 436).....	106
Tablica 40: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	107
Tablica 41: Rezultati Hi-kvadrat testa rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe	108

Tablica 42: Rezultati Hi-kvadrat testa rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe	109
Tablica 43: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“) u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 436).....	110
Tablica 44: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“) kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	111
Tablica 45: Rezultati Hi-kvadrata testa rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“)	112
Tablica 46: Rezultati Hi-kvadrata testa rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“)	113
Tablica 47: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o nezadovoljstvu na poslu i utjecaju pandemije COVID-a 19	114
Tablica 48: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	116
Tablica 49: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije	117
Tablica 50: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	118
Tablica 51: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru.....	118
Tablica 52: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe.....	119
Tablica 53: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe.....	120

Tablica 54: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama osobnih primanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240).....	120
Tablica 55: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema osobnim primanjima kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	121
Tablica 56: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te mikrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	123
Tablica 57: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mikrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	124
Tablica 58: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te makrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	126
Tablica 59: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim makrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe	127
Tablica 60: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	128
Tablica 61: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kliničkim kategorijama u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	128
Tablica 62: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	129

Tablica 63: Rezultati ANOVA testa testiranja rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	130
Tablica 64: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (Bonferroni post hoc test)	130
Tablica 65: Deskriptivna statistika varijable radnog staža ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe	132
Tablica 66: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije između varijable dužine radnog staža i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	132
Tablica 68: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih razina obrazovanja u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	134
Tablica 69: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema varijabli ageizma u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	135
Tablica 70: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata ispitanika koji iskazuju ageizam i onih koji to ne čine u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	136
Tablica 71: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika koji u kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	137
Tablica 72: Rezultati t-testa usporedbe rezultata između ispitanika koji skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji i onih koji to ne čine u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	138
Tablica 73: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitog bračnog statusa u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	139

Tablica 74: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status	139
Tablica 75: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama radnih sati tjedno u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	140
Tablica 76: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata između skupina ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	141
Tablica 77: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema vrsti ustanova u kojima rade u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	142
Tablica 78: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema vrsti ustanove u kojoj rade u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	143
Tablica 79: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	144
Tablica 80: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada	145
Tablica 81: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	146
Tablica 82: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	147
Tablica 83: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	148

Tablica 84: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema neslaganju s nadređenima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	149
Tablica 85: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	150
Tablica 86: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji složenosti posla u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	151
Tablica 87: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	152
Tablica 88: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka sredstava za rad u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	153
Tablica 89: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog izostanka pohvala i nagrada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196).....	154
Tablica 90: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	155
Tablica 91: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	157
Tablica 92: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije	158
Tablica 93: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	159

Tablica 94: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	159
Tablica 95: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe.....	160
Tablica 96: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe.....	160
Tablica 97: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama osobnih primanja u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)	161
Tablica 98: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata ispitanika prema osobnim primanjima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja.....	162
Tablica 99: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te mikrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe	164
Tablica 100: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mikrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe	165
Tablica 101: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te makrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe	167
Tablica 102: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim makrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe	168

Tablica 103: Usporedba rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema hipotezama.....	169
Tablica 104: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	234
Tablica 105: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim skupinama (N = 240)	234
Tablica 106: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijable radnog staža ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)	235
Tablica 107: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijable razine obrazovanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja	235
Tablica 108: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema razini ageizma.....	236
Tablica 109: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji.....	236
Tablica 110: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status.....	237
Tablica 111: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno	237
Tablica 112: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade	238

Tablica 113: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada	238
Tablica 114: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu.....	239
Tablica 115: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema neslaganju s nadređenima	239
Tablica 116: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu složenošću posla	240
Tablica 117: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka sredstava za rad.....	240
Tablica 118: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada	241
Tablica 119: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u Hrvatskoj i Sloveniji	241
Tablica 120: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali otuđenosti.....	242
Tablica 121: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali iscrpljenosti	242

Tablica 122: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete	243
Tablica 123: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe.....	243
Tablica 124: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe.....	244
Tablica 125: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru.....	244
Tablica 126: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim primanjima	245
Tablica 127: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim skupinama (N = 196).....	245
Tablica 128: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli radnog staža (N = 196)	246
Tablica 129: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli razine obrazovanja	246
Tablica 130: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema razini ageizma	247
Tablica 131: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji	247

Tablica 132: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status	248
Tablica 133: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno	248
Tablica 134: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade.....	249
Tablica 135: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada	249
Tablica 136: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu.....	250
Tablica 137: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema neslaganju s nadređenima	250
Tablica 138: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji složenosti posla	251
Tablica 139: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka sredstava za rad.....	251
Tablica 140: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada	252

Tablica 141: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim i hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u Hrvatskoj i Sloveniji.....	252
Tablica 142: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete	253
Tablica 143a: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe.....	253
Tablica 144: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru.....	254
Tablica 145: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim primanjima	254

1 UVOD

Sestrinska profesija smatra se jednom od težih profesija na globalnoj razini i karakterizirana je velikim opterećenjem, brzim tempom i intenzitetom rada. Medicinska sestra na radnom mjestu obavlja posao koji zahtijeva vještine promatranja, odlučnu procjenu stanja bolesnika, prepoznavanje zdravstvenih potreba i problema u skrbi. Obavlja njegu bolesnika i njegove obitelji u zdravstvenim ustanovama, u mjestu stanovanja bolesnika te sudjeluje u medicinskoj dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji (Kalandyk i Penar – Zadarko 2013, 105). Medicinske sestre temelj su zdravstvenog sustava i njihova je uloga neprocjenjiva u brizi i zdravstvenoj njezi kako bolesnika u bolnicama tako i korisnika u domovima za starije i nemoćne osobe (Mosuela 2020, 27). Što su zdravstveni radnici manje umorni i zasićeni poslom, to su emocionalno angažiraniji, imaju bolji fizički osjećaj blagostanja te su svjesniji potencijalnih sigurnosnih opasnosti imajući u vidu potrebe svojih pacijenata, korisnika i obitelji (Profit i dr. 2014, 811). Radna okruženja u sestrinstvu uključuju specifične stresore na poslu kao što su izloženost boli i smrti, stres, nedostatak podrške nadređenih, međuljudske sukobe i sl., stoga se sestrinstvo smatra rizičnom profesijom za nastanak profesionalnog sagorijevanja (Garrosa u Wang i dr. 2013, 79).

Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara, također poznato kao "sindrom izgaranja" ili "burnout", predstavlja ozbiljan problem s kojim se mnoge medicinske sestre suočavaju. To se odnosi na stanje emocionalne, fizičke i psihičke iscrpljenosti koje nastaje kao rezultat dugotrajnog stresa na radnom mjestu (Help guide 2023), kao i niza drugih faktora koji direktno ili indirektno utječu na stvaranje ovog fenomena. Prije dvadesetak godina nije se uočavala razlika u stupnju sagorijevanja kao danas kada se mogu uočiti i nove vrste različitih stresora (Mayzell 2020) koji su prisutni kako u društvu tako i u poslovnom aspektu, stoga se može zaključiti da je profesionalno sagorijevanje vrlo kompleksan fenomen koji se „hrani s puno izvora“. Zato se može očekivati nadopunjavanje definicije koja je već sada poprilično kompleksna.

S obzirom na navedeno, svrha ove doktorske disertacije je bila utvrditi postojanje profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji kroz niz faktora podijeljenih na mikro, mezo i makrorazinu, a koji potencijalno mogu biti povezani s profesionalnim sagorijevanjem. Mikrofaktori se odnose na individualne i demografske karakteristike kao što su:

obrazovanje, životna dob, godine radnog staža, staž na sadašnjem radnom mjestu u domu za starije osobe, ageizam, briga o članovima obitelji kao što su starije osobe ili dijete s posebnim potrebama te bračno stanje. Mezofaktori uključuju institucije odnosno domove u kojima ispitanici rade te varijable vezane uz uvjete rada i radno vrijeme, dok makrofaktori prikazuju razlike na nivou država kao što su: broj sestara na jednog korisnika, obrazovanje, plaće i COVID-19.

Cilj je istraživanja utvrditi povezanost mikrofaktora i značaj individualnih karakteristika ispitanika na profesionalno sagorijevanje; utvrditi povezanost mezofaktora i značaj strukturalnih i radnih karakteristika na profesionalno sagorijevanje; zatim utvrditi povezanost makrofaktora i značaj socio-ekonomskih karakteristika na profesionalno sagorijevanje te opisati kontekstualni utjecaj na mikro, mezo i makrorazini što je originalan i sveobuhvatni koncept koji se u dosadašnjim radovima nije provodio, stoga predstavlja značajan doprinos znanosti.

S polaznom pretpostavkom da medicinske sestre koje rade u slovenskim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja, osim navedenog, cilj je bio komparirati dobivene rezultate iz obje države te utvrditi stvarno stanje ovog fenomena što je također nova i sveobuhvatna analiza. Do sada se problemu pristupalo jednostrano u smislu analize profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara u hrvatskim ili samo u slovenskim domovima, a ne komparativno što je slučaj u ovoj disertaciji te time također predstavlja značajan doprinos znanosti i temelj za buduća istraživanja.

Osim potvrde postojanja profesionalnog sagorijevanja, važnost pisanja o ovoj temi značajna je zbog podizanja svijesti o važnosti brige o zdravlju medicinskih sestara jer one same imaju ključnu ulogu u pružanju zdravstvene skrbi (Mosuela 2020, 27) kako pacijentima u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, tako i korisnicima u domovima za starije osobe. Kako su često izložene visokim razinama stresa, tako za posljedicu nastupa stanje profesionalnog sagorijevanja što može imati ozbiljne posljedice po njihovo fizičko i psihičko zdravlje. Takvo stanje može utjecati na sposobnost pružanja kvalitetne zdravstvene skrbi pacijentima i korisnicima (Bakker i Costa 2014, 119). Iscrpljenost može dovesti do smanjene koncentracije i pogrešaka u radu te smanjene empatije prema pacijentima. Pisanje o ovoj problematici pomaže naglasiti važnost stvaranja podržavajućeg radnog okruženja koje će omogućiti medicinskim sestrama da pruže najbolju moguću njegu. Informacije o sagorijevanju medicinskih sestara mogu pomoći u prepoznavanju simptoma (Smith i dr. 2019) i pružanju odgovarajuće podrške. Osiguravanje adekvatnih

resursa, edukacija i treninga za prevenciju i liječenje sagorijevanja može biti korisno za medicinske sestre, osobe koje rukovode zdravstvenim (Harrad i Sulla 2018, 67) i socijalnim ustanovama te cijelom zdravstvenom sustavu. Pisanje o ovom problemu doprinosi širem razumijevanju izazova s kojima se suočavaju zdravstveni radnici te potiče razgovor i inicijative usmjerene na zaštitu i podršku medicinskih sestara kao i mogućnost dizajniranja intervencija kojima bi se uspješno moglo prevenirati ili barem ublažiti posljedice koje su enormne gledajući s aspekta zdravlja medicinskih sestara, zadovoljstva korisnika u domovima, ekonomskog gubitka ustanove zbog korištenja bolovanja i slično (Pirker-Binder 2017, 4). Javnost može bolje razumjeti stresne uvjete rada medicinskih sestara te biti svjesna važnosti pružanja podrške i zahvalnosti prema njihovom radu te podizanju svijesti o ovom sveprisutnom problemu.

Provedenim istraživanjem, prikazanim u ovoj disertaciji, odgovorit će se na glavna istraživačka pitanja vezana uz profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara na već navedene mikro, mezo i makrofaktore te značaj mezofaktora na profesionalno sagorijevanje u odnosu na mikro i makrofaktore.

Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da individualne karakteristike, odnosno mikrofaktori, nemaju osobit značaj na profesionalno sagorijevanje, kao što nemaju ni socio-ekonomske karakteristike odnosno makrofaktori, za razliku od mezofaktora koji svojim strukturalnim i radnim karakteristikama vezanim uz posao mogu imati znatniji učinak na pojavu profesionalnog sagorijevanja.

Sva se istraživačka pitanja detaljno razrađuju u sljedećih pet hipoteza s podhipotezama koje su navedene u empirijskom dijelu:

H1: Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama.

H2: Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima.

H3: Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makrofaktorima na nivou država.

H4: Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.

H5: Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.

U disertaciji možemo pratiti četiri dijela. Nakon prvog, uvodnog dijela, slijedi drugi dio koji opisuje profesionalno sagorijevanje, počevši od definiranja pojma i simptomatologije. Slijedi opis niza varijabli prema kojima su postavljene hipoteze povezane s profesionalnim sagorijevanjem kao što su: individualne i demografske karakteristike ispitanika, zatim varijable vezane uz rad u domu za starije osobe kao što su uvjeti, zadovoljstvo, kompleksnost posla, nedostatak sredstava, plaća, zadovoljstvo rukovodstvom, ageizam i broj korisnika na jednu sestru. Nakon navedenog, opisane su posljedice, prevencija, metode suočavanja i rješavanja problema profesionalnog sagorijevanja kao i ocjena dosadašnjih istraživanja. U trećem istraživačkom dijelu opisana je metodologija, razrađeni su i objašnjeni dobiveni rezultati istraživanja nakon kojih slijedi rasprava, dok četvrti dio predstavlja zaključak.

Istraživanje potrebno za ovu disertaciju provodilo se u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji na uzorku koji se sastojao od medicinskih sestara/tehničara i njegovateljica. Broj ispitanika u Hrvatskoj je bio 240, dok u Sloveniji 196 što je rezultiralo ukupnim brojem od 436 ispitanika.

Podatci su se prikupljali od prosinca 2021. do srpnja 2022. godine na prigodnom uzorku medicinskih sestara svih razina obrazovanja. U Hrvatskoj je ispitivanje provedeno u deset, a u Sloveniji u devet gradova u kojima su medicinske sestre pristale na ispunjavanje upitnika.

Za prikupljanje podataka koristila se online metoda anketiranja putem Google Forms anketnog upitnika sastavljenog od više skupina pitanja.

Za mjerenje profesionalnog sagorijevanja koristio se validirani upitnik The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Upitnik se ispunjavao na dobrovoljnoj bazi i anonimno. U svrhu lakšeg razumijevanja i skraćivanja naziva sudionika ovog istraživanja, treba napomenuti da se u daljnjem tekstu do kraja ove disertacije naziv *medicinska sestra* odnosi na sve ženske i muške djelatnike različite razine obrazovanja koja uključuje: medicinske sestre/tehničare sa srednjoškolskim obrazovanjem; medicinske sestre/tehničare prvostupnike; medicinske sestre/tehničare s visokoškolskim obrazovanjem (diplomirane i magistre) te njegovateljice i njegovatelje koji su zastupljeni u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe te skrbe i njeguju korisnike, a čiji se posao velikim dijelom preklapa s radom medicinske sestre na srednjoj razini obrazovanja, stoga su uključeni u ovo istraživanje.

Ova disertacija, osim što prikazuje komparaciju rezultata profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara koje rade u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji, daje kompleksnu sliku uključenih mikro, mezo i makrovarijabli koje do sada nisu u takvom sastavu analizirane ni u jednom dosadašnjem istraživanju.

2 PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE MEDICINSKIH SESTARA – „BURNOUT“

2.1 Definiranje pojma

Sedamdesetih godina prošlog stoljeća u New Yorku, psiholog Herbert J. Freudenberger bavio se ovisnicima o psihoaktivnim supstancama koji su se u to vrijeme zvali „burnouts“. Taj naziv označavao je osobu koja nije bila zainteresirana za ništa drugo osim za drogu i postizanje njenog psihostimulativnog efekta što je za posljedicu kod osobe dovodilo do propadanja motivacije te radnih i životnih sposobnosti. Freudenberger se sa svojim suradnicima počeo baviti novim konceptom tzv. „burnoutom“ (Skovholt i Trotter-Mathison 2016, 102).

U članku „Staff Burnout“ izdanom 1974. godine, objašnjen je gubitak volje među liječnicima koji su radili s ovisnicima. Tada je prvi put upotrijebljen izraz „burnout“ koji je ostao utemeljen te se kao takav zadržao do današnjeg dana. U rječniku je glagol „burn-out“ definiran kao „propasti“ ili „iscrpljen zbog pretjeranih zahtjeva za energijom, snagom ili resursima“ što se upravo događa kod djelatnika na radnom mjestu u raznim institucijama kada profesionalno sagorijeva i postane inoperativan (Freudenberger 1974, 159).

Profesorica socijalne psihologije Christine Maslach smatra se jednom od vodećih istraživača na području profesionalnog sagorijevanja te je sa svojim suradnicima napisala niz knjiga i članaka na tu temu (Skovholt i Trotter-Mathison 2016, 104).

Prema autorici Maslach sagorijevanje je psihološki sindrom koji se javlja kao dugotrajni odgovor na kronične međuljudske stresore na poslu. Tri ključne dimenzije ovog odgovora su: ogromna iscrpljenost, osjećaj cinizma i odvojenosti od posla te osjećaj neučinkovitosti i nedostatak postignuća. Značaj ovog trodimenzionalnog modela je u tome što jasno smješta individualno iskustvo stresa unutar društvenog konteksta i uključuje poimanje osobe o sebi i drugima. Društvena perspektiva koristila je koncepte koji uključuju međuljudske odnose, tj. kako ljudi doživljavaju i reagiraju na druge kao i koncepte motivacije i emocija. Klinička se perspektiva također bavila motivacijom i emocijama, ali ih je više uokvirila psihološkim poremećajima, kao što je depresija. Kasniji istraživači došli su iz industrijsko-organizacijske psihologije, a ta je perspektiva naglašavala radne stavove i ponašanja. Također je u tom trenutku sagorijevanje konceptualizirano kao oblik stresa na poslu, ali je primarni fokus bio na organizacijskom kontekstu, a manje na fizičkim karakteristikama doživljenog stresa. Ono što je proizašlo iz deskriptivnog rada bile su tri dimenzije iskustva

sagorijevanja. Dimenzija iscrpljenosti također je opisana kao istrošenost, gubitak energije i umor. Dimenzija cinizma koja je izvorno nazvana depersonalizacija također je opisana kao negativni ili neprimjereni stav prema klijentima/pacijentima, razdražljivost, gubitak idealizma i povlačenje. Dimenzija neučinkovitosti izvorno se nazivala smanjenim osobnim postignućem, a također je opisivana kao smanjena produktivnost ili sposobnost, nizak moral i nesposobnost suočavanja s problemima (Maslach i Leiter 2016, 103).

Početkom 1980-ih, socijalna psihologinja Christina Maslach i njezini kolege počeli su istraživati gubitak emocionalnog osjećaja i brige za klijente među stručnjacima za ljudske usluge. Od tada je opsežno istraživala sagorijevanje, postavši vodeći autoritet za tu temu i autor kriterijskog standardnog alata za procjenu sagorijevanja, Maslach Burnout Inventory (MBI). Maslach naglašava da sagorijevanje nije problem vezan uz pojedinca. Umjesto toga, njezino istraživanje pokazuje da je sagorijevanje problem društvenog okruženja u kojem ljudi rade i da je funkcija načina na koji ljudi unutar tog okruženja međusobno komuniciraju i obavljaju svoj posao. Ona napominje da je sagorijevanje vjerojatnije kada postoji "velika neusklađenost između prirode posla i prirode osobe koja obavlja posao". Ove su neusklađenosti srž razvoja sagorijevanja. Pojam sagorijevanje sada se obično ograničava na sagorijevanja kako ga opisuje Maslach: sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća. Osim navedenog, u suradnji s Leiterom objavila je definiciju sagorijevanja gdje je rekla da je to pokazatelj dislociranosti između toga kakvi ljudi jesu i što trebaju raditi te da predstavlja eroziju vrijednosti, dostojanstva, duha i volje, odnosno eroziju ljudske duše (Skovholt i Trotter-Mathison 2016, 104).

Psihološki koncept sagorijevanja odnosi se na dugotrajnu iscrpljenost i smanjen interes za posao koji se radi. Mnogi ljudi započinju svoj radni vijek puni energije i entuzijazma, ali mnogo je manje takvih koji su sposobni održati tu razinu radnog angažmana (Leiter i dr. 2014).

Prema Škesu (2012) postoje četiri faze sindroma sagorijevanja:

- Prva je faza medenog mjeseca u kojoj se osoba veseli poslu, entuzijastična je i ispunjava sve zadatke.
- Druga faza realnosti – uočavaju se nedostaci i shvaća se da posao ne zadovoljava ni socijalno ni financijski.
- Treću fazu razočarenja karakterizira bespomoćnost, anksioznost i depresija.
- Četvrta alarmna faza – mentalne i fizičke zalihe su potrošene, osoba gubi samopouzdanje i smatra se nesposobnom što može ostaviti ozbiljne posljedice na zdravlje (Škes 2012).

U brošuri NHS-a (2014) sagorijevanje je prikazano u pet faza. Osoba koja počinje raditi u početku je puna energije, entuzijazma i idealizira svoj posao, no s vremenom uslijed utjecaja različitih faktora na radnom mjestu dolazi do nezadovoljstva koje u konačnici može završiti sagorijevanjem.

Tablica 1: Pet faza sagorijevanja

Faze sagorijevanja	Nesklad između očekivanja i stvarnosti Stres/frustracija Nezadovoljstvo poslom
Faza 1 Razočarenje i umor	Psihička i fizička iscrpljenost; emocionalna praznina; mala ili nikakva želja za povezivanjem s pacijentima; fizički simptomi
Faza 2 Frustracija i indiferentnost	Ravnodušan; ciničan, bezbrižan, nezainteresiran, ogorčen; bolesnici i obitelj postaju dehumanizirani; zategnut osobni odnos
Faza 3 Osjećaj bespomoćnosti i profesionalnog neuspjeha	Neuspješan kao profesionalac; osjeća se nesposoban, nije ga briga, nekompetentan; osjećaj bespomoćnosti; otuđenje od bolesnika i kolega; emocionalno sučeljavanje
Faza 4 Izolacija i apatija	Osjećaj osobnog promašaja; mržnja prema sebi, izolacija; veliki utjecaj na obitelj; prekid u osobnim vezama; izostanak s posla
Faza 5 Sagorijevanje	Potpuno sagorijevanje; emocionalna iscrpljenost; obavlja posao bez uključenosti, predanosti ili entuzijazma; nema osjećaj osobnog postignuća; razmišlja o napuštanju profesije

Izvor: Burnout: Impact of nursing 2014.

Sagorijevanje se može povezati s neravnotežom zahtjeva i resursa što je često neusklađeno te kod ljudi dovodi do osjećaja beznadnosti u stvaranju promjena pa se tako s vremenom isključe i ne žele pokušati nešto promijeniti. Osim navedenog, profesionalno sagorijevanje može biti rezultat kumulativne frustracije radnog okruženja. Kod medicinskih sestara niz čimbenika utječe na nastanak frustracije i više su relacijske prirode kao npr. veze s

osobama s kojima radi (pacijenti/korisnici i suradnici), kako se radi, komunicira i surađuje te jesu li poštovane i cijenjene zbog svoga rada. Prečesto su međuljudski odnosi nezadovoljavajući na što utječe niz čimbenika, uključujući nepodudarnosti statusa i uloga, različitost osobnosti, organizacijska struktura te stilovi vodstva (Todaro-Franceschi 2013, 112–115). U svom istraživanju Bakker i Costa (2014) naglašavaju da osoblje koje pokazuje profesionalno sagorijevanje ne može zadovoljiti svoje svakodnevne osnovne potrebe za povezanošću, autonomijom i kompetencijom kroz posao te je vjerojatno i njihova dnevna radna angažiranost niska. Profesionalno sagorijevanje je kombinacija kronične iscrpljenosti i negativnih stavova prema poslu sa štetnim posljedicama za zdravlje i produktivnost. Smatraju da se kronično sagorijevanje smatra važnim moderatorom svakodnevnog funkcioniranja zaposlenika te da jača gubitak ciklusa svakodnevnih zahtjeva posla, svakodnevnu iscrpljenost i svakodnevno samopotkopavanje, dok s druge strane slabi ciklus svakodnevnog radnog angažmana i svakodnevnog osmišljavanja posla (Bakker i Costa 2014, 119).

Sve do sada dane definicije sagorijevanja povezuje ideja da su simptomi uzrokovani stresom povezanim s poslom ili drugom vrstom stresa za što se navodi i briga o članu obitelji (IQWiG 2020).

Općenito, medicinske sestre mogu doživjeti sljedeće vrste izgaranja:

- Sagorijevanje povezano s pacijentom/korisnikom – iako je rad s pacijentima često jedan od najomiljenijih dijelova posla, loši rezultati njege pacijenata mogu značajno emocionalno opteretiti medicinsku sestru. U okruženjima kao što su jedinice intenzivne njege i ustanove za dugotrajnu njegu, smrt pacijenata može biti uobičajena, stoga su strategije suočavanja s problemom ključne, posebno za medicinske sestre koje grade čvrste veze sa svojim pacijentima. Vrsta skrbi oko pacijenata također može biti izazovna i uvjetovati sagorijevanje. Na primjer, u ustanovama za dugotrajnu njegu poput domova za starije gdje su nepokretni korisnici, sestre su iznimno važne, kako za samu ustanovu tako i za korisnike o kojima skrbe da ne padnu ili da dobiju lijekove na vrijeme, no vjerojatnije je da će im biti puno zahtjevnije u radu s pacijentima ako rade na visokostresnim odjelima poput hitne pomoći.
- Sagorijevanje zbog radnog okruženja – s druge strane, medicinske sestre mogu imati problema s upravljanjem na svom radnom mjestu, poput loše administrativne podrške ili međuljudskih problema. Kada se medicinske sestre ne čuju ili im je teško raditi ili dobiti podršku od svog tima, mogu postati frustrirane i nezadovoljne radnim mjestom.
- Sagorijevanje zbog neravnoteže između posla i privatnog života – loša ravnoteža između

posla i privatnog života također može uzrokovati profesionalno sagorijevanje. Rad u smjenama može biti izuzetno naporan za medicinske sestre, jer ponekad rade duge, dvanaestosatne radne smjene ili rade preko noći. Ostajanje do kasno također je uobičajeno, bilo da je obvezno bilo dobrovoljno za dobrobit pacijenata. Bez odgovarajuće brige o sebi i vremena za sebe, loša ravnoteža između posla i privatnog života može brzo postati problem (Anderson-Mutch 2023).

Profesionalno sagorijevanje u različitim državama ima različito značenje, počevši od blagog psihološkog stresa pa sve do medicinske dijagnoze nesposobnosti za rad (Neckel i dr. 2017, 124). Više od 40 godina znanstvenici, akademici i stručnjaci pokušavaju jasno i jedinstveno definirati "burnout". Rečeno je da problem leži u ravnoteži između posla i privatnog života, a ne radnog mjesta te da se radi o pojedincu "ja", a ne o grupi ljudi "mi". Željelo se riješiti problem po svaku cijenu te je konačno Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 2019. godine u 11. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti uključila „burnout“ kao profesionalni fenomen konceptualiziran kao „sindrom rezultata kroničnog stresa na radnom mjestu koji nije uspješno kontroliran.“ Iako SZO nije u potpunosti naveo da odgovornost treba biti na razini radne ustanove, ipak je donesen zaključak da se profesionalno sagorijevanje „posebno odnosi na pojavu u kontekstu zanimanja i da ga se ne treba primjenjivati u opisivanju iskustava drugih područja života“ (HBR Guide 2020). U nastavku su Dall'Oru i suradnici (2020) dodali da sagorijevanje ima negativne posljedice na medicinske sestre, pacijente i organizaciju. Sagorijevanje je pozitivno povezano sa smanjenjem zadovoljstva poslom, smanjenjem radnog učinka, bolovanjem i namjerom napuštanja posla. Nadalje, također negativno utječe na kvalitetu skrbi koja se pruža pacijentima, povećavajući nuspojave i pogreške u liječenju te smanjujući sigurnost pacijenata (Dall'Oru i dr. 2020).

U zadnje vrijeme bilo je dosta govora oko termina „burnout“ gdje je opće mišljenje vezano uz negativnu konotaciju, sugerirajući da je to osobni osjećaj gdje osoba ne može izdržati stres i pritisak u radnoj okolini te se uveo i novi termin „moralna povreda“ (Cheney 2019). Jedno od istraživanja navodi da se osobe koje navode sagorijevanje i zamor suosjećanja stigmatiziraju i etiketiraju te da time kompromitiraju radno mjesto (Sheppard 2015, 58). Gledajući dvadesetak godina unazad, tada se nije uočavala tolika razlika u stupnju sagorijevanja kao što je uočljiva danas. I tada je bilo dodatnog posla i radilo se prekovremeno, no danas znatnu ulogu imaju mnogobrojne nove vrste stresa kao što su nedostatak kontrole, nedostatak poštovanja, brojni administrativni poslovi kao i nedostatak dobrog odnosa i angažmana samog pacijenta koji se promijenio u odnosu na prije (Mayzell

2020). Brojne studije analiziraju profesionalno sagorijevanje različitih profesija i opisuju opasnost povezanu uz psihološki i fizički kolaps koji nastaje kod djelatnika kao i ne tako zanemariv ekonomski gubitak uzrokovan privremenom i trajnom nesposobnošću za rad (Pirker-Binder 2017, 4) kao i promjenom posla (Yang i Hayes 2020, 426–436). Iako se sagorijevanje obično veže uz posao i specifične situacije, pokazalo se da su sagorijevanje i sveprisutnija depresija povezani s psihološkim sindromima (Maslach i Leiter 2016, 103–111). Psihološke posljedice sagorijevanja uključuju povećan rizik od depresije, anksioznost i traumatski stresni poremećaj osobito među manje iskusnim djelatnicima u svojim oblastima. Fizičke posljedice sagorijevanja mogu biti dio začaranog kruga, u kojem fizičke posljedice (npr. poteškoće sa spavanjem) dovode kod osobe do još većeg sagorijevanja (Holland i dr. 2022, 9). Iz pregleda literature, Yang i Hayes (2020) navode da sagorijevanje može dovesti do gastrointestinalnih simptoma, poremećaja spavanja i boli u leđima i vratu osobito kod profesija koje uključuju dugotrajno sjedenje (Yang i Hayes 2020, 426–436), što je prisutno upravo kod medicinskih sestara na rukovodećim mjestima. Poznata Five Factor Theory o osobinama ličnosti ukazuje da osobe koje su inventivne i otvorene za stjecanje iskustva i koje ukazuju na četiri osobine ličnosti (neurotičnost, susretljivost, ekstraverziju i savjesnost) su rizične za razvoj sindroma sagorijevanja u sestrinskoj profesiji (Canadas-De la Fuente i dr. 2015, 7). Neki ljudi zbog svoje osobne prirode već imaju predispoziciju za nastanak profesionalnog sagorijevanja kao i zbog osobnosti koja uključuje perfekcionizam, kompetitivnost, potrebu za kontrolom i konstantnim visokim postignućima (Staten 2019). Gledajući općenito, sagorijevanje se češće susreće kod djelatnika kojima je glavni posao skrb o pacijentima i od kojih se zahtijeva visok stupanj altruizma i osobnog žrtvovanja (Staten i Lawson 2018, xiii). Profesionalno sagorijevanje, zamor suosjećanja i sekundarni traumatični stres mogu negativno utjecati na pojedinca i njegovu kvalitetu života te zadovoljstvo poslom koje indirektno može negativno utjecati na skrb o pacijentima i na organizacijske rezultate (Berger 2015, 6). Takvi uvjeti dovode do toga da medicinske sestre daju otkaz i odlaze iz struke. Na globalnoj razini temeljni uzroci nestašice medicinskih sestara uključuju starenje radne snage i neodgovarajuće financijske poticaje o kojem je pisao (Kim i dr. 2018, 5) te dugo radno vrijeme i velika radna opterećenja (Buchan i dr. 2015, 169). Za medicinsku sestru i zdravstveni sustav, koncept sagorijevanja je vrlo važan kako zbog profesionalnih tako zbog financijskih gubitaka vezanih uz izgubljene radne dane i gubitak medicinskih sestara u struci. Važnost sagorijevanja, ali i vlastite dobrobiti, mora se osvijestiti i temeljito razumjeti kako od strane samih medicinskih sestara tako i od strane uprave u zdravstvenim

i socijalnim ustanovama, te u slučaju gubitka na vrijeme prepoznati i intervenirati (Harris i Griffin 2015, 87).

2.2 Znakovi i simptomi

Sindrom profesionalnog sagorijevanja je postupan proces. Ne događa se preko noći, a simptomi su u početku suptilni. S vremenom se simptomi počinju uočavati, ali ako se na njih na vrijeme obrati pozornost i započne s aktivnim smanjenjem stresa, može se izbjeći vrhunac sagorijevanja i veliki slom.

Tjelesni simptomi sagorijevanja su:

- umor i iscrpljenost većinu vremena
- smanjen imunitet i česte bolesti
- česte glavobolje i bol u mišićima
- gubitak apetita i poteškoće sa spavanjem.

Kognitivni simptomi sindroma sagorijevanja su:

- poteškoće s koncentracijom
- problemi s pamćenjem
- smanjena pažnja
- kognitivne distorzije
- negativna razmišljanja o sebi i trenutnoj situaciji.

Emocionalni simptomi sindroma sagorijevanja su:

- osjećaj neuspjeha i sumnja u sebe
- osjećaj bespomoćni i beznadnosti
- manjak samopouzdanja i samoća
- gubitak motivacije
- manjak zadovoljstva i osjećaja postignuća.

Bihevioralni simptomi sindroma sagorijevanja su:

- povlačenje iz posla i bijeg od odgovornosti
- socijalna izolacija

- odugovlačenje u obavljanju posla
- zlouporaba hrane, lijekova i alkohola
- iznošenje frustracija na ljude oko sebe
- preskakanje posla i kašnjenje na posao
- smanjena produktivnost i radna učinkovitost (Smith i dr. 2019).

2.3 Razlike između stresa i profesionalnog sagorijevanja

Analiza Woodhead i sur. (2014, 17) pokazala je da povećani zahtjevi za poslom kao i osjećaj stresa zbog savjesti o odrađenom poslu koje je opisao (From 2013, 709) stvaraju veći profesionalni stres te se kod osoba javlja više emocionalne iscrpljenosti, više depersonalizacije i manje osobnog postignuća. Stoga, podrška supervizora, prijatelja ili članova obitelji uz osiguravanje uvjeta za rad povezuje se s manje emocionalne iscrpljenosti te višim razinama osobnog postignuća.

Stres na radnom mjestu ozbiljno utječe na kvalitetu rada sestara kao i na njihovo psihičko funkcioniranje (Rees 2015, 5). Posljedice stresa i negativnih utjecaja mogu promovirati zamor suosjećanja i sagorijevanje, dok pozitivni utjecaj i socijalnost mogu promovirati zadovoljstvo suosjećanja (Zhang i dr. 2018, 6).

2.4 Čimbenici povezani s profesionalnim sagorijevanjem i uzroci nastanka

Uzroci sagorijevanja često proizlaze iz poslovnog područja života, stoga se ovaj sindrom najčešće veže uz poslovni aspekt te se zato i naziva sindrom profesionalnoga sagorijevanja. Burnout na poslu ili sindrom profesionalnog sagorijevanja može biti uzrokovan:

- osjećajem manjka kontrole nad svojim poslom
- nedostatkom priznanja ili nagrade za dobar rad
- nejasnim ili pretjeranim zahtjevima
- nerealnim radnim očekivanjima
- monotonim obavljanjem posla
- radom u stresnom i nemotiviranom okruženju.

Burnout ili sindrom izgaranja u svakodnevici može biti uzrokovan:

- manjkom vremena za druženje i opuštanje
- nedostatkom bliskih i podržavajućih odnosa
- prevelikom količinom svakodnevnih obveza
- prevelikom količinom odgovornosti
- manjkom pomoći od drugih ljudi
- nedostatkom sna.

Burnout ili sindrom izgaranja može biti uzrokovan i osobinama ličnosti na način da osoba:

- ima perfekcionistačke tendencije te za nju ništa nije dovoljno dobro
- pesimistično gleda na sebe i svijet oko sebe
- ima snažnu potrebu za kontrolom i upravljanjem drugima
- neprestano teži za visokim postignućima bez obzira na posljedice
- ima karakteristike osobnosti tipa A (preuzima previše odgovornosti, netolerantna je na pogreške, traži perfekcionizam u svim aspektima itd.) (Smith i dr. 2019).

Prema Statenu i Lawsonu (2018) profesionalno sagorijevanje nastaje kada nije moguće napredovati, kada je u neadekvatnim uvjetima i manjku autonomije nemoguće postići zadane ciljeve te dolazi do frustracije koja negativno utječe na cjelokupan duh i odnos prema radu. Uzroci mogu biti vezani uz:

- posao (manjak kontrole, nedostatak pohvala i nagrada za dobar rad, malo ili previše zahtjevnih radnih očekivanja, dosadan i nezahtjevan posao, neorganizirana radna okolina)
- stil života (slab san, previše rada s nedovoljno vremena za druženje ili opuštanje, puno obveza bez pomoći drugih, nesuportivni partner u vezi)
- osobnost (perfekcionizam, pesimizam, želja za kontrolom, nevoljkost delegiranja posla, želja za visokim postignućima i kompetitivnost)
- socio-političke uzroke (anksioznost i razočarenje, nemogućnost postignuća zadanih vladinih okvira) (Staten i Lawson 2018, xiii).

Profesionalno sagorijevanje opasno je po zdravlje medicinskog osoblja što se može odraziti na kvaliteti skrbi korisnika. Iako je u fokusu mnogih istraživanja više od 35 godina, malo je istraživanja provedeno s ovim mnogobrojnim osobljem koje pruža većinu izravne medicinsko-socijalne skrbi starijoj populaciji u domovima za starije osobe (Cooper i dr. 2016, 84).

Pregledom literature Rupert i suradnici (2015) su naveli čimbenike koji pridonose sagorijevanju: radni zahtjevi, resursi za zapošljavanje, osobni resursi te čimbenici obiteljskog života koji igraju ulogu u profesionalnom sagorijevanju, kao i prekovremeni radni sati te veći broj angažiranih sati u administrativnim aktivnostima. Jedan od čimbenika je i ponašanje pacijenata koji prijete ili su suicidalni, koji su psihotični, kao i pretjerana uključenost u radu s pacijentima (Rupert i dr. 2015).

U dosadašnjem dijelu, uz definiranje pojma profesionalnog sagorijevanja, prikazan je presjek znakova i simptoma kao i uzroci nastanka koji su od iznimne važnosti za prepoznavanje ovog fenomena. Nastavno tome slijedi opis individualnih i demografskih karakteristika koje doprinose nastanku sindroma sagorijevanja.

2.4.1 Dob

Brojne su studije pokazale da dob može biti jedan od čimbenika koji su povezani s profesionalnim sagorijevanjem.

U istraživanju Martínez-López i suradnici (2021) napominju da sagorijevanje uglavnom pogađa mlađe osobe do 30 godina (Kelly i dr. 2015, 526) te se naglašava da treba uzeti u obzir da mlade medicinske sestre predstavljaju najveći postotak medicinskog osoblja koji je stalno prisutan u domovima (Qu i Wang 2015, 12; Martínez-López i dr. 2021, 8). Istraživanje Qu i Wang (2015) je pokazalo da medicinsko osoblje mlađe od 30 godina ima viši rezultat u emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji i smanjenom osobnom postignuću što ukazuje na to da dob utječe na izgaranje medicinskih sestara na poslu. Rizik od sagorijevanja je veći kod mlađih osoba i kod stalno zaposlenih, što implicira da mlađi ljudi imaju manje radnog iskustva, a samim time i manje strategija za suočavanje sa stresom na poslu u zdravstvenoj ustanovi (Molero Jurado i dr. 2018, 7). Također, u svom radu Okwaraji i Aguwa (2014) su istaknuli da se sagorijevanje češće javljalo kod medicinskih sestara mlađih od 35 godina te da su imale značajno više razine trodimenzionalnog sagorijevanja nego kod medicinskih sestara starijih od 35 godina, što su Chou i suradnici (2014) potvrdili u svom radu (Chou i dr. 2014, 3). Okwaraji i Aguwa (2014) za razlog navode pretpostavku da se mlađe medicinske sestre možda nisu upoznale s nepredvidljivošću sestrinske profesije i možda nisu razvile dovoljno psihološke otpornosti da se nose s mnogim izazovima povezanim s njihovim poslom, za razliku od starijih medicinskih sestara (Okwaraji i Aguwa 2014, 241). Slične su zaključke donijeli

Marchand i suradnici (2018) koji kažu da je dob pozitivno povezana s emocionalnom iscrpljenošću i potpunim sagorijevanjem do dobi od 30 godina, zatim negativno povezana do dobi od 55 godina te konačno ponovno povezana nakon dobi od 55 godina. Njihovi rezultati sugeriraju da simptomi sagorijevanja variraju ovisno o životnim fazama osoblja te da postoje spolne razlike u povezanosti između dobi i sagorijevanja. Povećavanje dobi kod muškaraca povezano je s nižim sagorijevanjem, dok je za žene najviše sagorijevanje prisutno u dobi 20 – 35 godina i nakon 55. godine (Marchand i dr. 2018, 405–411). Zhang i suradnici (2020) su imali slične rezultate gdje su utvrdili da su medicinske sestre u dobi od 31 do 40 godina najvjerojatnije doživjele emocionalnu iscrpljenost (Zhang i dr. 2020, 4). Rezultati studije Queiros i suradnika (2013) pokazali su da medicinski tehničari, mlađe medicinske sestre i one koje su manje zadovoljne svojim poslom imaju višu razinu depersonalizacije (Queiros i dr. 2013, 333). U metaanalizi koju su proveli Gómez – Urquiza i suradnici (2016) na 51 istraživačkom radu, zaključili su da su pojedinačne studije o odnosu između dobi i sagorijevanja bile kontradiktorne te da je emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija bila izraženija kod mlađih medicinskih sestara. Poznavanjem tih odnosa, između dobi i sagorijevanja, sugeriraju da se može pomoći u usmjeravanju preventivnih intervencija protiv sagorijevanja prema mlađim medicinskim sestrama (Gómez-Urquiza i dr. 2016, 9).

Maslach i Leiter (2016) zaključuju da je malo dosljednih odnosa sagorijevanja s demografskim karakteristikama, iako kažu da se čini da je viša dob povezana s manjim izgaranjem. Tome pripisuju godine iskustva i tzv. preživljavanje (oni koji "prežive" rane stresore na poslu i ne daju otkaz), stoga je prema njihovom mišljenju teško izvući jasno objašnjenje za ovaj dobni obrazac (Maslach i Leiter 2016, 355). Bamonti i suradnici tvrde da dob nije značajno povezana sa sagorijevanjem (Bamonti i dr. 2017, 92–111) što su isto zaključili u svom istraživanju (Cañadas-De la Fuente i dr. 2015, 247; Macuka i Tucak Junaković 2020, 287–308).

2.4.2 Spol

Spolno osviještena politika u strategijama zdravstvene radne snage je važna i potrebna kako bi se dobro isplanirali rodno osjetljivi pristupi u radu i menadžmentu. Spolni sastav i dimenzije starenja sestara dugo su bili zanemareni iz raznih razloga, uključujući nedostatak kvalitetnih podataka za nacionalno planiranje te regionalnu i globalnu usporedbu. U 132 zemlje oko devet od deset medicinskih sestara (89%) su žene, uz značajne regionalne razlike. Udio žena u zanimanju medicinskih sestara je najveći (95%) u regiji zapadnog Pacifika, a najmanji (76%) u afričkoj regiji (World Health Organization¹¹ 2020). Od svojih početaka, profesijom medicinske sestre uglavnom su se bavile žene (Aranda i dr. 2015, 103). Prema prikazanim rezultatima u 2020. godini Svjetske zdravstvene organizacije, udio ženskih medicinskih sestara je 78% u istočnom Mediteranu, 89% u Europi, 87% u Americi, 76% u Africi, 95% u zapadnom Pacifiku, 89% u jugoistočnoj Aziji (World Health Organization 2020, 41). Percepcija da je njega bolesnika “ženska” profesija mogla je uvjetovati profesiju stereotipima i ulogama koje se društveno pripisuju ženama (Aranda i dr. 2015, 103).

Sestrinska profesija mora se suočiti sa značajnim izazovima kako bi smanjila prevalenciju sagorijevanja, jednog od sindroma koji najviše utječe na zdravlje medicinskih sestara i ima ozbiljne posljedice za pacijente i organizaciju. Stoga je potrebno rekonceptualizirati koncept rada medicinskih sestara, njihove uloge, promatranje skrbi koju pružaju te dekonstruirati stereotipe vezane uz profesiju. Zdravstvene organizacije trebaju uzeti u obzir povijest sestrinske profesije i stereotipe povezane s njom. Moraju se uspostaviti profesionalne strukture kako bi se osigurala ravnopravnost spolova u pristupu rukovodećim položajima. Izazovi povezani s poviješću sestrinstva, učinci rodno spolnih stereotipa i diskriminacija koju oni stvaraju također bi trebali biti prisutni u školama za medicinske sestre i njima bi se bavili njihovi nastavni planovi i programi (Montañés Muro, 2022, 4–5). Postoji povezanost medicine s muškim rodnom stereotipom, a sestrinstva sa ženskim rodnom stereotipom. Trenutno je javna percepcija da je sestrinstvo još uvijek ženska profesija i povezana s rodnom stereotipima (López-Verdugo i dr. 2021, 471). Vještine njega bolesnika ne razlikuju se između muškaraca i žena. Zdravstvenu njegu

¹¹ World Health Organization – Svjetska zdravstvena organizacija posvećena dobrobiti svih ljudi, vođena znanosti koja predvodi i zagovara globalne napore da svima i svugdje pruži jednaku šansu da žive zdrav život (WHO 2020).

jednako mogu podučavati i naučiti oba spola. Želi se pokazati da je normalno da uloge njegovatelja obavljaju i muškarci i žene te da i jedni i drugi imaju jednake mogućnosti za naknadu i napredovanje (Zhang i Liu 2016, 325).

S obzirom na zvanje medicinske sestre gdje je u zdravstvenim i socijalnim ustanovama u visokom postotku zastupljen ženski kadar, velikim dijelom i istraživanja pokazuju da su žene podložnije profesionalnom sagorijevanju (Marchand i dr. 2018, 4). Neki autori u svojim istraživanjima navode da varijabla spola nije u značajnom odnosu s profesionalnim sagorijevanjem (Macuka i Tucak Junaković 2020, 287–308).

2.4.3 Bračni status

Kod istraživanja bračnog statusa povezanim s profesionalnim sagorijevanjem, u radovima se mogu pronaći različiti rezultati. Pojedina istraživanja govore da je razina sagorijevanja kod udatih medicinskih sestara niža nego kod neudanih, odnosno razina sagorijevanja kod samaca da je viša nego kod oženjenih te da mnoga istraživanja pokazuju da su samci faktor rizika za sagorijevanje kod medicinskih sestara (Tavakoli i dr. 2018, 4). Zhang i suradnici (2020) kažu da u usporedbi s udatim medicinskim sestrama, neudane imaju manju emocionalnu iscrpljenost, dok su razvedene medicinske sestre imale veću emocionalnu iscrpljenost (Zhang i dr. 2020, 4). U svom radu Lahana i suradnici (2017) su također došli do zaključka da je sagorijevanje veće među samcima u usporedbi s onim medicinskim sestrama koje su udane i onima s djecom (Lahana i dr. 2017, 6). Prema Qu i Wang (2015), bračni status ima značajan utjecaj na depersonalizaciju i smanjena osobna postignuća te utjecaj na subjektivno blagostanje medicinskog osoblja. Skupina u braku postigla je više rezultate u pozitivnim emocijama i zadovoljstvu životom od grupe samaca, a grupa samaca je izvijestila o višem rezultatu u negativnim emocijama (Qu i Wang 2015, 14). Promatrajući rezultate Okwaraji i Aguwa (2014) oni su primijetili više razine sagorijevanja među neudanim medicinskim sestrama nego kod onih koje su udane. Prema njima neudane mogu doživljavati više razine sagorijevanja od udatih, očito zbog činjenice da su mlađe i da im se može dodijeliti više posla nego njihovim starijim kolegama. Štoviše, udane medicinske sestre obično uzimaju porodiljni dopust koji će im pružiti priliku da se odmore u svojim domovima i oporave od stresa povezanog s radnom okolinom (Okwaraji i Aguwa 2014, 241). U rezultatima istraživanja Cañadas-De la Fuente i suradnika (2018) korelacija

između bračnog stanja i depersonalizacije bila je pozitivna i statistički značajna. Ispitanici bez partnera imali su višu razinu depersonalizacije što bi moglo biti zbog činjenice da je obiteljsko okruženje životnog stila para faktor koji pruža sigurnost i podršku te koji štiti subjekta od razvoja bezličnih, ciničnih i negativnih stavova prema kolegama na radnom mjestu. Njihovi konačni rezultati su pokazali da su muškarci, neoženjeni ili razvedeni, povezani s najvišim razinama sagorijevanja kod medicinskih sestara/tehničara. Autori sugeriraju da bi se prema navedenim rezultatima trebalo kod prevencije i profiliranja rizika od sagorijevanja za medicinske sestre/tehničare uzeti ovu varijablu kao bitnu (Cañadas-De la Fuente i dr. 2018, 2102). Za razliku od ostalih, Finkelstein i suradnici (2018) nisu pronašli značajnu povezanost između varijabli sagorijevanja i bračnog statusa (Finkelstein i dr. 2018, 6).

2.4.4 Obrazovanje

Vezano uz obrazovanje postoje različiti zaključci istraživanja. Kabir i suradnici (2016) su u svom radu naveli da su više razine sagorijevanja povezane s radnicima niže razine obrazovanja te da razina obrazovanja ima važnu ulogu u poboljšanju socijalnog aspekta. Zdravstveni radnici mogu biti skloniji ozbiljnom sagorijevanju ako nisu u mogućnosti unaprijediti svoje obrazovanje ili ako su to učinili, ali je njihov posao ostao isti (Kabir i dr. 2016, 2927). Drugim riječima, što je niža razina obrazovanja medicinskih sestara, što manje godina rade kao medicinske sestre kao i rad u privatnoj ustanovi, to je veća njihova razina depersonalizacije i opće sagorijevanje (Iecovich i Avivi 2015, 6).

U istraživanju Neuberg i suradnika (2017) nalazi istraživanja imaju slične zaključke te je naglašeno da je obrazovanje medicinskih sestara jasno povezano s nižim razinama sagorijevanja. Srećom, Republika Hrvatska je poduzela korake prema poboljšanju od 2013. godine, kada je počela usklađivati nastavne planove i programe studija sestrinstva s europskom Direktivom 2005/36/EC (31), koja zahtijeva uključivanje više predmeta osim biomedicinskih znanosti. Na primjer, kolegij Sociologija zdravlja sada više pažnje posvećuje nasilju i zlostavljanju, dok je satnica za predmet Zdravstvena njega starijih osoba udvostručena (Neuberg i dr. 2017, 196). U svom istraživanju Chou i suradnici (2015) došli su do zaključka da medicinske sestre koje su završile fakultet imaju niže rezultate sagorijevanja od onih koje su završile srednju školu (Chou i dr. 2015, 3; Zang i dr. 2020, 4). Dakle, viši akademski stupanj u sestrinstvu povezan je s manjim izgledima za

profesionalnim sagorijevanjem (Dyrbye i dr. 2019, 693). Prema Qu i Wang (2015) obrazovna podloga ima značajan utjecaj u dimenziji emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije kod sagorijevanja. Medicinske sestre sa završenom srednjom školom ostvarile su najviše rezultate u ovim kategorijama. Dodatno, tehnički naslov ima značajan utjecaj unutar dimenzije emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća. Vjerojatni razlog može biti taj da medicinske sestre s nižim obrazovanjem i primarnim tehničkim titulama dobivaju niže ispunjavajuće zadatke te im nedostaje osjećaj postignuća u usporedbi s onima s višim obrazovanjem i srednjim ili naprednim tehničkim titulama (Qu i Wang 2015, 13). U svom istraživanju Al Sabei i suradnici (2019) također su zaključili da je manje sagorijevanja kod medicinskih sestara s diplomama u visokom obrazovanju kao što je magisterij u usporedbi s prvostupnicama ili nižeg obrazovanja što je ujedno bio i rezultat (Zang i dr. 2020, 4). To objašnjavaju činjenicom da medicinske sestre imaju veće odgovornosti za pacijente, veće radno opterećenje i veća očekivanja od posla u usporedbi s diplomiranim sestrama (Al Sabei i dr. 2019, 5). Dosadašnje rezultate potvrđuju Zhang i suradnici (2014) koji kažu da je manja vjerojatnost da će visoko sagorijevanje prijaviti sestre s magisterijem za razliku od onih s diplomom srednje škole koje će se najvjerojatnije požaliti na nezadovoljstvo poslom (Zhang i dr. 2014, 134).

2.4.5 Radni staž

Radni staž odnosi se na ukupan period proveden na radnom mjestu, uključujući sve prethodne radne pozicije te je često povezan sa sagorijevanjem medicinskih sestara jer dugotrajni stres i iscrpljenost na radnom mjestu mogu dovesti do sagorijevanja zaposlenika.

Gama i suradnici (2014) su u svom radu zaključili da medicinske sestre mlađe od 27 godina s radnim stažem manjim od četiri godine pokazuju visoke razine sagorijevanja (Gama i dr. 2014, 5). Qu i Wang (2015) su u radu opisali medicinsko osoblje s 5 – 10 godina radnog iskustva i naveli da imaju više razine profesionalnog sagorijevanja na podskalama emocionalne iscrpljenost i depersonalizacije. Medicinske sestre ove dobne skupine nalaze se u fazi svoje karijere u kojoj se fokusiraju na kvalitetu skrbi i pronalaženje rješenja za probleme u području sestrinstva, međutim navode da njihove upravljačke vještine još nisu u potpunosti razvijene te da se emotivno iscrpljuju i posao

obavljaju sa sniženim radnim entuzijazmom. Kako dob i godine sestrinskog iskustva rastu, njegovatelji i sestre sve više ulaze u zrelo razdoblje u kojem se njihova dobrobit i položaj poboljšavaju. Akumuliranjem radnog iskustva problemi se mogu dobro rješavati, a kao rezultat toga s vremenom se pritisak i stres postupno smanjuju. Medicinske sestre sa 16 – 20 godina iskustva u sestrinskoj struci su dale najviše ocjene za pozitivne emocije i zadovoljstvo životom, dok su medicinske sestre s 5 – 10 godina iskustva imale negativne emocije. Ovakav rezultat može biti posljedica toga što iskusnije medicinske sestre imaju više kliničkog, sestrinskog i životnog iskustva, stoga mogu koordinirati sukob sa svih aspekata i dobro regulirati svoje raspoloženje. Osim toga, medicinske sestre s dužim radnim stažem također imaju najviše iskustva sa samointegracijom i mogu održati smireno stanje uma. Na taj način mogu uložiti više energije i emocija u svoj rad i iskoristiti svoj potencijal u svojoj karijeri medicinske sestre (Qu i Wang 2015, 12–14).

Emocionalna iscrpljenost povećala se kod medicinskih sestara u dobi od 30 do 40 godina, koje su imale manje od 10 godina radnog iskustva, dok su više razine depersonalizacije postojale kod muškaraca s manje od 10 godina iskustva na svom poslu (Cañadas-De la Fuente i dr. 2018, 10). U svom radu Zang i suradnici (2020) su zaključili da čimbenici povezani s osobnim postignućima uključuju godine radnog iskustva. Medicinske sestre s dugogodišnjim radnim iskustvom osjećale su veće osobno postignuće, dok su Harrad i Sulla (2018) za medicinsko osoblje u svom radu napisali da što je dulje osoblje radilo u domu, njihova razina zadovoljstva i postignuća u vezi s poslom bila je niža (Harrad i Sulla 2018, 66). U svojoj studiji Tay i suradnici (2014) su naveli da su medicinske sestre koje su imale dulji radni staž i stoga bile iskusnije imale veće izgleda za sagorijevanje (Tay i dr. 2014, 98) dok su u svom istraživanju Iecovich i Avivi (2015) iznijeli zaključak koji govori da medicinske sestre koje manje godina rade u ustanovi imaju veću razinu depersonalizacije i općeg sagorijevanja.

Iako druga istraživanja opisuju utjecaj radnog staža na sagorijevanje, suprotno očekivanju, istraživanje Macuke i Tucak-Junaković (2020) navodi da varijabla duljine radnog staža nije u značajnim odnosima s profesionalnim sagorijevanjem.

2.4.6 Radni sati

Na temelju odgovora ispitanika, prema podacima iz Eurostata za 2021. godinu, može se

vidjeti da broj odrađenih sati tjedno s punim radnim vremenom za Hrvatsku iznosi 40,6 sati, dok za Sloveniju 41,3 sata. Prosječan broj sati odgovara broju sati koje osoba inače radi, a pokriva sve sate uključujući dodatne sate te plaćene ili neplaćene (Eurostat² 2021). Duljina smjene rada medicinskih sestara izračunata je kao razlika između vremena početka i završetka posljednje smjene u kojoj je radila. Grupirana je u četiri kategorije: 8 – 9 sati, 10 – 11 sati, 12 – 13 sati i više od 13 sati. Ovi su rasponi korišteni za obračun promjena u planiranim smjenama. Na primjer, smjene u kategoriji 10 – 11 sati mogle bi uključivati prekovremeni rad nakon smjene od 8 sati. Planirane smjene obično traju osam ili dvanaest sati. Povećanje trajanja rada u smjeni povezano je sa značajnim povećanjem izgleda za profesionalnim sagorijevanjem, nezadovoljstvom poslom i namjerom napuštanja posla. Vjerojatnost sagorijevanja i nezadovoljstva poslom bila je do dva i pol puta veća za medicinske sestre koje su radile duže smjene nego za one koje su radile u smjenama 8 – 9 sati. Čak i nakon izvršene prilagodbe za potencijalne zbunjujuće čimbenike, značajna veza između dužih smjena i izvješća o sagorijevanju i nezadovoljstvu poslom se zadržala. U usporedbi s medicinskim sestrama koje su radile u smjenama 8 – 9 sati, one koje su radile 10 – 11 sati imale su veću vjerojatnost da će sagorjeti, biti nezadovoljne poslom i namjeravati napustiti posao. Isto su učinile i one koje su radile u smjenama 12 – 13 sati, iako je utjecaj duljine smjene bio manji za njih nego za sestre u kategoriji 10 – 11 sati. Izgledi za ove nepovoljne ishode bili su najveći za one koje su radile u smjenama dužim od 13 sati (Stimpfel i dr. 2012, 2505). U istraživanju McGilton i suradnika (2013) rezultati su pokazali da 10% medicinskih sestara u ustanovama za dugotrajnu skrb³ radi u prosjeku dulje od osam sati, što je duže od redovne smjene te može pridonijeti osjećaju sagorijevanja. Mlađe generacije medicinskih sestara napuste posao u roku od nekoliko tjedana zbog opterećenja, izolacije od drugih sestara, ograničenih beneficija i razlike u plaćama u usporedbi s drugim zdravstvenim ustanovama (Mc Gilton idr. 2013, 778).

² Eurostat je statistički ured Europske unije, odgovoran za objavu kvalitetnih statističkih podataka i pokazatelja iz cijele Europe kojima se omogućuje usporedba među državama i regijama (Eurostat 2023).

³ Dugotrajna skrb (*Long-term care*) – Dugotrajna skrb uključuje širok raspon osobnih, društvenih i medicinskih usluga i potpore koji osiguravaju da osobe sa značajnim gubitkom intrinzične sposobnosti (zbog mentalne ili fizičke bolesti i invaliditeta) mogu održati razinu funkcionalnog sposobnosti u skladu s njihovim osnovnim pravima i ljudskim dostojanstvom. Provodi se tijekom duljeg razdoblja, a pružaju je članovi obitelji, prijatelji ili drugi članovi zajednice (neformalni njegovatelji) ili stručnjaci za skrb (formalni njegovatelji) (WHO 2022).

Važnost radnog vremena, prekovremeni rad i rad u smjenama imaju dodatne učinke i poveznicu u pogledu profesionalnog sagorijevanja (Chou i dr. 2014, 3; Han i dr. 2015, 3227; Dyrbye i dr. 2019, 693; White i dr. 2019, 4; Haller i dr. 2020, 454) što je potvrdila i studija iz Jemena u kojoj se navodi da značajnu povezanost između prevalencije sagorijevanja i dugotrajnog rada imaju osobe koje rade više od 40 sati tjedno (Elbarazi i dr. 2017, 5). Istraživanje Wang i suradnika (2019) pokazuje da su sudionici u prosjeku radili 87 – 97 sati tjedno. Više razine intrinzične motivacije te zadovoljstvo plaćama su kod medicinskih sestara bili povezani s manjim sagorijevanjem na poslu što je pridonosilo ublažavanju namjere fluktuacije među gerijatrijskim medicinskim sestrama zaposlenim u domovima za starije osobe (Wang i dr. 2019, 195–210).

2.4.7 Roditeljstvo/djeca

Roditeljstvo može imati značajan utjecaj na medicinske sestre i njihovo iskustvo sagorijevanja na poslu. Uloga roditelja može biti izazovna i stresna, a kada se to kombinira s radnim obavezama, može dovesti do povećanog rizika od sagorijevanja. Međutim, važno je napomenuti da roditeljstvo također može imati pozitivan utjecaj na medicinske sestre. Uloga roditelja može pružiti sestrama dodatnu motivaciju i svrhu u životu te ih potaknuti da budu još bolje u svom poslu. U istraživanjima su različiti autori dobivali različite rezultate vezano uz utjecaj djece na profesionalno sagorijevanje tako da su neki uvidjeli tu povezanost, dok su kod drugih zaključci potpuno suprotni uz naglasak da djeca nemaju utjecaj na sagorijevanje roditelja na radnom mjestu.

U istraživanju Lahana (2017) je utvrđeno da je sagorijevanje veće kod samaca i medicinskih sestara bez djece, u usporedbi s onima koje su udane i onima s djecom (Lahana i dr. 2017). Istraživanje Cañadas-De la Fuente i suradnika (2018) u svojim rezultatima pokazuje da medicinske sestre s djecom imaju značajnu korelaciju u razinama emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije kod sagorijevanja. Osobito je utvrđeno da medicinske sestre koje su udane ili žive s partnerom i bez djece imaju veći rizik od depersonalizacije. Prema njima, sestre koje nemaju djecu podliježu višim razinama emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, što bi moglo značiti da medicinske sestre upravo djeca štite od povećanih razina ovih dimenzija sagorijevanja. Čini se da odgovornost odgoja djece ne naglašava, već smanjuje emocionalnu preopterećenost i osjećaj preopterećenosti koje medicinske sestre često doživljavaju (Cañadas-De la Fuente i

dr. 2018, 10). Roditeljski status ima značajan utjecaj na depersonalizaciju, emocionalnu iscrpljenost i smanjena osobna postignuća. Medicinsko osoblje bez djece je izvijestilo više rezultate u ovim dimenzijama sagorijevanja od svojih kolega koji imaju djecu. Smatra se da medicinsko osoblje bez partnera ili bez djece ima manje godina iskustva u zdravstvenoj njezi, manje radnog iskustva i visok pritisak na radnom mjestu, stoga su njihove razine sagorijevanja bile više od onih koji su u braku i/ili roditelji (Qu i Wang 2015, 13).

Kabir i suradnici (2016) su došli do zaključka da su zdravstveni radnici koji su imali više djece više patili od sagorijevanja na poslu. U kulturi ruralne zajednice prosječna dob za stupanje u brak niža je nego u gradovima, stoga zdravstveni radnici koji ranije stupe u brak vjerojatno imaju više djece. S povećanjem broja djece rastu životni troškovi djelatnika i stres, što doprinosi sagorijevanju (Kabir i dr. 2016, 2928). U istraživanju Finkelsteina i suradnika (2018, 6) nije pronađena značajna povezanost između razine sagorijevanja i socio-demografskih karakteristika kao što su bračni status i broj djece.

2.4.8 Obitelj

Istraživanje Asiedu i suradnika (2018, 7) ističe da zbog zahtjeva obitelji i odgovornog posla medicinske sestre nastaju konfliktne situacije koje utječu na nastanak sagorijevanja (obitelj – posao – konflikt), dok obrnuta relacija (posao – obitelj – konflikt) nije povezana sa sagorijevanjem. Kada doživljavaju zahtjeve svoje obitelji kao ometanje u obavljanju radnih dužnosti, vjerojatnije je da će se osjećati pod stresom dok se bore da zadovolje zahtjeve vezane uz posao, što kao posljedica može rezultirati sagorijevanjem.

Nakon individualnih i demografskih karakteristika opisat će se varijable povezane s radom na radnom mjestu u domovima za starije osobe kao što su radni uvjeti, okruženje i zadovoljstvo na poslu, zadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu, priznavanje rada, nagrade i pohvale, složenost posla, nedostatak sredstava za rad, plaće kao i zadovoljstvo radom rukovodstva i njihova načina vodstva. Sve navedene varijable mogu biti povezane s fenomenom sagorijevanja.

2.4.9 Uvjeti rada (radno okruženje)

Radno okruženje može biti izuzetno zahtjevno i stresno, a dugotrajno izlaganje takvom okruženju može dovesti do sagorijevanja medicinskih sestara.

U jednom od svojih radova White i suradnici (2019) su istraživali radno okruženje u domovima za starije osobe. Njihov je zaključak bio da će medicinske sestre u domovima s dobrim nasuprot prosječnim radnim okruženjima i u domovima s prosječnim nasuprot lošim okruženjima značajno manje prijaviti nezadovoljstvo poslom i pokazivati visok stupanj sagorijevanja. Radno je okruženje važno područje za intervencije za poboljšanje zadržavanja medicinskog osoblja i kvalitete skrbi u domovima za starije osobe. Medicinske sestre u domovima za starije osobe pokazuju visoke stope nezadovoljstva poslom i iscrpljenosti, što pridonosi fluktuaciji, a što je značajan problem u ovom okruženju. Opsežan broj dokaza već je pokazao da su bolja radna okruženja medicinskih sestara povezana s poboljšanom sigurnošću pacijenata i smanjenim izgaranjem osoblja i nezadovoljstvom poslom u bolnicama (White i dr. 2019, 163).

Da su uvjeti rada, vrijeme, resursi te radno opterećenje u domovima umirovljenika važni čimbenici u nastanku profesionalnog sagorijevanja, opisali su (Eltaybani i dr. 2017; Costello i dr. 2018, 1214), dok Wollesen i suradnici (2019, 9) odbijaju hipotezu da radni uvjeti uzrokuju stres, a posljedično time i sagorijevanje.

Bolnice s najboljim radnim okruženjima su one s najmanjim profesionalnim sagorijevanjem osoblja i s najvećim zadovoljstvom pacijenata. U istraživanju Brooks Carthon i suradnika (2021) u bolnicama gdje su medicinske sestre imale najvišu razinu sagorijevanja, gotovo polovica je prijavila visoku razinu sagorijevanja. Mnoge od tih bolnica također su imale loše radne uvjete. Kako bi se poboljšalo zadovoljstvo pacijenata i smanjilo profesionalno sagorijevanje, trebalo bi se ulagati na razini sustava u radno okruženje medicinskih sestara (Brooks Carthon i dr. 2021, 10). Nalazi Shah i suradnika (2021) pokazuju da među sestrama koje su izjavile da su napustile posao zbog sagorijevanja, visok postotak je prijavio stresno radno okruženje. Dokazima dokumentiraju da su aspekti radnog okruženja povezani sa sagorijevanjem (Shah i dr. 2021,3).

Studija Al-Hamdan i suradnika (2016) je opisala povezanost između radnog okruženja medicinskih sestara i njegovateljica te zadovoljstva poslom, gdje su otkrili da je radno okruženje njegovatelja značajan prediktor zadovoljstva poslom (Al-Hamdan i dr. 2016, 5).

Medicinske sestre zaposlene u ustanovama s boljim uvjetima imale su značajno manju vjerojatnost da će pokazati nezadovoljstvo poslom i sagorijevanje nego sestre zaposlene u domovima s lošim uvjetima rada. Domovi za starije osobe s boljim uvjetima rada također su imali manje dekubitusa i hospitalizacija čime se dokazuje savjestan i odgovoran rad sestara. Osim posjedovanja odgovarajućeg osoblja i resursa, potrebni su i drugi elementi

radnog okruženja za podršku medicinskih sestara u pružanju visokokvalitetne njege u domovima (White i dr. 2015, 4).

Chamberlain i suradnici (2017) su postavili hipotezu da je radno okruženje vezano uz organizacijski kontekst povezano sa sagorijevanjem njegovatelja. Rezultati su potvrdili hipotezu i pokazali da su karakteristike njegovatelja i reagirajuće ponašanje korisnika povezani s tri podskale sagorijevanja. Njegovatelji koji rade u dugotrajnoj skrbi doživjeli su umjerenu količinu emocionalne iscrpljenosti i cinizma. Emocionalna iscrpljenost i cinizam rezultiraju fizičkim i emocionalnim iscrpljivanjem i osjećajem da njihov rad nema pozitivan doprinos, mada smatraju da je njihov rad smislen odnosno profesionalno učinkovit (Chamberlain i dr. 2017, 13).

Da je radno okruženje usko povezano s razinama nezadovoljstva i sagorijevanjem, u svom radu su opisali You i suradnici (2013). U četvrtini bolnica s najboljim radnim okruženjima, kod medicinskih sestara je utvrđeno da su manje iscrpljene ili nezadovoljne svojim poslom te da je manje vjerojatno da će prijaviti lošu ili nedovoljnu kvalitetu skrbi (You i dr. 2013, 158). Zhang i suradnici (2014) su napravili istraživanje na uzorku od 9698 medicinskih sestara u 181 bolnici. Bolnice s dobrim radnim okruženjima, prema izjavama, imale su manji postotak medicinskih sestara koje su prijavile visoku razinu sagorijevanja, nezadovoljstvo svojim trenutnim poslom, profesionalnim statusom, mogućnostima napredovanja, rasporedom rada i neovisnošću na poslu te namjerom napuštanja bolnica. Bolnice s mješovitim radnim okruženjima imale su manji postotak medicinskih sestara koje su prijavile visoko stanje sagorijevanja, nezadovoljstvo poslom i namjeru odlaska iz bolnice za razliku od onih s lošim radnim okruženjima. Rezultati pokazuju da su, za razliku od lošeg radnog okruženja, medicinske sestre u bolnicama s mješovitim ili dobrim radnim okruženjem imale niže izgleda za prijavu visokog stupnja sagorijevanja u sve tri dimenzije, nezadovoljstvo poslom i namjeru da odu. Prema procjeni, gotovo polovica bolnica u Kini ima loše radno okruženje, a ključni problemi su neadekvatno osoblje i resursi (Zhang i dr. 2014, 133).

U uzorku od 676 122 medicinskih sestara koje su razmišljale o napuštanju svog radnog mjesta, 43,4% je identificiralo sagorijevanje kao razlog koji bi doprinio njihovoj odluci da napuste svoj trenutni posao. Dodatni faktori u tim odlukama su bili stresno radno okruženje koje je kod 34,4% sestara navedeno kao razlog za odlazak i kod 41,6% kao razlog za razmišljanje o odlasku (Shah i dr. 2021, 3). Postalo je jasno da je rad u povoljnim okruženjima povezan s nižom namjerom fluktuacije. To implicira da ako se zadovoljstvo

poslom povećava, namjera fluktuacije se smanjuje upravo zbog utjecaja radnog okruženja (Al Sabei i dr. 2019, 6).

Karakteristike radnog okruženja u profesionalnoj sestrinskoj praksi mogu izravno utjecati na rezultate kod pacijenata koji se očituju u slabijoj kvaliteti pružene skrbi. Kod osoblja se pak javlja profesionalno nezadovoljstvo te razvoj sagorijevanja, a u samoj ustanovi apsentizam i fluktuacija (Gasparino 2014, 214).

2.4.10 Zadovoljstvo poslom

Zadovoljstvo poslom pokazalo se kao relevantan prediktor sindroma izgaranja (Lesković i dr. 2020). Korelacija između ukupnog zadovoljstva na radnom mjestu i prosječne kategorije zadovoljstva na poslu je statistički značajna i negativno povezana s intenzitetom doživljaja sagorijevanja. To znači da na radnom mjestu zadovoljniji djelatnici imaju manje intenzivan doživljaj profesionalnog sagorijevanja i obrnuto (Lešković i dr. 2016, 59).

Važno je naglasiti ulogu psihosocijalnog radnog okruženja i međusobnih kolegijalnih odnosa, zadovoljstvo poslom i psihosomatskim zdravljem među zdravstvenim osobljem (Chamberlain i dr. 2017, 13).

Zdravstveni radnici koji su bili zadovoljniji poslom imali su manje sagorijevanje na poslu. (Kabir i dr. 2016, 2928). U istraživanju Kim i suradnika (2019) rezultati govore da je postojala značajna pozitivna korelacija između autonomije na poslu i zadovoljstva poslom, kao i značajna negativna korelacija između autonomije na poslu i sagorijevanja, što ukazuje da su povećane razine autonomije povezane s višim razinama zadovoljstva poslom i nižim razinama sagorijevanja. Postojala je značajna pozitivna korelacija između socijalne podrške i autonomije na poslu te socijalne podrške i zadovoljstva poslom, kao i negativna povezanost između socijalne podrške i izgaranja, što ukazuje da su povećane razine socijalne podrške povezane s višim razinama autonomije na poslu i zadovoljstva poslom te nižim razinama izgaranja. Niža socijalna podrška, autonomija na poslu i zadovoljstvo poslom povezani su s višim stopama sagorijevanja među njegovateljicama koje se bave dugotrajnom skrbi. Zadovoljstvo poslom također je igralo značajnu posredničku ulogu između autonomije na poslu i iscrpljenosti (Kim i dr. 2019, 8).

Kod istraživanja Zhang i suradnika (2014) na uzorku od 9415 ispitanika većina medicinskih sestara su bile žene i gotovo polovica medicinskih sestara bila je nezadovoljna svojim trenutnim poslom, dok su (Queiros i dr. 2013, 333) zaključili da upravo sestre nezadovoljne poslom imaju višu razinu depersonalizacije, što je isti zaključak istraživanja Vargas i suradnika (2014, 31). Studija Aloisio i suradnika (2018) je pokazala da cinizam u profesionalnom sagorijevanju utječe na zadovoljstvo poslom zdravstvenih djelatnika u dugotrajnoj zdravstvenoj zaštiti. Pružanje odgovarajuće edukacije, poboljšanje odnosa i organizacijskog radnog vremena potencijalno može poboljšati zadovoljstvo poslom što može rezultirati manjom fluktuacijom osoblja i boljom kvalitetom skrbi za štićenike.

2.4.11 Međuljudski odnosi

Medicinske sestre smatraju se profesionalcima koji brinu i suosjećaju, stoga ih pojedinci, obitelji i čitave zajednice žele za podršku, izlječenje i ohrabrenje tijekom trajanja fizičke, emocionalne i duhovne tjeskobe (Harris i Griffin 2015, 80).

Neka su istraživanja pokazala da dobri međuljudski odnosi mogu pomoći u sprječavanju osjećaja sagorijevanja. Zaposlenici koji su se slagali s izjavama poput "Mogu vjerovati rukovodećem osoblju da će mi pomoći ako mi zatreba" imali su manju vjerojatnost da će osjetiti emocionalnu iscrpljenost kod sagorijevanja. Oni koji su bili zadovoljni podrškom suradnika nisu imali poveznicu sa sagorijevanjem ili u najboljem slučaju samo minimalno (Yeatts i dr. 2018, 3662).

U radu Consiglia (2014) glavni cilj studije je bio istražiti novu specifičnu dimenziju sagorijevanja povezanu sa socijalnim interakcijama na poslu, odnosno napetost među ljudima i njenu povezanost s emocionalnom disonancijom i zdravstvenim simptomima na uzorku bolničkih djelatnika. Rezultati su otkrili da je emocionalna neskladnost pozitivno povezana s interpersonalnim stresom, kao i s iscrpljenošću i cinizmom, podskalama u sagorijevanju. Zahtjev za potiskivanjem ili lažiranjem emocija koje se osjećaju u radnim interakcijama implicira napor kojim se kronično gubi energija (iscrpljenost) i demotivira (cinizam) te aktivira negativan odgovor na društvene interakcije na poslu (Consiglio 2014, 72).

Kvalitetni međuljudski odnosi među kolegama te između osoblja i nadređenih mogu povećati razine percipirane podrške na radnom mjestu, što potencijalno značajno smanjuje

razinu sagorijevanja. Radni odnosi između članova tima s nadređenima, između medicinskih sestara, glavnih sestara ili menadžera, igraju ključnu ulogu stresora koji mogu povećati sagorijevanje. dok su umjereni odnosi s kolegama također nezavisni prediktor za sve dimenzije sagorijevanja (Lahana i dr. 2017).

2.4.12 Nagrade i pohvale

Model osnaživanja medicinske sestre može poboljšati strukturalno osnaživanje, što dovodi do psihološkog osnaživanja i smanjenog sindroma sagorijevanja. Tri pokazatelja mogu imati vitalnu ulogu u poboljšanju strukturnog osnaživanja, a to su resursi, potpora i informacije. Resursi za podršku medicinskim sestrama, kao što su obavljanje administrativnih dužnosti (npr. naplaćivanje usluga) i suradnja s drugim zdravstvenim osobljem, omogućuju pružanje optimalne skrbi za pacijente. Medicinske sestre također trebaju podršku suradnika, drugih sestara i bolničkog osoblja. U obavljanju dužnosti, tim može pružiti smjernice, podršku i konstruktivne informacije kako bi joj pomogao. Članovi tima, posebno medicinske sestre, moraju primati kontinuirane i potpune informacije kroz učinkovitu komunikaciju i koordinaciju, kao što su izvješća o primopredaji smjene i periodični sastanci tima. Medicinske sestre kojima nedostaje osjećaj osobnog postignuća pri obavljanju dužnosti mogu biti rani pokazatelj sindroma sagorijevanja. Odsutnost uvažavanja od strane bolnice ili tima može rezultirati negativnim osjećajima o dužnostima i nedostatkom motivacije za postizanje visokih uspjeha. Posljedično, medicinske sestre se s vremenom osjećaju iscrpljeno, što smanjuje kvalitetu rada. Stoga treba uvesti sustav nagrađivanja kako bi se povećala motivacija zaposlenika i lojalnost prema poslu i ustanovi te unaprijedila kvaliteta njihovog rada (Nursalam i dr. 2018, 394). U svom radu Wang i suradnici (2013) navode da postoji veza između osnaživanja radnog pristupa i sagorijevanja medicinskih sestara. Bolničko rukovodstvo trebalo bi omogućiti radna okruženja u kojima bi svi imali pristup različitim mogućnostima, informacijama, podršci, resursima i moći. Također bi trebali stvoriti pozitivno emocionalno ozračje nagrađivanjem postignuća i provođenjem ceremonija za odavanje priznanja izvrsnom radu medicinskog osoblja. Trebalo bi implementirati dodatne strategije, kao što je stvaranje više programa osposobljavanja za posao i pružanje mogućnosti za sudjelovanje na konferencijama za medicinske sestre (Wang i dr. 2013, 2901).

Nedovoljno uručivanje priznanja i nagrada (financijskih, institucionalnih ili društvenih)

povećava ranjivost ljudi koja dovodi do sagorijevanja jer obezvrjeđuje i rad i radnike te je usko povezana s osjećajem neučinkovitosti. Nasuprot tome, dosljednost u dimenziji nagrađivanja osoblja na radnom mjestu znači da postoje i materijalne nagrade te prilike za intrinzično zadovoljstvo (Maslach i Leiter 2016, 355).

2.4.13 Složenost posla

Medicinske sestre često rade u zahtjevnom i dinamičnom okruženju s ograničenim vremenom i resursima, što može povećati razinu stresa. Stresni uvjeti uz složenost posla na radnom mjestu mogu izazvati emocionalni i fizički umor te dovesti do sagorijevanja.

Prema istraživanju Kubicek i Korunka (2015), složenost posla je kvalificirala odnos između disonance emocija i sagorijevanja. Za djelatnike koji skrbe o starijim osobama s ograničenom složenošću posla postoji povezanost između disonance emocija i dviju dimenzija sagorijevanja. Utvrđeno je da zaposlenici na složenijim poslovima manje pate od emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, subskalama sagorijevanja, kada se susreću s emocijama pri radu s korisnicima u usporedbi sa zaposlenicima koji su obavljali nekompleksan posao. Stoga se čini da je rad na složenijim zadacima ključna polazna točka za ublažavanje sagorijevanja zaposlenika (Kubicek i Korunka 2015, 396).

Prema Zwakhlen i suradnicima (2018) simptomi sagorijevanja su znatno veći u poslovima gdje je kombinacija većih zahtjeva i niže autonomije. S obzirom na karakteristike posla, u ovoj je studiji medicinsko osoblje imalo znatno više autonomije i manje fizičkih zahtjeva i opterećenja u manjim ustanovama u usporedbi s osobljem na regularnim odjelima (Zwakhlen i dr. 2018, 118). U sljedećem istraživanju korelacija je pokazala da su preopterećenje poslom i emocionalni zahtjevi pozitivno povezani sa sagorijevanjem. Rezultati su pokazali da i zahtjevi posla i nedostatak organizacijskih resursa predstavljaju značajan postotak varijance emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije, zanemarivanja i zlostavljачkog ponašanja (Andela i dr. 2018, 15). Preopterećenost poslom pridonosi sagorijevanju jer smanjuje sposobnost ljudi da zadovolje zahtjevima koji se javljaju na poslu. Kada ova vrsta preopterećenja postane kronično stanje na radnom mjestu, malo je mogućnosti za odmor, oporavak i uspostavljanje ravnoteže. Nasuprot tome, balansirano radno opterećenje pruža prilike za korištenje i usavršavanje postojećih vještina, kao i za postizanje učinkovitosti u novim područjima aktivnosti (Maslach i Leiter 2016, 105).

Istraživanje sagorijevanja osoblja u ustanovama u kojima se brinu o osobama s demencijom u dugotrajnoj njezi, kao i istraživanje njegovatelja u kućnoj njezi, s obzirom na nisku složenost posla, pokazalo je da nemaju visoku razinu sagorijevanja ili psihološki stres (Möckli i dr. 2020, 9).

Teorija zahtjeva za poslom – resursa („Job demands – resources theory“) sugerira da se karakteristike rada mogu organizirati u dvije kategorije: zahtjevi i složenost posla te resursi posla. Ove dvije kategorije radnih karakteristika mogu se naći u gotovo svakom poslu i stoga su važne jer su pokretači dvaju različitih procesa: oštećenja zdravlja i motivacijskog procesa. Zahtjevi i resursi ne samo da imaju jedinstven učinak na zdravlje i motivaciju zaposlenika već imaju i zajedničke (interaktivne) učinke na dobrobit zaposlenika. Umjesto da bude mehanički, model sugerira da su osobni resursi također važni prediktori motivacije i mogu ublažiti nepovoljne učinke složenosti i zahtjeva posla. Osim toga, teorija predlaže da radne karakteristike i zdravlje te motivacija zaposlenika međusobno utječu jedni na druge tijekom vremena. Dakle, zdravlje i motivacija zaposlenika također mijenjaju radno okruženje, što naglašava dinamičnu prirodu pitanja radnog okruženja i dobrobiti odnosa. Osmišljavanje posla ili individualna prilagodba zahtjeva i resursa objašnjava kako zaposlenici mijenjaju svoje okruženje tako da ga mogu učiniti privlačnijim i manje iscrpljujućim što je važan faktor u prevenciji profesionalnog sagorijevanja (Chen i Cooper 2014, 22).

2.4.14 Nedostatak sredstava za rad

Rad u uvjetima s nedostatkom sredstava za rad stvara stres medicinskim sestrama koje uviđaju da ne mogu pružiti potrebnu njegu korisnicima u domovima za starije osobe, što zauzvrat stvara dodatni stres zbog osjećaja da ne mogu pružiti kvalitetniju skrb. Stvaranjem boljih radnih uvjeta s dovoljno sredstava za rad, sestre se podržavaju u pružanju kvalitetnije skrbi te im se omogućuje osjećaj veće kontrole nad svojim radom. Iako je glavni fokus kvaliteta skrbi i sigurnost pacijenta, mogu se uočiti visoke stope sagorijevanja i nezadovoljstva medicinskih sestara što stvara zabrinutost oko privlačenja i zadržavanja na radnim mjestima u domovima za starije osobe (White i dr. 2019, 5).

Najveću količinu varijance u sagorijevanju od 16% sačinjavali su loše upravljanje osobljem te loša, neadekvatna ili nedostatna sredstva za rad. Ovakvi uvjeti rada uzrokuju

kod medicinskih sestara stres povezan s poslom, nezadovoljstvo, utjecaj na opće zdravlje te posljedično i sagorijevanje u zemljama u razvoju (Khamis i dr. 2015, 660).

2.4.15 Osobni dohodak

Prema podacima, prosječna plaća medicinske sestre u Hrvatskoj iznosi 900 € (Glassdoor⁴, 2020), dok u Sloveniji 1490 € (Salaryexplorer⁵, 2021).

Rezultati su potvrdili da su među gerijatrijskim medicinskim sestrama zaposlenim u domovima za starije osobe, intrinzična motivacija, zadovoljstvo plaćom i sagorijevanje na poslu jaki prediktori namjere promjene posla. Dok se u ekonomskom smislu obavljanje njegovateljskog posla u domovima za starije osobe u Kini može činiti kao loš izbor, intrinzična priroda poslova gerijatrijskih medicinskih sestara nadoknađuje niske plaće koje primaju, ispunjavajući njihova očekivanja i vrijednosti. Za promicanje zadovoljstva plaća među gerijatrijskim sestrama, treba provesti odgovarajuću javnu politiku kako bi se opravdale plaće kao priznanje i uvažavanje njihove intrinzične motivacije. Nadalje, treba omogućiti subvencije plaća kako bi im se povećala njihova plaća. Državni programi nabave i programi osiguranja za dugotrajnu njegu mogli bi ponuditi izvedive opcije za poboljšanje sposobnosti štićenika s niskim primanjima da plate njegu. Treba dopustiti jake sindikate i poticati ih da osnaže gerijatrijske sestre zaposlene u domovima za starije osobe da iskoriste kolektivno pregovaranje za povećanje svojih godišnjih plaća (Wang i dr. 2019, 16). Za razliku od ostalih, istraživanje Hu i suradnika (2021, 268) je pokazalo da sveukupno sagorijevanje nije imalo značajan odnos s plaćom.

U studiji Butler i suradnici (2014) osoblje se osjećalo vrlo učinkovito na svom poslu, mjereno pitanjima na ljestvici osobnih postignuća kao što je "Postigao sam mnogo vrijednih stvari na poslu", ali čini se da im je bilo teže podnijeti nedostatak stalnog prihoda u njihovim 20-im, 30-im i 40-im. Iako među sudionicima studije nije bilo širokog raspona u plaćama, više plaće predviđale su dugotrajnije izvođenje posla, dodatno ukazujući na

⁴ Glassdoor – jedna od najvećih svjetskih internetskih stranica za zapošljavanje (Glassdoor 2021).

⁵ Salary Explorer – web-stranica za usporedbu plaća i resursa za zaposlenike i poslodavce (Salary Explorer 2023).

važnost odgovarajuće naknade. Neki pojedinci često su se osjećali "ushićeno nakon bliske suradnje s korisnicima" dijelom zato što su bili početnici na svom poslu, no s vremenom se osjećaj osobnog postignuća obično gubi zbog dugogodišnjeg rada, neadekvatnih primanja ili sagorijevanja (Butler i dr. 2014, 185).

U Kini različite kategorije mjesečnih primanja pokazuju značajne razlike u emocijama, bilo da su one pozitivne bilo negativne, te u zadovoljstvu životom i osjećaju blagostanja. Medicinsko osoblje čiji je mjesečni prihod 5000 juana (680 eura) ili više, imalo je najviši rezultat u ukupnoj ocjeni subjektivnog blagostanja (Qu i Wang 2015, 14). U uzorku od 9415 medicinskih sestara, gotovo polovina je bila nezadovoljna svojim trenutnim poslom, dok je 75,5% kao izvor nezadovoljstva navelo niske plaće koje su puno niže nego u Europi (Zhang i dr. 2014, 132). U vrlo sličnom istraživanju provedenom godinu dana ranije na uzorku od 9688 sestara, You i suradnici (2013, 157) su došli do identičnog rezultata od 76% nezadovoljnih sestara upravo zbog niskih plaća. Istraživanje Zang i suradnika (2020, 4) je pokazalo da su kod povećavanja prihoda imale manju emocionalnu iscrpljenost. Medicinske sestre s radnim ugovorom na neodređeno vrijeme osjećale su veću emocionalnu iscrpljenost u usporedbi s onima koje su radile na određeni rok, dok su one koje su imale duže radno iskustvo imale manju emocionalnu iscrpljenost. Medicinske sestre koje su imale višu razinu obrazovanja, imale dulje radno iskustvo ili ostvarivale veću zaradu imale su veću vjerojatnost da će imati nižu depersonalizaciju. Nezadovoljstvo prihodima povećalo je sagorijevanje na poslu. Može se zaključiti da životni problemi i nesrazmjer između plaća i razine inflacije mogu uzrokovati sagorijevanje zdravstvenih radnika (Kabir i dr. 2016, 2928). Medicinske sestre mogu pokazati da su vrlo zadovoljne svojim izborom karijere, odnosima na poslu, voditeljem odjela, ali i dalje ostaju nezadovoljne drugim aspektima, kao što su sam posao i plaća u 66% slučajeva (Klopper 2012, 9). Čimbenici neovisno povezani s depersonalizacijom uključivali su razinu obrazovanja, prihod i godine radnog iskustva. Medicinske sestre koje su imale višu razinu obrazovanja, dulje radno iskustvo ili ostvarivale veći prihod imale su veću vjerojatnost da će imati nižu depersonalizaciju (Zang i dr. 2020, 4).

2.4.16 Rukovodstvo i načini vodstva

Novije metode rada i poslovanja zahtijevaju i promjenu načina vodstva što je rezultiralo nizom novih teorija vodstva. Značajka svim novim teorijama je aktivnije uključivanje zaposlenih u procese odlučivanja, a najpoznatije su:

- Transakcijsko vodstvo (najbliže tradicionalnim metodama vodstva gdje se rukovoditelj fokusira na procese kontrole, organiziranja i kratkoročnog planiranja);
- Transformacijsko vodstvo (rukovoditelj potiče adekvatne uvjete kako bi radnik ostvario performanse iznad očekivanih);
- Karizmatično vodstvo (podređeni daju herojske ili posebne sposobnosti svojim karizmatičkim vođama);
- Uslužno vodstvo (temelji se na teoriji da posao postoji zbog razvoja zaposlenih kao što zaposlenik postoji da bi obavio posao);
- Interaktivno vodstvo („ženski stil vodstva“ gdje se pomaže zaposlenicima da razumiju zadatke i ciljeve, kako bi mogli efektivno sudjelovati u realizaciji);
- Atributivna teorija vodstva (vodstvo je jedan od atributa koji ljudi daju drugim pojedincima, efektivni vođe su čvrsti u donošenju odluka te uz požrtvornost i upornost uspijevaju riješiti teške zadatke);
- Autentično vodstvo (autentični vođa ima izrazito pozitivan psihološki kapacitet i vrlo razvijene organizacijske sposobnosti što dovodi do povećane samosvjesnosti i mogućnosti osobnog razvoja);
- Kompleksno vodstvo (interaktivni sistem komunikacije dinamičnih agenata što u konačnici rezultira inovacijama i povećanoj prilagodljivosti promjenama);
- XML teorija vodstva (kreiraju se unutarnje i vanjske grupe gdje će oni unutar grupe imati veće zadovoljstvo poslom uz manje grešaka i bolje performanse);
- E-vodstvo (zbog zemljopisno disperziranih organizacija, nadređeni nema direktnu fizičku komunikaciju, već putem tehnologije) (Živković 2016, 48).

Kada rukovoditelji ističu transparentnost, uravnoteženo provođenje posla, samosvijest i visoke etičke standarde u svojim interakcijama s medicinskim sestrama, povećava se njihovo povjerenje u njih. Dobri rukovoditelji su kod medicinskih sestara u stanju potaknuti bolji osjećaj usklađenosti između očekivanja kvalitetnih radnih uvjeta i organizacijskih ciljeva i procesa, promičući tako veću radnu angažiranost i bolji učinak (Wong i Giallonardo 2013, 750).

Autentično vodstvo imalo je izravnu povezanost sa zadovoljstvom na poslu i sagorijevanjem. Rezultati su pokazali da su medicinske sestre koje su svojim rukovoditeljima dale visoku ocjenu za autentično rukovođenje imale nižu emocionalnu iscrpljenost i bile zadovoljnije na poslu (Wong i dr. 2020, 257).

U svojim istraživanjima Laschinger i Fida (2013) su otkrili pozitivne strane autentičnog vodstva, koje je bilo povezano s nižim razinama zlostavljanja na poslu i profesionalnim

sagorijevanjem. Ovo otkriće podupire ideju da autentični lideri mogu utjecati na kvalitetu međuljudskih odnosa na radnom mjestu modeliranjem pozitivnih međuljudskih ponašanja i postavljanjem odgovarajućih standarda za prihvatljivo i neprihvatljivo ponašanje na radnom mjestu. Kako bi od svojih zaposlenika dobili najučinkovitije performanse na radnom mjestu, osiguravaju resurse i uvjete kojima se smanjuje mogućnost nastanka sukoba i frustracija među zaposlenicima te ih osnažuju da svoj posao odrade na najbolji način. U tom smislu, stvaranjem osnažujućih uvjeta za zaposlenike, otvorenosti i transparentnosti, autentični lideri mogu odigrati zaštitničku ulogu protiv zlostavljanja i sagorijevanja. Takvim vodstvom postavljaju visoke standarde prihvatljivog međuljudskog ponašanja i netolerantnosti prema nasilničkom ponašanju na radnom mjestu te obeshrabruju maltretiranje i sagorijevanje (Laschinger i Fida 2013, 748–749).

Godinu dana kasnije u novom radu su zaključili da je autentično vodstvo povezano s nižim stupnjem sagorijevanja, stoga je takav obrazac ponašanja od strane menadžmenta izrazito poželjan jer može stvoriti ugodno radno okruženje i time zaštititi nove medicinske sestre od sagorijevanja. Stoga su programi i edukacije autentičnog vodstva iznimno bitni i poželjni (Laschinger i Fida 2014, 25). Stečenim vještinama educirani rukovoditelji će igrati važnu ulogu u jačanju povjerenja novih sestara u njihovu sposobnost da se nose sa zahtjevima svog posla, čime će ih štititi od razvoja sagorijevanja i lošeg mentalnog zdravlja, promicati poslovnu samoučinkovitost koja će potaknuti zadržavanje novopridošlih sestara u profesiji (Laschinger i dr. 2015, 27).

U svom radu Lahana i suradnici (2017) su zaključili da kvaliteta odnosa s nadređenima utječe na pojavu profesionalnog sagorijevanja. Kvalitetni međuljudski odnosi među kolegama te između osoblja i nadređenih mogu povećati razine percipirane podrške na radnom mjestu, što potencijalno značajno smanjuje razine sagorijevanja (Lahana i dr. 2017, 8). Za sestre koje su razmišljale o napuštanju svog radnog mjesta na uzorku od 676 122 sestara, 43% je identificiralo sagorijevanje kao razlog svojoj odluci da napuste trenutni posao, a dodatni čimbenik u tim odlukama upravo je bio nedostatak dobrog upravljanja ili vodstva (Shah i dr. 2021, 3).

Pod autokratskim vodstvom zaposlenici često sagorijevaju na poslu. Nisu angažirani u svom radu i ne osjećaju se kao da pridonose glavnom cilju. Često imaju ograničene resurse koji im ne omogućuju učinkovito ostvarivanje posla, a često su i demoralizirani pred drugim zaposlenicima. Posljedica sagorijevanja djelatnika dovodi do smanjene predanosti

radnoj organizaciji, izostanak s posla, "prezentizam"⁶ te fluktuaciju zaposlenika (Morse i dr. 2012). U svom radu Sodeify i suradnici (2013) ukazuju na neupućenost i ignoriranje nadređenih u osobne vrijednosti osoblja kao i nedostatak podrške. Medicinske sestre su u raznim situacijama doživljavale ponižavanje, prijetnje, neuvažavanje i ignoriranje njihovih prijedloga. Zbog toga su smatrale da je neupućenost menadžera u individualne i profesionalne vrijednosti, loša organizacijska klima, nizak društveni identitet i loši uvjeti rada prepreka da osjete podršku te predizpozicija za sagorijevanje (Sodeify i dr. 2013, 191–197).

Nakon opisa varijabli povezanih s poslom i radnim karakteristikama na radnom mjestu, u nastavku će se dati osvrt o važnosti vlasništva same ustanove, njene povezanosti s profesionalnim sagorijevanjem kao i manifestaciji COVID-a 19 te ageizma, dok se organizacija službe u ustanovi može se manifestirati kroz broj korisnika na jednu medicinsku sestru.

2.4.17 Vrsta ustanove – privatna/državna

Domovi za starije osobe, bilo privatni bilo državni, su ustanove koje pružaju skrb i brigu starijim osobama koje zbog različitih razloga nisu u mogućnosti brinuti se za sebe. Ovisno o vlasništvu, organizaciji, radnim uvjetima i sl., zahtjevno i stresno okruženje može biti izazovno za mentalno i fizičko zdravlje medicinskih sestara te dovesti do sagorijevanja.

Rezultati empirijske analize pokazuju da vlasništvo utječe na kvalitetu njege u domovima za starije u Švedskoj. Državni domovi za starije i nemoćne osobe imali su više zaposlenih po korisniku, manje osoblja s radnim vremenom po satu i veći udio domova koji su nudili individualni smještaj/kuhinju. Analiza pokazuje da su privatni domovi za starije osobe povezani sa znatno manjim brojem osoblja nego državni domovi i imaju 0,9% zaposlenih po korisniku. Privatni domovi za starije i nemoćne osobe imaju manje osoblja i manje individualnog smještaja od državnih domova, što ukazuje na nižu kvalitetu u ovom posebnom aspektu. Osim toga privatni domovi imaju nižu razinu udjela pojedinačnih (npr. jednokrevetnih) soba. Državni domovi za starije osobe pokazali su višu razinu kvalitete od privatnih domova. Iz svega navedenog može se zaključiti da su uvjeti rada za medicinske sestre znatno bolji u državnim domovima što može utjecati na nastanak sagorijevanja

⁶ Prezentizam – prisutan, ali neučinkovit (Morse i dr. 2012).

(Winblad i dr. 2017, 10). Rad u privatnom profitabilnom domu za starije osobe povezan je s povećanim rizikom od sagorijevanja (Kandelman i dr. 2017, 9).

U Kanadi su uspoređeni državni i privatni domovi za starije osobe kao i oni dobrovoljni te je otkriveno da se većina aspekata sagorijevanja ne razlikuje prema vrsti doma, međutim zdravstveno osoblje u privatnim ustanovama pokazalo je više razine cinizma i to u domovima srednje veličine za razliku od onih u malim ili velikim domovima (Estabrooks i dr. 2015, 55). Prema istraživanju Aeschbacher i Addor u zdravstvenim ustanovama u Švicarskoj (2018) može se zaključiti da medicinske sestre u državnim i privatnim bolnicama imaju manju mogućnost autonomije, fleksibilnosti radnog vremena i sudjelovanja u donošenju odluka nego one na drugim radnim mjestima. Iako su u državnim bolnicama sestre zadovoljnije plaćama i mogućnostima napredovanja nego u privatnim bolnicama, ipak su bile povezane s više otuđujućih faktora na poslu, kao što su stres i agresija. U privatnim se ustanovama na radnim mjestima nudi blaga radna okolina, društvena podrška i priznanje što je drugdje drugačije, ali su mogućnosti napredovanja ograničene. Radna mjesta u neprofitnim ustanovama i domovima za starije osobe povezana su s najvišim stupnjem autonomije, fleksibilnosti, sudjelovanja, priznanja, organizacijske predanosti i zadovoljstva poslom. Zbog svojih strukturnih karakteristika, takva ustanova može privući medicinske sestre koje traže veće samoodređenje, državne bolnice mogu privući medicinske sestre orijentirane na karijeru, dok će privatne bolnice vjerojatno privući medicinske sestre nudeći manje stresne radne uvjete (Aeschbacher i Addor 2018, 8). Prema Iecovich i Avivi (2015) kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije koji žele ostvariti profit, javlja se veća razina depersonalizacije i općeg sagorijevanja. Vrsta vlasništva pokazala se značajnom u predviđanju osobnih postignuća, što sugerira da rad u privatnoj profitnoj ustanovi predviđa sporije razine osobnih postignuća. Razlog zašto se tip vlasništva pokazao kao značajan prediktor depersonalizacije i ukupnog sagorijevanja medicinskih sestara u ustanovama za dugotrajnu njegu može proizaći iz atmosfere na radnom mjestu i radnih uvjeta (npr. plaće, dodatne beneficije, podrške nadređenih) koji mogu biti manje povoljni od onih u neprofitnim ustanovama ili zato što medicinske sestre u takvim ustanovama imaju manje mogućnosti za sudjelovanje na edukacijama koje mogu smanjiti njihovo sagorijevanje (Iecovich i Avivi 2015, 4).

2.4.18 COVID-19

Pandemija COVID-a 19 drastično je pogoršala već postojeće sindrome sagorijevanja i nezadovoljstva poslom. Prije pandemije pokazivali su se znakovi niže razine sagorijevanja, no to se nije odnosilo na neke znakove depersonalizacije. Ispitanici su prijavili više negativizma i cinizma te manju međuljudsku distancu, kao i veću emocionalnu ili kognitivnu uključenost u svoj posao nego prije pandemije kada su bili više uključeni u odnose sa suradnicima i više angažirani u radu s korisnicima/pacijentima. Medicinske sestre posebno su bile nezadovoljne neadekvatnom opskrbom zaštitne opreme te zahtjevom upućenim od strane slovenskog ministarstva zdravstva da se stariji štićenici zaraženi COVID-om 19 liječe u domovima za starije osobe, a ne u bolnicama, što je izazvalo otežavajuće okolnosti vezane uz radne uvjete. Osjećaj sagorijevanja radikalno je porastao tijekom pandemije zbog enormnog povećanja odgovornosti, jer su bili odgovorni za vlastitu sigurnost, sigurnost suradnika, kao i sigurnost korisnika/pacijenata. Kako je primijenjena mjera socijalne distance, morali su umirivati i na druge načine ohrabrivati pacijente koji su bili pod pritiskom zbog potpune zabrane posjeta kući, zabrane napuštanja prostora i ograničenih društvenih kontakata. Medicinske sestre morale su komunicirati i s rodbinom koja je htjela dobiti dodatne informacije o štićenicima zbog zabrane posjeta, dok su puno energije izgubili i zamjenjujući rodbinu kada su pacijenti umirali što je za posljedicu imalo visoku razinu profesionalnog sagorijevanja (Leskovic i dr. 2020, 668–669). U istraživanju Guixia i Hui (2020) navodi se da je fizičko i psihičko opterećenje medicinskih sestara u razdoblju pandemije bilo povećano, no da su imale visok moral i radni entuzijizam, puno empatije prema pacijentima, tako da njihove karakteristike depersonalizacije nisu bile očite. S druge strane, zbog ozbiljne epidemiološke situacije, nedostatka specifičnog liječenja lijekovima te limitirane mogućnosti pomoći, kod njih se stvarao osjećaj niskog osobnog postignuća što je u razdoblju pandemije dovodilo do visoke razine profesionalnog sagorijevanja, u korelaciji s anksioznošću i depresijom (Guixia i Hui 2020, 35). Upravo zbog navedenih poremećaja, stresa i visokog postotka profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara, bilo bi važno uvesti cikličko praćenje njegovog intenziteta (Ślusarz i dr. 2022, 12). Rezultati studije Bellanti i suradnika (2021) pokazali su da je pandemija dovela do pogoršanja tekućih temeljnih problema na radnom mjestu koji su pridonijeli sagorijevanju (Bellanti i dr. 2021, 12) kao i do emocionalne iscrpljenosti (Leskovic i dr. 2020, 670).

Povećanje radnog vremena i pogoršanje fizičkog i/ili mentalnog zdravlja uzrokovani pandemijom izgledali su kao čimbenici rizika sagorijevanja za osoblje u domovima za starije osobe. Stoga, što su njihove razine bile veće, to je bila veća emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija. Ovaj je rezultat u skladu s drugim studijama koje su pokušale povezati stres s radnim opterećenjem i percipiranim zdravljem tijekom ove pandemije (Belén Navarro Prados i dr. 2022, 244–252).

Za razliku od prethodnih, istraživanje Martínez-López i suradnika (2021) je pokazalo iznenađujuće niskih 6,4% osoblja u domovima za starije osobe u Španjolskoj koje je prijavilo sagorijevanje, unatoč kolapsu domova, visokoj stopi smrtnosti korisnika i medijskom pritisku što je puno niže od onih pronađenih u drugim studijama provedenim o pandemiji u Španjolskoj (Martínez-López i dr. 2021, 8).

2.4.19 Broj korisnika na jednu sestru

Prema Pravilniku o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (NN 110/2022), Zakona o socijalnoj skrbi, usluga smještaja za korisnike provodi se u opsegu različitom s obzirom na dob te vrstu oštećenja i to prema stupnjevima:

- prvi stupanj za funkcionalno neovisne korisnike koji samostalno zadovoljavaju svoje potrebe
- drugi stupanj za djelomično ovisne korisnike kojima je potrebna pomoć pri zadovoljenju osnovnih potreba
- treći stupanj za funkcionalno ovisne korisnike kojima je potrebna pomoć druge osobe u zadovoljenju svih potreba
- četvrti stupanj za funkcionalno ovisne korisnike koji zbog Alzheimerove demencije trebaju drugu osobu u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu.

Prema novim standardima od 2022. godine je određeno da za korisnike kojima se pruža prvi stupanj usluge treba biti osigurano 2 medicinske sestre/primalje i 2 njegovatelja na 100 korisnika; za korisnike kojima se pruža drugi stupanj usluge treba biti osigurano 3 medicinske sestre/primalje i 8 njegovatelja na 100 korisnika; za korisnike kojima se pruža treći stupanj usluge treba biti osigurano 6 medicinskih sestara/primalja i 12 njegovatelja na 100 korisnika te za korisnike kojima se pruža četvrti stupanj usluge treba biti osigurano 5 medicinskih sestara/primalja i 8 njegovatelja na 20 korisnika. U domovima koji imaju do

20 korisnika treba osigurati 1 medicinsku sestru/primalju i 1 njegovatelja u smjeni (Zakon HR 2022).

Profesionalno sagorijevanje utječe ne samo na radni učinak već i na mentalno i fizičko zdravlje. Neke od posljedica sagorijevanja među medicinskim sestrama uključivale su jake glavobolje, komplikacije spavanja, visoki krvni tlak i kardiovaskularne bolesti. Ovi zdravstveni problemi djelomično su uzrokovani visokim omjerima pacijenata i medicinskih sestara te su doprinijeli višim stopama medicinskih pogrešaka i nižoj kvaliteti skrbi za pacijente (Bakhamis i dr. 2019, 8). U istraživanju Kandelman i suradnika (2017), medijan broja štićenika po njegovatelju je bio 12 (raspon 2 – 88). Dugogodišnji radni staž s većim brojem pacijenata su varijable povezane s najvišim rezultatima sagorijevanja (Pérez-Fuentes i dr. 2019, 38).

2.4.20 Ageizam

Ageizam je prvi put kao fenomen opisao gerijatar Robert Butler 1969. godine. Butlerova prva definicija ageizma bila je "predrasude jedne dobne skupine prema drugim dobnim skupinama", a šest godina kasnije redefinirao ju je kao "Proces sustavnog stereotipa i diskriminacije ljudi zato što su stari, kao što je rasizam vezan uz boju kože i spol. Stari ljudi su kategorizirani kao senilni, kruti u mišljenju i ponašanju, staromodni u moralu i vještinama." Ageizam opisuje subjektivno iskustvo implicirano u popularnom pojmu generacijskog jaza. Predrasude sredovječnih prema starima u ovom slučaju, a prema mladima u drugim, ozbiljan su nacionalni problem. Ageizam odražava duboko ukorijenjenu nelagodu kod mladih i sredovječnih osoba, osobnu odbojnost i gađenje prema starenju, bolesti, invalidnosti i strah od nemoći, beskorisnosti i smrti (Butler 1969, 243). Rezultati studije Pekçetin (2018) su pokazali da ageistični stavovi kod nekih medicinskih sestara nisu povezani s njihovom dobi, spolom, razinom obrazovanja ili bračnim statusom, dakle s demografskim karakteristikama sudionika. Međutim, ageistični stavovi su bili povezani s razinama sagorijevanja i zadovoljstvom poslom, emocionalnim sagorijevanjem što su ključni problemi među zaposlenicima u domovima za starije osobe. Istraživanje je pokazalo pretežno pozitivan stav prema starijim osobama među medicinskim sestrama i u skladu s time niske razine profesionalnog sagorijevanja (Pekçetin 2018, 30). U istraživanju Iecovich i Avivi (2015) željeli su ispitati u kojoj mjeri ageizam i stručna kvalifikacija medicinskih sestara koje rade u ustanovama za dugotrajnu njegu starijih osoba doprinosi

njihovom profesionalnom sagorijevanju. Utvrđeno je da je razina ageizma među onima koje skrbe o starijim korisnicima skrbi u ustanovama za dugotrajnu skrb umjerena. Više razine ageizma doprinose značajno višim razinama depersonalizacije i općeg sagorijevanja te značajno nižim razinama osobnog postignuća. Pružanje skrbi starijim osobama prema kojima netko ima negativne stavove može rezultirati kognitivnim ili emocionalnim neskladom. Ageizam igra ključnu ulogu u ukupnom sagorijevanju, kao i depersonalizaciji te osobnim postignućima (Iecovich i Avivi 2015, 331).

U prethodnome dijelu dat je osvrt na ustanove odnosno vlasništvo domova za starije osobe i njihovu povezanost uz profesionalno sagorijevanje te manifestacije poput ageizma i COVID-a 19. U nastavku će biti opisane posljedice sagorijevanja, prevencija i intervencije u cilju smanjenja i rješavanja problema sagorijevanja kao i dosadašnja istraživanja na razmatranom području.

2.5. Posljedice sagorijevanja

Sindrom profesionalnog sagorijevanja označava progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti osobnog rada kao posljedica kroničnog stresa i frustracija na radnom mjestu. Proces nastanka individualan je kod svake osobe i zahtijeva određeno vrijeme, dok su simptomi u početku suptilni. S vremenom simptomi postaju naglašeniji i zahvaćaju sve aspekte zdravlja. Od tjelesnih simptoma javlja se umor i iscrpljenost, pad imuniteta koji za posljedicu ima učestale bolesti, vrlo često su prisutne glavobolje i bol u mišićima, zatim gubitak apetita i poteškoće sa spavanjem. Od kognitivnih simptoma često su prisutne poteškoće s koncentracijom, problemi s pamćenjem kao i smanjena pažnja. Emocionalne simptome kod osobe karakterizira gubitak motivacije, osjećaj neuspješnosti i sumnja u samoga sebe, osjećaj samoće, beznadnosti i bespomoćni te manjak samopouzdanja. Bihevioralni simptomi očituju se bijegom od odgovornosti te povlačenjem iz posla, socijalnom izolacijom, zlouporabom hrane, alkohola i lijekova te prenošenjem frustracija na osobe s kojima živi i radi (Analiza 2023).

Sagorijevanje može biti teško uočljivo, pogotovo ako medicinske sestre pokušavaju sakriti svoju iscrpljenost jer žele izgledati kao dobre zaposlenice. Prepoznavanje sagorijevanja zahtijeva povezivanje s medicinskim sestrama i obraćanje pozornosti na njihovo ponašanje. Neki znakovi sagorijevanja uključuju: česta iscrpljenost, izostanak s posla ili kašnjenje, frustracija, anksioznost, negativne reakcije na promjene, dojam opuštenosti ili

nezadovoljstva, depersonalizacija ili otupjeli odgovor na emocionalne situacije (Anderson-Mutch 2023).

Kada se razmišlja o izgaranju, ono što obično izaziva uzbunu je širok raspon povezanih negativnih posljedica. Kako je sagorijevanje sindrom kronične iscrpljenosti i negativnih stavova prema radu, za očekivati je da ono nepovoljno utječe na funkcioniranje ljudi na radnom mjestu (Bakker i dr. 2014, 395).

Jedna od posljedica sagorijevanja je često davanje otkaza i odlazak sestara iz ustanove. Lideri s autentičnim stavovima stvaraju pozitivno radno okruženje koje smanjuje sagorijevanje i namjeru odlaska. Mehanizam namjere odlaska mladih i starijih medicinskih sestara je različit, stoga je potrebno implementirati strategije za stvaranje pozitivnog radnog okruženja i jačanje individualnih vještina suočavanja sa stresom (Lee i dr. 2018, 11).

2.6. Prevencija

Burnout je sindrom koji se razvija kao odgovor na problematične odnose između zaposlenika i njihovih radnih mjesta. Loša organizacijska usklađenost sa sklonostima i željama zaposlenika stvara napetosti koje troše energiju, smanjuju uključenost u rad i obeshrabruju zaposlenike. Kada te problematične veze traju dugo i postanu kronično stanje, dovode do sve većih zahtjeva rješavanja problema (Leiter i dr. 2014, 145).

U cilju prevencije razvoja simptoma profesionalnog stresa i sagorijevanja potrebno je educirati medicinske sestre i ostale zdravstvene radnike o upravljanju stresom te osigurati dovoljno emocionalne, socijalne i profesionalne podrške na radnim mjestima. U suočavanju s problemom također je važno promicati dobru organizacijsku klimu i poticati dobre međuljudske odnose. Naime, pokazalo se da pomoć koju pojedincu mogu pružiti radne kolege utječe na zaustavljanje daljnjeg razvoja profesionalnog sagorijevanja (Škrinjarić i Šimunović 2018, 21). Woo i suradnici (2020) su u svojoj studiji sintetizirali objavljene studije i procijenili prevalenciju simptoma profesionalnog sagorijevanja među medicinskim sestrama u svijetu. Nalazi sugeriraju da sestre imaju visoku razinu prevalencije simptoma sagorijevanja koji zahtijevaju pozornost i poduzimanje mjera u cilju sprečavanja fenomena. Njihova studija služi kao poticaj za intervencijske studije i

promjenu politike radi poboljšanja uvjeta rada sestara i ukupne kvalitete zdravstvene zaštite (Woo i dr. 2020, 9–19).

Engleska vlada nastojala je poboljšati plaće medicinskim sestrama nizom godišnjih povećanja i posebnih naknada. Osim toga, namjeravali su povećati smještaj za one koje rade u Londonu, a implementiran je i program pomoći radnicima u javnom sektoru da kupe vlastiti dom. Nastojalo se povećati broj sestara zapošljavanjem iz inozemstva i nekim povećanjem provizija za obrazovanje. Neke od inicijativa su podržavale da se osjećaju cijenjenima, kao što su: stalni razvoj osoblja; fleksibilni radni aranžmani prilagođeni obitelji; politika nulte tolerancije prema nasilju nad osobljem i politika za iskorjenjivanje uznemiravanja i diskriminacije u NHS-u (Health Education England 2014, 16).

2.7. Intervencije za smanjenje i rješavanje problema sagorijevanja

Pad morala, loše radne navike, često mijenjanje posla i profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara uvelike utječu na brigu o pacijentima. Projekt The Cultural Change Tool kit⁷ primijenjen u Texasu sadrži komplet programa za specifične intervencije s kojima se mogu prepoznati, zajednički donijeti odluku, povećati uključenost vodstva te pružiti potporu koja je potrebna sestrama, posebno u zahtjevnim zdravstvenim područjima, kao i iskoristiti navedene benefite u cilju stvaranja pozitivnijeg radnog okruženja. Intervencije usmjerene na rješavanje loših radnih navika također mogu poboljšati kvalitetu i pružanje bolje skrbi pacijentima. Budući da su nezadovoljstvo poslom i zadržavanje medicinskih sestara i dalje stalan problem, organizacijama se preporučuje korištenje metoda za osnaživanje medicinskog osoblja i promicanje pozitivnog radnog okruženja. Rezultati projekta su pokazali da jednostavne, ne tako skupe, a lako primjenjive intervencije mogu pomoći u smanjenju sagorijevanja medicinskih sestara i poboljšati njihovo zadržavanje na radnom mjestu. Te intervencije i mjere mogu biti ploče s pohvalama za najbolje djelatnike, kartice sa zahvalama, postavljanje kutije za anonimne prijedloge temeljene na prisutnim praktičnim problemima u kolektivu te povećano sudjelovanje i uključenost vodstva u redove osoblja. Rezultati istraživanja pokazuju da su

⁷ The Cultural Change Tool kit je komplet softverskih alata osmišljen kako bi liderima pomogao da bolje razumiju svoju organizacijsku kulturu, identificiraju elemente koje bi željeli promijeniti i razviju strategiju za poticanje te kulturne promjene (Harvard 2023).

rezultati primjenom Cultural Change Toolkit evidentni i dragocjeni te da će naći izravnu primjenu u praksi (Adams i dr. 2019, 4).

Poticaji povezani s odabirom profesije mogu dovesti do povećanih razina sagorijevanja, stoga se moraju poduzeti mjere za jačanje profesionalnog interesa. Kontinuirana edukacija i obuka mogu pozitivno pridonijeti ovom smjeru, dok reorganizacija rada medicinskih sestara može ispuniti očekivanja uloge profesije i smanjiti stres.

Stvaranje pozitivnog značenja uloge medicinske sestre velik je izazov koji može dovesti do ponovne procjene osobnih ciljeva i perspektiva te posljedično smanjiti razinu sagorijevanja (Lahana i dr. 2017, 8). Istraživanje Kim i suradnika (2019) pokazuje da niske plaće, dugo radno vrijeme, slaba podrška ili veze na radnom mjestu, nesigurnost posla i nedostatak stalnog razvoja mogu smanjiti zadovoljstvo poslom. Stoga je potrebno poduzeti odgovarajuće mjere u cilju suzbijanje negativnih trendova i povećati zadovoljstvo njegovateljica u domovima.

1. Potrebno je uspostaviti odgovarajuće plaće i sheme naknada kako bi se poboljšalo zadovoljstvo poslom među osobljem. Zaposleni u domovima važni su u području zdravstvene skrbi i prema njima treba postupati kao prema cijenjenim stručnjacima. Visina plaće je vrlo važna, jer je to ključni način za poboljšanje kvalitete usluge koja se pruža jer se povećava zadovoljstvo zaposlenika. Potrebno je osigurati smjernice za ustanove na državnoj razini kako bi se pratila odgovarajuća naknada.

2. Treba osigurati kontinuirano obrazovanje i programe osposobljavanja za radnike koji se bave dugotrajnom skrbi. Potrebe i želje klijenata neprestano se mijenjaju, a uloge i zadaci zaposlenika ustanove trebaju se mijenjati u skladu s tim. Pomaganje djelatnicima s promjenjivim zahtjevima i pružanje mogućnosti profesionalnog razvoja poboljšat će znanje i vještine radnika, što će prirodno dovesti do poboljšane kvalitete usluge i poboljšanog zadovoljstva i statusa klijenata, kao i do povećanja zadovoljstva poslom te osjećaja rasta i ispunjenja radnika.

3. Kako bi se poboljšala radna okolina i smanjio stres, omjer zaposlenika i klijenata treba se prilagoditi. U nekim domovima s više od 100 klijenata bude samo jedan socijalni radnik te dvije medicinske sestre odgovorne za zdravstvenu njegu. Ovakvo veliko opterećenje smanjuje vrijeme dostupno za pružanje kvalitetne skrbi te povećava stres medicinskim sestrama i njegovateljicama. Ako jedan zaposlenik mora pružati usluge relativno velikom broju klijenata, raste stres radnika i rizik od sagorijevanja (Kim i dr. 2019, 9). U suzbijanju nepovoljnih učinaka sagorijevanja, smatra se da su veće plaće i kompenzacije najuspješnija

strategija u zaštiti od negativnih učinaka sindroma sagorijevanja kod sestara te da pozitivno utječu na njihov manjak (Demerouti i dr. 2014, 103).

Prema istraživanju Woodhead i suradnika (2014) trebalo bi odabrati vještine i tehnike s kojima bi se moglo uključiti u intervencije usmjerene prema osobi i prema organizaciji za smanjenje sagorijevanja. Na primjer, intervencije usmjerene prema osobi mogu uključivati strategije dobivanja socijalne podrške na poslu i izvan njega, dok se intervencije usmjerene prema organizaciji mogu usredotočiti na obuku rukovodećeg kadra u cilju davanja bolje podrške osoblju. Intervencije usmjerene na osobu mogle bi biti usmjerene na podučavanje osoblja da pružaju jedni drugima podršku jer je niska socijalna podrška na poslu povezana s namjerama da napuste profesiju. Učenje pridobivanja podrške od izvora izvan radnog mjesta je vrlo važno za smanjenje sagorijevanja na poslu. Za intervencije usmjerene u organizaciji u cilju smanjenja sagorijevanja, nadređenima će možda trebati dodatna obuka i edukacija oko stvaranja i održavanja radnog okruženja u kojem će se osoblje osjećati zadovoljno (Woodhead i dr. 2014, 16).

U svom radu Westermann i suradnici (2014) su imali sličan pristup kao Woodhead i sur. te su prikazali tri intervencijska pristupa potencijalno korisna za postizanje pozitivnih učinaka u cilju sprječavanja profesionalnog sagorijevanja kod osoblja i to: intervencije usmjerene prema osobi, intervencije usmjerene prema ustanovi u kojoj osoblje radi te kombinirani pristup. Intervencije usmjerene na osobu smanjile su sagorijevanje u kratkom roku, do jednog mjeseca, dok su intervencije usmjerene na posao i one s kombiniranim pristupom uspjele smanjiti izgaranje na duži rok, od jednog mjeseca do više od jedne godine, iz čega se može zaključiti da programi intervencije usmjereni na posao i kombinirani intervencijski programi postižu potencijalno dugotrajnije učinke nego programi intervencije usmjereni na osobu (Westermann i dr. 2014, 70). Također i u brošuri Javnog zdravstva Engleske, Bagnall i suradnici (2016) navode da situacijski i organizacijski čimbenici igraju veću ulogu u sagorijevanju kao i stvaranju stresa uvjetovanog poslom nego pojedinačni faktori (Bagnall i dr. 2016, 8).

Nacionalni institut za zdravlje i skrb preporučuje strateški i koordinirani pristup prevenciji profesionalnog sagorijevanja. Ističu različite situacijske i organizacijske čimbenike koji igraju veću ulogu u sprječavanju sagorijevanja od faktora pojedinačne razine kao npr. autonomija posla, sigurnost radnog mjesta, angažman osoblja, kultura sudjelovanja uz jednakost i pravednost, mogućnosti za promicanje mentalne dobrobiti zaposlenika, mogućnosti fleksibilnog rada, veća važnost glavnih rukovoditelja (National Institute for

Clinical Excellence⁸ 2006). Jiang i suradnici su (2016) ponudili prijedloge programa za ublažavanje stresa i pružanje pomoći na način da se osigura mogućnost za osposobljavanje i obrazovanje sestara, poveća broj osoblja, poboljša autonomija i osnaže starije medicinske sestre koje ne bi trebale raditi u smjenama (Jiang i dr. 2016, 126). Studija Luo i suradnika (2019, 190) pokazala je da se sagorijevanje i osjetljivost sestara na iscrpljenost može znatno smanjiti izvođenjem vježbi na način da na radnom mjestu bilježe tri dobre stvari najmanje dva puta tjedno kako bi se razvila navika fokusiranja na pozitivne stvari oko sebe. Na taj način bi se održavale pozitivne emocije te stvaralo pozitivno okruženje čime bi se smanjio nastanak sagorijevanja (Luo i dr. 2019, 190). Intervencije mogu biti na razini organizacije gdje će se medicinskim sestrama omogućiti promjena radnog mjesta, ako to žele, kao i odgovornosti, sudjelovati u različitim edukacijama, imati transparentnost u radu, poboljšati komunikaciju s kolegama i pacijentima te si pružati podršku, dok bi osobno djelatnik trebao naučiti tehnike relaksacije i samopomoći, raditi na osobnom usavršavanju, prilagoditi se različitim situacijama, kvalitetno koristiti slobodno vrijeme, zatražiti pomoć u samom početku osjećaja sagorijevanja ili u krajnjem slučaju promijeniti posao (Tomljenović 2020). Jedno od rješenja ponudili su Iecovich i Avivi (2015) sugerirajući da se za smanjenje profesionalnog sagorijevanja kod sestara i njegovateljica, koje rade u ustanovama za dugotrajnu njegu kao što su domovi za starije osobe, treba neizbježno riješiti ageizam i boriti se protiv njega, kao i protiv ostalih determinanti koje mogu dovesti do sagorijevanja. Programi gerijatrijske obuke često su nedovoljni i postoji potreba za drugim programima za borbu protiv ageizma među sestrama koje skrbe o starijim osobama s invaliditetom u ustanovama za dugotrajnu skrb (Iecovich i Avivi 2015, 333).

Medicinske sestre koje dolaze do dobi za umirovljenje možda neće željeti ostati u okruženju visokog pritiska prve linije kliničke skrbi ili raditi puno radno vrijeme. Međutim postoje brojne mogućnosti koje bi se mogle istražiti kako bi se podržao ostanak zrelijih medicinskih sestara, kao što su rad u ulozi nižeg ranga te rad na nepuno radno vrijeme uz fleksibilnost smjena (osobito za medicinske sestre s obvezama njegovatelja), fleksibilna mirovina, poboljšanje pristupa kontinuiranom profesionalnom razvoju, razmatranje korištenja medicinskih sestara blizu mirovine u ulogama koje su manje fizički zahtjevne, kao što su: mentori ili učitelji; nastava; klinička revizija; istraživanje incidenata i pritužbi te dijeljenje dobre prakse među kliničkim timovima (Health Education England 2014, 21).

⁸ National Institute for Clinical Excellence – Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i skrbi (NICE) pruža nacionalne smjernice i savjete za poboljšanje zdravstvene i socijalne skrbi u UK (GOV.UK 2023).

Tehnike upravljanja stresom i druge intervencije za osiguranje psihosocijalne dobrobiti trebaju biti prioritet i za pojedince i za organizacije s ciljem prevencije stresa i upravljanja njime dok je u ranoj fazi. Trebalo bi uspostaviti suradničke odnose između medicinske sestre i liječnika, razvijen i vođen odnos od samog vrha – ravnateljice sestrinstva i medicinskog direktora. Loše ponašanje treba identificirati i brzo djelovati (Health Education England 2014, 22).

Jedno od ključnih rješenja je biti proaktivan i spriječiti sagorijevanje medicinskih sestara prije nego što se to dogodi te na sveobuhvatan način pristupiti upravljanju radnom okolinom, kao na primjer:

- Poboljšanje rasporeda jedna je od bitnih stvari gdje bi trebalo zadržati smjene na najviše devet sati, zahtijevati pauze i ograničiti prekovremeni rad gdje je to moguće. Također bi trebalo zagovarati politiku obveznog slobodnog dana u tjednu koja im osigurava odmor. Možda nije uvijek moguće, ali individualno savjetovanje kako bi pronašle najbolje smjene za svoj osobni raspored uvijek pomaže.
- Osigurati strukture podrške, dati resurse koji su im potrebni za ostvarenje ponuda programa i pomoći zaposlenicima na način kao što su savjetovanje, radionice samopomoći te obrazovni programi. Istraživanje je pokazalo da 75% medicinskih sestara kaže da su ovakvi programi znatno ili potpuno promijenili način na koji obavljaju svoje dužnosti.
- Njegovanje timskog rada i pozitivnog radnog okruženja; snažna timska dinamika može igrati veliku ulogu u zadovoljstvu poslom i angažmanu. Provoditi neko vrijeme na izgradnji tima i vještinama međuljudskih odnosa te uvijek uključiti ljudski element sa suosjećanjem i pozitivnošću. Educirati i voditelje o prevenciji sagorijevanja i pobrinuti se da prepoznaju znakove.
- Poticanje brige o mentalnom zdravlju te o samom sebi kroz mjere kao što su pravilna tjelovježba, dovoljno sna, provođenje vremena s obitelji i prijateljima, uživanje u hobijima te zagovaranje resursa kojima bi mogle imati slobodno vrijeme i odgovarajuće plaće.
- Optimiziranje rada te poboljšanje omjera medicinskih sestara i pacijenata kao i minimiziranje nekliničkog rada. Iako su obučeni klinički profesionalci, puno vremena provode na nekliničkom radu. Trebalo bi angažirati nekliničko osoblje za poslove praćenja pacijenata ili njihovo povezivanje s programima podrške.
- Osnježivanje te uključivanje u političke odluke i osiguranje autonomije. U slučaju postojanja problema u odnosima između administratora i medicinskih sestara, trebalo bi ih riješiti. Mnoge koje razmišljaju o napuštanju posla ne osjećaju da ih njihova administracija poštuje. Ako se identificiraju zaposlenici koji su očito sagorjeli tijekom provedbe ovih

preventivnih mjera, treba ih potaknuti da uzmu slobodno vrijeme. Iako oporavak od sagorijevanja medicinskih sestara može potrajati, vrlo je važno potaknuti ih da poduzmu prvi korak. Kada se vrate na posao, bit će spremne svojim pacijentima pružiti najbolju moguću njegu (Anderson-Mutch 2023).

Unatoč riziku od sagorijevanja, medicinske sestre mogu uživati u dugim, ispunjenim karijerama ako postoji prava podrška. Smart Linx je sveobuhvatan softverski program čije mogućnosti uključuju optimizaciju rasporeda, analizu učinka, alate za angažiranje zaposlenika i još dosta toga, a sve to može pomoći u smanjenju stresa i sagorijevanja. Program se koristi u zdravstvenim ustanovama te ustanovama za dugotrajnu skrb (Anderson-Mutch 2023).

2.8. Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području

Prema istraživanju sagorijevanja medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe u Sloveniji, Leskovic i suradnici (2016) su došli do zaključka da je prema intenzitetu sagorijevanja 60% sudionika svrstano u petu fazu, dok ih je 30% u prvoj fazi sagorijevanja. Visoku razinu sagorijevanja su definirali visoki rezultati u dimenzijama emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije te niski rezultati u dimenzijama osobnog ispunjenja. Također su potvrdili da zadovoljniji sudionici na radnom mjestu manje intenzivno doživljavaju sagorijevanje i obrnuto (Leskovic i dr. 2016, 58).

U istraživanju u hrvatskim domovima provedenom od strane Neuberg i suradnika (2017) na uzorku od 171 ispitanika, zaključili su da je 43,9% osoblja emocionalno iscrpljeno, 22,2% ima dimenziju depersonalizacije, dok je 39,8% ocijenilo svoje osobno postignuće niskim što ukazuje na visoku razinu sagorijevanja (Neuberg i dr. 2017, 192).

O profesionalnom sagorijevanju sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe u Francuskoj istraživao je i Kandelman sa suradnicima (2017). Prevalencija sagorijevanja među 124 ispitanika iznosila je 40%, što je usporedivo s nalazima drugih studija u drugim domovima (od 23 do 50%) te potvrđuje da su njegovateljice i medicinske sestre u domovima za starije izložene visokom riziku profesionalnog sagorijevanja, no s obzirom da su specifični čimbenici rizika poznati, moglo bi se spriječiti (Kandelman i dr. 2017, 11). Istraživanje Ozcakar i suradnika (2012) je pokazalo da je sagorijevanje njegovatelja koji rade u domovima za starije osobe povezano s općim blagostanjem, samoučinkovitošću te preferiranim metodama suočavanja sa stresom. Istraživana skupina imala je niske rezultate

za emocionalnu iscrpljenost i depersonalizacijske dimenzije sagorijevanja, dok su imali visoke rezultate za osobna postignuća na što je utjecao sastav ispitanika jer su bili mlađi i obrazovaniji. Zaključak istraživanja naglašava da je rod važan prediktor emocionalne iscrpljenosti, odnosno da žensko medicinsko osoblje češće doživljava veću emocionalnu iscrpljenost (Ozcakar i dr. 2012, 271).

U svom istraživanju Chamberlain i suradnici (2017) su zaključili da je radno okruženje povezano s profesionalnim sagorijevanjem njegovatelja. Emocionalna iscrpljenost i cinizam su rezultirali fizičkim i emocionalnim iscrpljivanjem, ali ipak s osjećajem da je njihov rad smislen – profesionalna učinkovitost (Chamberlain i dr. 2017, 13). U Njemačkoj su Schmidt i suradnici (2014) prikazali rezultate istraživanja iz pedeset domova za starije osobe koji su pokazali da su mnoge medicinske sestre zadovoljne njegoj korisnika u ustanovi. Kod onih sestara koje nisu bile zadovoljne, značajan radni stresor koji je doveo do toga percipirao se u nedovoljno kvalitetnoj skrbi unutar vlastite profesionalne sfere što je utjecalo na opće zdravlje, sagorijevanje i radnu sposobnost (Schmidt i dr. 2014, 44).

U Sjedinjenim Američkim Državama provedeno je opsežno ispitivanje s uzorkom od 50 273 medicinskih sestara (što predstavlja 3 957 661 na nacionalnoj razini) gdje su Shah i suradnici (2021) prezentirali rezultate istraživanja vezano uz sagorijevanje. Ispitanici su uglavnom bile žene (90,4%), bjelkinje (80,7%), srednje dobi od 48,7 godina. Prosječna dob sestara koje su napustile posao zbog sagorijevanja bila je 42,0 godina, a za one koje razmišljaju o napuštanju posla zbog sagorijevanja 43,7. Njih 31,5% prijavilo je sagorijevanje kao razlog svojoj odluci da napuste posao, dok ih je 43,4% to navelo kao razlog koji bi pridonio njihovoj odluci da napuste svoj trenutni posao (Shah i dr. 2021, 3). U istraživanju White i suradnika (2019) u 540 domova za starije osobe u Kaliforniji, Floridi, New Jerseyu i Pennsylvaniji sudjelovalo je 687 medicinskih sestara. Rezultati su pokazali da ih 30% ima visoku razinu sagorijevanja, dok ih je 31% bilo nezadovoljno svojim poslom. Zbog nedostatka vremena ili resursa 72% je izjavilo da su propustili jedan ili više potrebnih zadataka skrbi u zadnjoj smjeni, dok je jedna od pet sestara izvijestila da često nije u stanju pružiti potrebnu njegu pacijentu. Zadaci koji su najčešće ostajali neodrađeni bili su tješjenje/razgovor s pacijentima, pružanje odgovarajućeg nadzora, podučavanje pacijenata/obitelji i planiranje skrbi (White i dr. 2019, 2069).

Kod kineskih medicinskih sestara, Wang i suradnici (2015) su zaključili da se stanje posljednjih godina pogoršava. Sudionici su imali umjerenu razinu emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije te vrlo nisku razinu osobnog postignuća. Kako profesionalno sagorijevanje može uzrokovati pad kvalitete rada, promjenu posla te

poremećaje u fizičkim i mentalnim funkcijama što posljedično može naštetiti obiteljskom životu, evidentno je da sindrom može povećati nedostatak medicinskih sestara i uzrokovati začarani krug koji dovodi do loše njege bolesnika (Wang i dr. 2015, 6). Kod istraživanja Zhang i suradnika (2014) i uzorka od 9698 medicinskih sestara iz 181 bolnice u Kini, rezultati su pokazali da znatan udio sestara u Kini pati od visoke razine sagorijevanja i niskog zadovoljstva poslom. Rezultati također sugeriraju da su nedostatak osobnih postignuća i nezadovoljstvo plaćom, beneficijama i profesionalnim statusom bili istaknuti problemi kineskih medicinskih sestara (Zhang i dr. 2014).

Studija Okwaraji i Aguwa (2014) je otkrila da je profesionalno sagorijevanje među nigerijskim medicinskim sestrama koje su sudjelovale u istraživanju vrlo visoko te da imaju visoku prevalenciju akutnog stresa, dok su na Taiwanu Chou i suradnici (2014, 3) došli do zaključka da među pet medicinskih profesija, medicinske sestre imaju prevalenciju visokog stupnja profesionalnog sagorijevanja od 66% (Okwaraji i Aguwa 2014, 243).

Za razliku od dosadašnjih nalaza, analizom članaka o profesionalnom sagorijevanju Costello i suradnici (2018) su naznačili da trenutni dokazi upućuju na to da većina osoblja koje brine o osobama u okviru dugotrajne skrbi nema visoku razinu sagorijevanja ili psihološkog stresa. Zaključili su da vjerojatno postoje rizične skupine osoblja koje skrbe i koje su osjetljivije na sagorijevanje i stres, ali se nije prikazalo ili se nalaze u okruženjima koja će vrlo vjerojatno dovesti do sagorijevanja (Costello i dr. 2018, 1214).

3 EMPIRIJSKI DIO

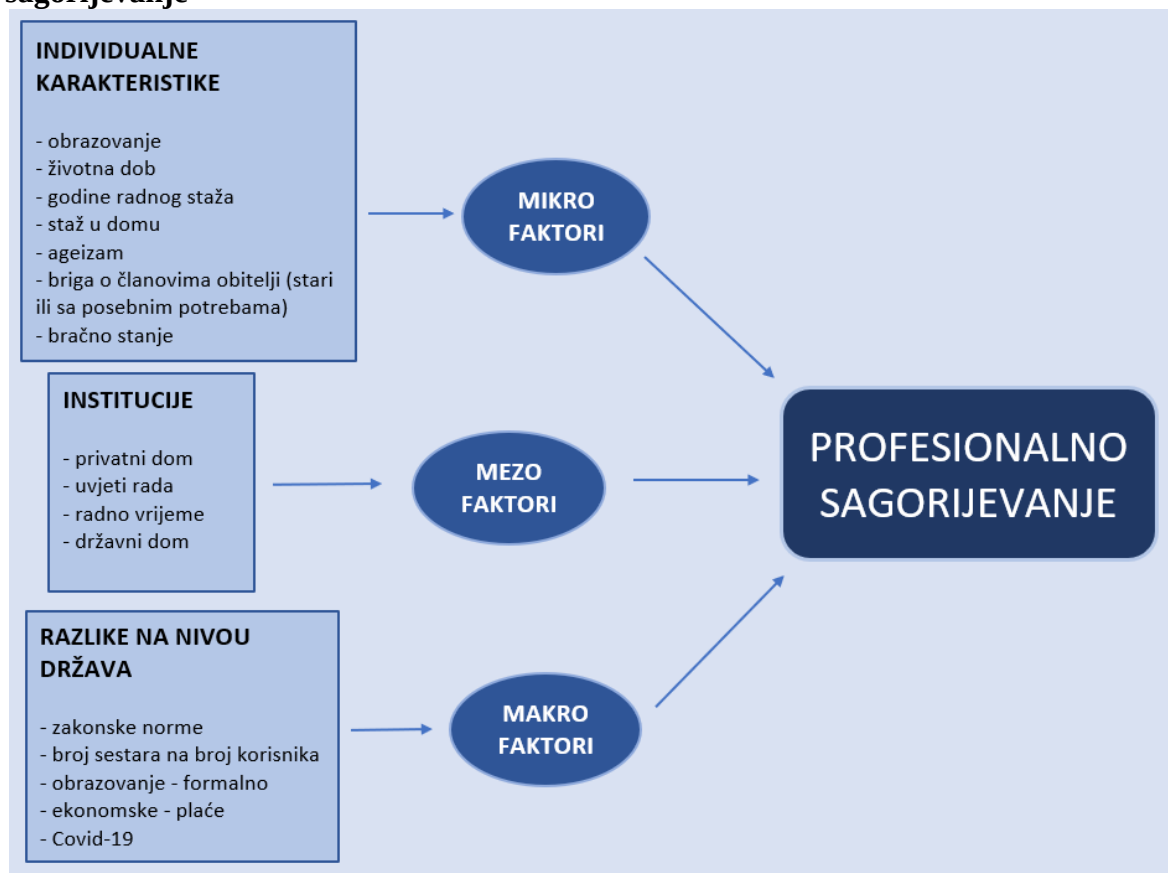
3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Svrha doktorske disertacije je utvrditi postoji li i u kojoj mjeri je prisutno profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji kroz niz faktora podijeljenih na mikro, mezo i makro razinu, a koji potencijalno mogu biti povezani s profesionalnim sagorijevanjem.

Cilj istraživanja je:

1. Utvrditi povezanost mikrofaktora i značaj individualnih karakteristika ispitanika na profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe kao što su: dob, radni staž i iskustvo na radnom mjestu, obrazovanje, ageizam, skrb o starijim osobama ili bolesnoj djeci u obitelji te bračni status.
2. Utvrditi povezanost mezofaktora i značaj strukturalnih i radnih karakteristika na profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe kao što su: radni sati, vlasništvo doma, radni uvjeti, međuljudski odnosi, neslaganje s nadređenima, složenost posla, nedostatak sredstava za rad te izostanak pohvala i nagrada.
3. Utvrditi povezanost makrofaktora i značaj socio-ekonomskih karakteristika na profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe kao što su: razlike između Hrvatske i Slovenije, osobna primanja, broj korisnika na jednu medicinsku osobu te percepcija situacije u vezi COVID-a 19.
4. Utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe te opisati kontekstualni utjecaj na mikro, mezo i makrorazini.

Slika 1: Prikaz varijabli i karakteristika koje mogu imati značaj na profesionalno sagorijevanje



Izvor: vlastiti izvor 2023.

3.2 Istraživačka pitanja i hipoteze doktorske disertacije

3.2.1 Istraživačka pitanja

Provedenim istraživanjem odgovoriti će se na istraživačka pitanja (IP):

IP1: Postoji li razlika u razinama profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara s obzirom na razlike u mikrofaktorima i individualnim osobnim karakteristikama?

IP2: Postoji li razlika u razinama profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara s obzirom na razlike u mezofaktorima i individualnim osobnim karakteristikama?

IP3: Postoji li razlika u razinama profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara s obzirom na razlike u makrofaktorima te socio-ekonomskih karakteristika prisutnih u Hrvatskoj i Sloveniji?

IP4: Imaju li mezofaktori veći značaj za profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora?

IP5: Imaju li mezofaktori veći značaj za profesionalno sagorijevanje od makrofaktora?

3.2.2 Hipoteze

H1 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama.

H1.1 Medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H1.2 Medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H1.3 Medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.

H1.4 Medicinske sestre koje pokazuje ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H1.5 Medicinske sestre koje kući skrbе o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H1.6 Medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.

H2 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima.

H2.1 Medicinske sestre različitog broja radnih sati tjedno razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.

H2.2 Medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.1 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.2 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.4 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.5 Medicinske sestre koje izražava nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H3 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makrofaktorima na nivou država.

H3.1 Medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje.

H3.2 Veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan je s višom razinom profesionalnog sagorijevanja.

H3.3 Medicinske sestre s većim brojem korisnika po jednoj medicinskoj sestri imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H3.4 Medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H4 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.

H5 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.

3.3 Metodologija istraživanja

Istraživanje se provodilo u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji na uzorku koji se sastojao od medicinskih sestara/tehničara i njegovateljica koje kao i medicinske sestre na nivou srednjoškolskog obrazovanja sudjeluju u skrbi i njezi korisnika te su iznimno važne u doprinosu sagledavanja profesionalnog sagorijevanja u domovima (u daljnjem tekstu korišten je zajednički naziv „medicinske sestre“ što je detaljno objašnjeno u uvodu ove disertacije). Prvobitno je zamišljeno da se u istraživanju koriste dva validirana upitnika kao instrumenti istraživanja profesionalnog sagorijevanja: Maslach burnout inventory – human services survey (MBI-HSS) i The Oldenburg Burnout Inventory

(OLBI). U Hrvatskoj Maslachov upitnik nije u slobodnoj prodaji i nije ih moguće nabaviti putem posrednika, već se može naručiti i koristiti samo uz odobrenje povjerenstva Naklade „Slap“ koje ocjenjuje kompetentnost osobe koja naručuje upitnike, nakon čega ih prodaje u kompletima s ključem za ocjenjivanje i priručnikom isključivo za pisani, kontaktni oblik provođenja ispitivanja. Kako je ispitivanje provedeno u vrijeme COVID-19 epidemije, svi domovi za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji bili su potpuno zatvoreni za vanjske posjetitelje i nisu dopuštali nikakve aktivnosti koje bi ugrožavale korisnike domova. Iz naklade „Slap“ nisu odobrili da se njihov pisani oblik Maslach upitnika prebaci u e-oblik (Google Forms) te kao takav proslijedi ispitanicima, stoga se u ispitivanju koristio samo jedan instrument koji mjeri profesionalno sagorijevanje – OLBI. Zbog online ispitivanja, u cilju smanjenja broja pitanja i vremena ispunjavanja bilo je važno prilagoditi broj pitanja na optimalnu mjeru kako ispitanici ne bi bili destimulirani prevelikim brojem pitanja i time odustajali prilikom odgovaranja, no to se nije primijenilo na validirani upitnik OLBI-ja. Mora se naglasiti i činjenica da je medicinsko osoblje u to vrijeme pandemije bilo iznimno opterećeno vrlo teškim uvjetima rada, stoga je odaziv osoblja u početku bio slabiji, no u konačnici je nadmašio prvobitno zamišljen broj ispitanika.

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Anketiranje ispitanika provodilo se od prosinca 2021. do srpnja 2022. godine. Podatci su se prikupljali na prigodnom uzorku medicinskih sestara/tehničara svih razina obrazovanja te njegovateljica (njegovateljice/njegovatelji, medicinske sestre/tehničari srednje stručne sprema, prvostupnici, diplomirane/i ili magistre/i sestrinstva).

Ispitivanje se provodilo u domovima socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe koje su javne ustanove, a osnivaju se u cilju pružanja socijalnih usluga propisanih Zakonom o socijalnoj skrbi (Narodne novine 2013, 145. čl.).

U Hrvatskoj je ispitivanje provedeno u deset, a u Sloveniji u devet gradova u kojima su medicinske sestre pristale na ispunjavanje upitnika. Za dozvolu istraživanja u Hrvatskoj se kontaktirao Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom Grada Zagreba koji je dao dozvolu za istraživanje u 10 državnih domova na području Grada Zagrebu (Dom za starije osobe Maksimir, Dom za starije osobe Centar, Dom za starije i nemoćne osobe Ksaver, Dom za starije osobe Trnje, Dom za starije i nemoćne osobe Trešnjevka, Dom umirovljenika Sveta Ana, Dom za starije osobe Dubrava, Dom za

starije osobe Sveti Josip, Dom za starije i nemoćne osobe Peščenica, Dom za starije osobe Medveščak). Iz Zadarske županije je Upravni odjel za hrvatske branitelje, udruge, demografiju i socijalnu politiku dao odobrenje za ispitivanje u domovima Zadarske županije (Dom za starije i nemoćne osobe Zadar). Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije je odobrio ispitivanje u četiri državna doma u Istri: Dom za starije osobe Raša, Dom za starije osobe Novigrad, Dom za starije osobe Alfredo Štiglić Pula i Dom za starije osobe „Domenico Pergolis“ Rovinj. Osim navedenih, suglasnosti su poslali iz domova u Lobar-gradu, Velom Lošinj, Šibeniku i Zemuniku, mada su bili kontaktirani domovi u svim većim gradovima svih županija, no ni po ponovljenoj zamolbi nije bilo odaziva. Svim ravnateljima i glavnim sestrama navedenih i ostalih domova diljem Hrvatske poslan je e-mail sa zamolbom i objašnjenjem istraživanja, upitnikom, poveznicom na koju mogu pristupiti s bilo kojeg uređaja, uputama o načinu ispunjavanja preko nekih trenutnih aplikacija komunikacije (telefon – Viber, Messenger, WhatsApp, e-mail; tablet, PC...) uz telefonski poziv i objašnjenje postupka.

Za dozvolu istraživanja u slovenskim domovima za starije osobe kontaktirana je Vlada Republike Slovenije s ciljem dobivanja jedinstvene dozvole za sve domove, no odgovor je bio da se dozvola jedino može dobiti individualnim kontaktiranjem ravnatelja/ice svakog doma pojedinačno što se i učinilo prema listi svih domova u Sloveniji poslanoj od strane predstavnika Vlade. Svim ravnateljima/icama, glavnim medicinskim sestrama/tehničarima i voditeljima zdravstvene njege e-mailom je poslana zamolba i objašnjenje o sudjelovanju i animiranju radnih kolegica i kolega na ispunjavanje upitnika te je proslijeđen link upitnika i dane su upute na slovenskom jeziku kao što je učinjeno i kod kolega u Hrvatskoj na hrvatskom jeziku. Iako su zamolbe poslane u sve gradove i domove za starije u Sloveniji u dva navrata, suglasnosti za istraživanje su poslali iz domova: Dom upokojencev Idrija, Dom Viharnik Kranjska Gora, Talita kum zavod Postojna, Dom Sv. Jožef Celje, Dom upokojencev dr. Franka Bergelja Jesenice, Dom upokojencev Ptuj, SVZ Vitadom DS Škofijica, Dom starejših Idila Jarenina i Dom starejših občanov Metlika.

Ispitivanje je bilo predviđeno na uzorku od 150 ispitanika po državi, dakle ukupno 300 ispitanika, no unatoč velikim problemima uzrokovanim pandemijom COVID-19 i preopterećenošću osoblja, zbog velikog broja kontaktiranih ustanova broj ispitanika u Hrvatskoj je dostigao 240, dok u Sloveniji 196, što je rezultiralo ukupnim brojem od 436 ispitanika. Za upitnik se trebalo izdvojiti od 10 do 15 min, ispunjavao se na dobrovoljnoj

bazi, anonimno, a samo ispunjavanje i slanje istog ispitivaču imalo je isti značaj kao i informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju.

3.3.2 Opis instrumenta

Za prikupljanje podataka koristila se online metoda anketiranja putem Google Forms anketnog upitnika sastavljenog od više skupina pitanja i to: Upitnik općih podataka (vlastito izrađen), Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test (CFS) (prilagođen), Upitnik nezadovoljstva na poslu (vlastito izrađen), Upitnik percepcije COVID-19 (vlastito izrađen), The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – validirani upitnik. S obzirom na to da se istraživanje provodilo u Hrvatskoj i Sloveniji, u tu svrhu su bila izrađena dva upitnika. Za ispitanike u hrvatskim domovima poslan je upitnik na hrvatskom jeziku, dok je za ispitanike u slovenskim domovima upitnik preveden na slovenski jezik.

3.3.2.1 Upitnik općih podataka

Anketni upitnik se u prvom dijelu sastoji od strukturiranog upitnika od 16 pitanja koja obuhvaćaju opće sociodemografske i socioekonomske karakteristike (Prilog B).

Od šest sociodemografskih pitanja, ispitanik je mogao nadopuniti/odabrati: mjesto rada (institucija / broj korisnika); spol (ženski, muški, ne želi odgovoriti); godine starosti (18 – 24, 25 – 33, 34 – 44, 45 – 54, 55 – 65, ostalo); bračni status (sam/a, udana/oženjen, u vezi, rastavljen/a, udovac/ica); broj maloljetne djece (nema maloljetnu djecu, jedno dijete, dvoje, troje djece, više od troje djece); živi li u kućanstvu u kojem skrbi o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi (skrb o djetetu s posebnim potrebama, skrb o starijoj osobi, skrb o djetetu s posebnim potrebama i njegovanje starije osobe, ništa od navedenog).

Od deset socioekonomskih pitanja, ispitanik je mogao nadopuniti/odabrati: razinu obrazovanja i radno mjesto (njegovateljica, srednja medicinska sestra, prvostupnica, diplomirana/magistra sestrinstva, ostalo); vrsta ustanove (državni dom za starije osobe i privatni dom za starije osobe); godine radnog staža i godine na sadašnjem radnom mjestu; rad u smjenama (jutarnja smjena, dnevna, smjenski rad i noćni); radni sati tjedno (ispod 40 sati, 40 sati, više od 40, ali manje od 60 sati, više od 60 sati); broj korisnika na jednu medicinsku sestru (1 – 5, 6 – 10, 11 – 20, 21 – 30, više od 30); način vođenja administracije (digitalno, mješovito papirnato/digitalno i papirnato) i visina mjesečnog

prihoda (manje od 3500 kn, od 3501 do 7500 kn, od 7501 do 11000 kn, od 11001 do 15000 kn, više od 15001 kn, dok je za potrebe slovenskih ispitanika bilo izraženo u eurima do 500 €, od 500 do 1000 €, od 1001 do 1500 €, od 1501 do 2000 €, više od 2000 €).

3.3.2.2 Upitnik Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test (CFS)

S obzirom na specifičnost online anketiranja, a u cilju smanjenja broja pitanja i vremena ispunjavanja, iz upitnika Compassion Fatigue/Satisfaction Self-Test (CFS) preuzeto od (Stamm 2002) odabrala se serija pitanja koja se odnosi na zamor suosjećanja ili tzv. compassion fatigue te se modificirala i komprimirala u četiri pitanja. Ispitanik je uz svaku navedenu izjavu morao odabrati prema Likertovoj 5-stupanjskoj ljestvici odgovor za koji smatra da odgovara njegovom stanju. Nula označava negativni aspekt – nikada, dok broj četiri najviši aspekt – vrlo često. Što je rezultat niži, to je veći doživljaj zamora suosjećanja prema korisnicima doma.

Iako su ispitanici odgovarali na ova pitanja, ona nisu bila postavljena u hipotezama, stoga u disertaciji nisu bila značajna.

3.3.2.3 Nezadovoljstvo na poslu i utjecaj COVID-a 19 na radnom mjestu

Nakon prvog dijela, a u svrhu dobivanja informacija o nezadovoljstvu na poslu i utjecaju na nastanak profesionalnog sagorijevanja, izrađen je sljedeći dio anketnog upitnika u obliku pitanja koji se odnosi na osjećaj nezadovoljstva na poslu gdje su ispitanici mogli odabrati DA ili NE odgovor i time potvrditi ili opovrgnuti nezadovoljstvo prema ponuđenim odgovorima (prekovremeni sati, manjak osoblja, loši međuljudski odnosi, neslaganje s nadređenima, niska plaća, loši uvjeti rada, ageizam, agresivnost korisnika, složenost posla, nedostatak sredstava za rad, izostanak pohvala i nagrada).

Sljedeće pitanje odnosilo se na pandemiju COVID-19. Kako je i to bio jedan od faktora nepovoljnosti za medicinsko osoblje, željelo se retrogradno doznati je li pandemija donijela neke promjene na radnom mjestu, stoga su ispitanici mogli odabrati DA ili NE odgovor i time potvrditi ili opovrgnuti promjene prema ponuđenim odgovorima (više stresa, emocionalna iscrpljenost, duže radno vrijeme, financijska dobit, poboljšanje radnih uvjeta, smjenski rad, distanciranost prema kolegama). Navedeni učinci percipirani su kroz pet negativnih učinaka COVID-a 19, dok su dva mogla biti percipirana kao pozitivna posljedica pandemije. Ukupni rezultat predstavljao je prosječan broj percipiranih

negativnih učinaka COVID-a 19. Teoretski raspon bio je od minimalno nula do maksimalno pet.

3.3.2.4 Upitnik The Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

Validirani Oldenburški upitnik sagorijevanja, preuzet od autora (Demerouti i Bakker, 2008), preveden je na hrvatski jezik metodom dvostrukoga prijevoda i mjeri dvije dimenzije profesionalnog sagorijevanja, iscrpljenost i otuđenost. Za razliku od autorice Maslach, iscrpljenost definiraju kao posljedicu tri vrste intenzivnoga stresa, kako fizičkog tako afektivnog i kognitivnog, dok vlastitu distanciranost od posla definiraju kao otuđenost (Demerouti i sur. 2010, 216). Upitnik se sastojao od ukupno 16 tvrdnji s kojima se ispitanik mogao složiti ili ne složiti te odabrati prema Likertovoj 4-stupanjskoj ljestvici odgovor odnosno broj koji odgovara svakoj izjavi i za koji smatra da odgovara njegovom stanju – 1 = Uopće se ne slažem; 2 = Ne slažem se; 3 = Slažem se; 4 = Potpuno se slažem. Skala iscrpljenosti sastoji se od osam tvrdnji, pri čemu su četiri tvrdnje usmjerene na pozitivne aspekte i to tvrdnje pod brojevima 5, 10, 14, 16, a preostale četiri na negativne aspekte i to: 2(R), 4(R), 8(R), 12(R). Skala otuđenosti sastoji od ukupno osam čestica i to: 1, 3(R), 6(R), 7, 9(R), 11(R), 13, 15. Oznaka (R) – engl. reverse – označava da treba “obrnuti” rezultate za tvrdnje 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12. Ako je ispitanik odabrao na Likertovoj ljestvici broj 1, računat će se kao 4 boda, ako je odabrao 3, računat će se kao 2 boda, za odabir broja 2, računat će se 3 boda te za odabir broja 4, računat će se 1 bod. Ukupni rezultati na upitniku kao i na obje skale formiraju se kao prosjek rezultata na svim tvrdnjama uz prethodno obrnuto bodovanje pozitivnih formuliranih čestica. Viši ukupni rezultat na skalama sagorijevanja podrazumijeva viši stupanj sagorijevanja na poslu, odnosno veću iscrpljenost i otuđenost. Rezultate je moguće još prikazati u kliničkim kategorijama. U uputama o bodovanju upitnika prikazan je i rad autora Delgadillo i sur. (2018) koji su sagorijevanje prikazali u kategorijama low = nisko, medium = srednje ili high = visoko te rezultate dobili na temelju rezultata iznad ili ispod 1 standardne devijacije srednje vrijednosti ($M = 2,15$, $SD = 0,52$; $\leq 1,62$ = nisko; $1,63$ do $2,67$ = srednje; $\geq 2,68$ = visoko). Upitnik je u potpunosti preveden na slovenski jezik za ispitanike slovenskog govornog područja.

Za prijevod i korištenje instrumenta te za objavu podataka dobivena je suglasnost prve autorice izvorne verzije. Za daljnje korištenje hrvatske adaptirane verzije upitnika potrebno

je tražiti suglasnost autora izvorne (Slišković i sur. 2018, 14). Na pisani upit, autorica Demerouti je odobrila korištenje upitnika.

Za ispitivanje pouzdanosti upitnika koristio se Cronbach Alpha test gdje se za hrvatski uzorak dobio koeficijent od 0,87, dok je kod slovenskog uzorka iznosio 0,85 što kod oba uzorka označava vrlo dobru razinu pouzdanosti.

3.3.3 Opis uzorka

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 436 ispitanika, od toga je 240 ispitanika poslalo ispunjen upitnik iz domova za starije osobe u Republici Hrvatskoj te 196 ispitanika iz domova za starije osobe u Republici Sloveniji. U uzorak su bile uključene medicinske sestre/tehničari svih razina obrazovanja kao i negovateljice/negovatelji.

U hrvatskim je domovima bilo duplo više negovatelja/ica koje su sudjelovale u ispitivanju (32%) za razliku od slovenskih domova gdje je bilo (15%) negovatelja/ica, dok je u slovenskim domovima više od duplo prvostupnica (38%) sudjelovalo u ispitivanju za razliku od hrvatskih domova gdje ih je bilo (15%). Srednjih medicinskih sestara bilo je podjednako i u hrvatskim (41%) i slovenskim (39%) domovima, dok je vrlo mali postotak visokoobrazovanih sestara sudjelovao u ispitivanju, u slovenskim domovima svega (2%), dok u hrvatskim (5%).

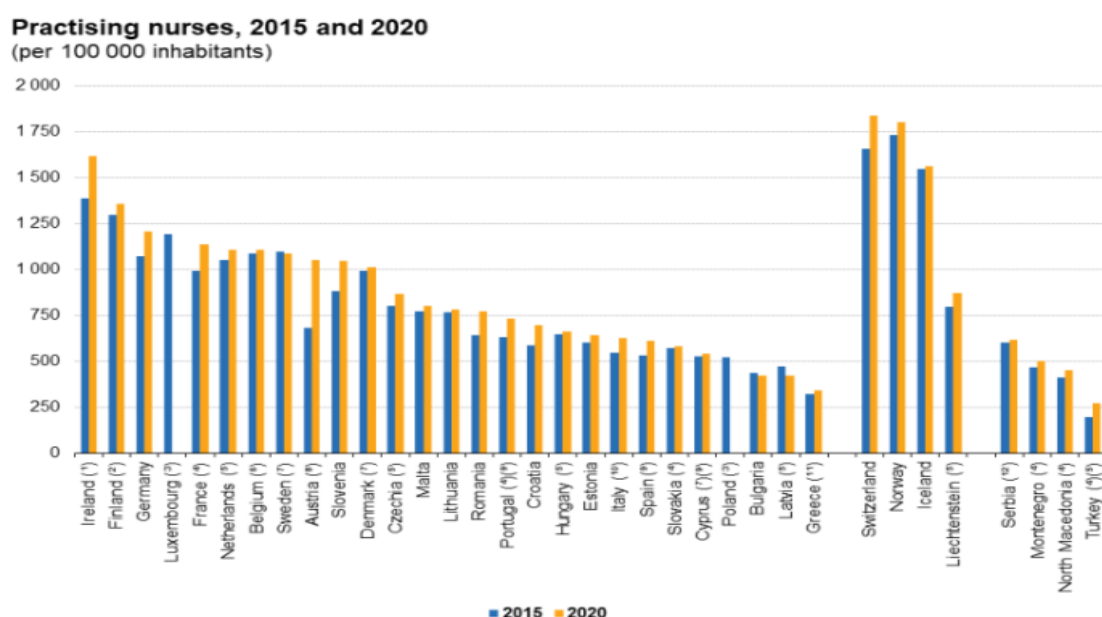
Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo od 31. prosinca 2018. godine, više od 30 tisuća medicinskih sestara čini više od 40% ukupno zaposlenih zdravstvenih radnika. U Republici Hrvatskoj je u veljači 2020. godine bilo 41.332 medicinskih sestara i medicinskih tehničara, od čega je 26 % prvostupnika (bacc. med. techn.) s diplomom sveučilišnog ili stručnog studija, a 4% sa završenim stručnim (dipl. med. techn.) ili sveučilišnim diplomskim studijem (mag. med. techn.) postdiplomski (doktorski) studij (HKMS 2020). Prema OECD/EU⁹ Health at a Glance Europe 2018 report, u Europskoj uniji na 1000 stanovnika dolazi 8,4 medicinskih sestara, a u Hrvatskoj je taj omjer

⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj sa sjedištem u Parizu, međunarodna je organizacija 38 zemalja predanih demokraciji i tržišnom gospodarstvu (Eurostat 2022).

značajno nepovoljniji i iznosi 6,3 medicinske sestre na 1000 stanovnika (OECD 2018, 180).

Broj medicinskih sestara može varirati među državama članicama EU-a u skladu s razlikama u zdravstvenim sustavima i načinom na koji su medicinske sestre klasificirane. Prema Eurostatu, Irska je imala najveći broj medicinskih sestara po stanovniku u EU, 1617 licenciranih medicinskih sestara na 100 000 stanovnika, slijedi Finska s 1357 medicinskih sestara; Austrija, Slovenija i Danska (podaci iz 2019.) bilježe više od 1000 medicinskih sestara na 100 000 stanovnika, dok je u Hrvatskoj oko 700 sestara na 100 000 stanovnika (Eurostat 2023).

Slika 2: Prikaz broja medicinskih sestara u državama EU-a na 100 000 stanovnika



Izvor: Eurostat 2023.

Prema spolu, u ispitivanju u Hrvatskoj je sudjelovalo 221 osoba ženskog spola, 14 osoba muškog spola, a 5 osoba nije željelo napisati spol, dok je u Sloveniji sudjelovala 181 ženska osoba i 15 osoba muškog spola. Zbog malog broja muških ispitanika analiza se nije radila prema spolovima, već je uzet ukupan broj medicinskih sestara. Za ispitivanje se koristio prigodni uzorak.

Prema dobi koja je iskazana u kategorijama, u hrvatskim domovima za starije osobe najzastupljenije su medicinske sestre i njegovateljice starosti 45 – 54 godine, dok je najmanje anketiranih 18 – 24 godine što je gotovo identično s uzorkom iz slovenskih

domova s malom razlikom što je tamo broj ispitanika dobne kategorije 25 – 33 godine jednak broju ispitanika od 45 do 54 godine.

U hrvatskim domovima upitnik je ispunilo 69 ispitanika (29%) u dobnoj kategoriji 45 – 54 godine, nešto manje (23%) u kategoriji 34 – 44 godine, (18%) u kategoriji 55 – 65 godina, malo manje (17%) u kategoriji 25 – 33 godine, dok je samo (13%) bilo najmlađih osoba dobne kategorije 18 – 24 godine. U slovenskim domovima može se vidjeti da je omjer sličan gdje je također odaziv najmlađih djelatnika bio najmanji (8%), zatim slijede najstariji ispitanici s (13%), nakon njih u kategoriji 34 – 44 godine 49 ispitanika (25%), dok je isti broj od 53 ispitanika bio u dobnim kategorijama 25 – 33 i 45 – 54 godine.

Radni staž bio je sličan u obje države. Kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe iznosio je od tri mjeseca do 42 godine, dok je median iznosio 18 godina. Kod ispitanika u slovenskim domovima iznosio je od tri mjeseca do 43 godine, dok je median bio 15 godina.

Vezano uz bračni status, iz tablice se mogu uočiti neke razlike između ispitanika. Kod hrvatskog uzorka, 55% ispitanika bilo je u braku, 21% u vezi, 10% je bilo bez partnera, rastavljenih 9% i udovaca/ica 3%. Kod slovenskog uzorka nešto manje ispitanika je u braku 44%, dok je u vezi gotovo duplo više nego kod hrvatskog uzorka 39%, isti postotak ih je bez partnera 10%, upola manje rastavljenih 4% i udovaca/ica 2%.

3.3.4 Opis obrade podataka

Dobiveni odgovori ispitanika su iz Google Forms upitnika konvertirani u Microsoft Excel tablicu iz koje su se potrebni podatci konvertirali u posebnu SPSS datoteku. Na temelju pripremljenih podataka obavila se kompletna statistička analiza posebnim statističkim programom IBM SPSS Statistics version 25.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences).

Prikaz rezultata statističke obrade slijedio je redoslijed postavljenih hipoteza prema kojima su se koristile deskriptivne metode statističke analize koje su uključivale: mjere centralne tendencije i varijabiliteta; Shapiro-Wilk test testiranja normaliteta distribucije. Od inferencijalnih metoda statističke analize bili su uključeni: Spearman neparametrijski test korelacije, t-test ili Mann-Whitney test za nezavisne uzorke kod testiranja značajnosti razlike između dva uzorka; ANOVA ili Kruskal-Wallisov test kod uspoređivanja više uzoraka; testiranja razlika rezultata; Hi-kvadrat test koji se koristio kod analize treće hipoteze gdje se željela doznati povezanost između varijable mjesta rada s kliničkim

kategorijama (niskom, srednjom i visokom) kod profesionalnog sagorijevanja i hijerarhijske regresijske analize.

Obrada i rezultati analize podijeljeni su na tri dijela. U prvom dijelu rezultati se odnose na hrvatski dio uzorka, u drugom dijelu na slovenski, dok treći sadržava nestatističku usporedbu oba dijela uzorka prema hipotezama. U svim statističkim obradama i zaključcima vezano uz povezanost ili razlike između varijabli prihvaćena je konvencionalna razina signifikantnosti od ($p \leq 0,05$) odnosno 95% pouzdanosti.

Budući da ovo istraživanje nije primijenjenog već teorijskog karaktera, nisu prikazivane mjere veličine učinka (kao Cohen d ili Rank biserialni koeficijent korelacije i druge mjere), već su za testiranje hipoteza bili dovoljni pokazatelji statističke značajnosti.

Ako su to uvjeti dopuštali, prednost se davala parametrijskim testovima. U nekim dijelovima zbog šireg (praktičnijeg) uvida u problem, profesionalno sagorijevanje je prikazano kroz kliničku kategorizaciju rezultata.

S ciljem odgovora na 4. i 5. hipotezu provedene su hijerarhijske regresijske analize s provjerenim pretpostavkama za njihovo korektno provođenje i interpretiranje. Analiza se u prvom redu fokusirala na razinu modela, a ne individualnih prediktorskih varijabli što se očitovalo i u prezentaciji rezultata regresijskih analiza. Prije provođenja analize sve nominalne varijable rekodirane su u niz dummy varijabli po principu $k-1$ (k = broj kategorija varijable). Kao referentne kategorije u svim su situacijama odabrane kategorije s najvećim brojem ispitanika koje nisu uvrštene u regresijske analize.

3.4 Rezultati

Tablica 2: Odgovori ispitanika na prvu skupinu pitanja u primijenjenom istraživačkom upitniku

		Uzorak HRV		Uzorak SLO	
		N	%	N	%
Spol	Ženski	221	92%	181	92%
	Muški	14	6%	14	8%
	Ne želim odgovoriti	5	2%	0	0%
Godine starosti	18 – 24	31	13%	16	8%
	25 – 33	40	17%	53	27%
	34 – 44	56	23%	49	25%
	45 – 54	69	29%	53	27%
	55 – 65	44	18%	25	13%
Bračni status	Sam/a	26	11%	21	11%
	Udana/oženjen	133	55%	86	44%
	U vezi	51	21%	76	39%
	Rastavljen/a	22	9%	9	5%
	Udovac/ica	8	3%	4	2%
Maloljetna djeca	Nemam mal. djecu	161	67%	106	54%
	1 dijete	36	15%	44	22%
	2 djece	36	15%	39	20%
	3 djece	7	3%	7	4%
	Više od 3 djece	0	0%	0	0%
Dijete s posebnim potrebama / starija osoba	Brinem o djetetu	4	2%	7	4%
	Njegujem stariju osobu	11	5%	16	8%
	Oboje	0	0%	2	1%
	Ništa od navedenog	225	94%	171	87%
Obrazovanje	Njegovateljica	76	32%	29	15%
	Srednja medicinska sestra	99	41%	77	39%
	Bacc. med. techn.	35	15%	74	38%
	Dipl./Mag. med. techn.	12	5%	5	3%

	Ostalo	18	8%	11	6%
Radno mjesto	Njegovateljica	89	37%	46	23%
	Srednja medicinska sestra	106	44%	69	35%
	Bacc. med. techn.	26	11%	68	35%
	Dipl./Mag. med. techn.	10	4%	7	4%
	Ostalo	7	4%	6	3%
Vrsta ustanove	Državni dom za starije	216	90%	116	59%
	Privatni dom za starije	22	9%	80	41%
	Ostalo	2	1%	0	0%
Godine radnog staža	Medijan	19,5		19	
	Aritmetička sredina	19,7		19	
	Minimum	0,25		0,25	
	Maksimum	42		43	
Godine radnog staža (na sadašnjem poslu)	Medijan	13,1		14	
	Aritmetička sredina	15,3		15,3	
	Minimum	0,25		0,25	
	Maksimum	40		37	
Rad u smjenama	Jutarnja	75	31%	56	29%
	Dnevna	11	5%	31	16%
	Smjenski rad s noćnim	152	63%	109	56%
	Ostalo	2	1%	0	0%
Radni sati	Ispod 40 sati	7	3%	8	4%
	40 sati	146	61%	90	46%
	Više od 40 sati, manje od 60	76	32%	91	46%
	Više od 60 sati	11	5%	7	4%
Broj korisnika	1 – 5	3	1%	2	1%
	6 – 10	6	3%	6	3%
	11 – 20	30	13%	14	7%
	21 – 30	25	10%	33	17%
	Više od 30	176	73%	141	72%

Na koji način vodite evidenciju o radu	Digitalno	77	32%	13	7%
	Mješovito	13	5%	18	9%
	Papirnat	150	63%	165	84%
Mjesečna primanja	Manje od 3500 kn	2	0,8%	0	0%
	Manje od 500 €				
12 nije odgovorilo Slovenija	3501 – 7500 kn	202	84%	48	26%
	500 – 1000 €				
	7501 – 11000 kn	35	15%	110	60%
	1001 – 1500 €				
	11001 – 15000 kn	0	0%	25	14%
	1501 – 2000 €				
	Više od 15000 kn	1	0,4%	1	0,5%
	Više od 2000 €				

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice se može vidjeti da najveći udio ispitanika čine žene i to u 92% u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, dok 8% čine muški medicinski tehničari i njegovatelji. Prema istraživanju National Council of State Boards of Nursing¹⁰ koje se provodi svake dvije godine na nacionalnom nivou u Sjedinjenim Američkim Državama, njihovi se podatci podudaraju s postotkom ovog istraživanja. Naime, od ukupnog broja medicinskih sestara u SAD-u, upravo 9,2% čine muški medicinski tehničari (Smiley i dr. 2021) što je pokazatelj ukupnog broja muškaraca koji se odlučuju baviti sestrinstvom kao zanimanjem. Isti postotak od 8% muških medicinskih tehničara prikazan je u radu Hara i suradnici (2021), dok je 92% udio medicinskih sestara bio u istraživanju (Nantsupawat i dr. 2016, 4; Hara i dr. 2021, 6). Vrlo sličan udio medicinskih sestara od 90% imali su u svom radu Kandelman i suradnici (2017), dok su u istraživanju Yao i suradnika (2013) upravo medicinski tehničari imali veću razinu sagorijevanja od medicinskih sestara (Yao i dr. 2013, 537). U istraživanju Basińska i Wilczek-Rużyczka (2013, 596) uzorak medicinskih tehničara je iznosio 4%, dok je u cijeloj Poljskoj ukupan broj tehničara 2%.

Što se tiče dobi, iz tablice se može vidjeti da je najmanje najmlađih medicinskih sestara u grupi 18 – 24 godine, svega 8% u Sloveniji i nešto više u Hrvatskoj 13% i da se smanjuje u

¹⁰ Nacionalno vijeće državnih odbora za sestrinstvo (NCSBN) – neovisna, neprofitna organizacija preko koje regulatorna tijela za sestrinstvo djeluju i savjetuju se o pitanjima od zajedničkog interesa za javno zdravlje, sigurnost i dobrobit, uključujući razvoj ispita za licenciranje medicinskih sestara (NCSBN 2023).

dobi 55 – 65 godina. Nešto veća razlika je vidljiva u dobnoj grupi 25 – 33 godine gdje je 10% više zaposlenih medicinskih sestara i njegovateljica te dobi u Sloveniji nego u Hrvatskoj. U istraživanju Hara i suradnika (2021) prosjek godina medicinskih sestara koje rade u domu za starije osobe je 48,7 g., u radu Kandelman i suradnika (2017) prosjek je nešto niži od 41 g., dok je u istraživanju Jiang i suradnika (2016, 123) prosjek iznosio 28 g. Vezano uz bračni status u slovenskom uzorku je 10% manje osoba koje su udane/oženjene nego u hrvatskom uzorku gdje je 55% osoba u braku, što se podudara i u istraživanju Mudallal i suradnika (2017) gdje je u njihovom uzorku također 53% ispitanika bilo u braku kao i u istraživanju Taleghani i suradnika (2017) s udjelom oženjenih od 51%. U istraživanju Jiana i suradnika (2016, 123) u braku je bilo samo 19% ispitanika, dok je 43% sačinjavalo skupinu neoženjenih. Prema procjeni stanovništva sredinom 2021. Hrvatska je imala 3.878.981 stanovnika (Državni zavod za statistiku 2022) kada je sklopljeno 18.203 brakova što je na 1000 stanovnika iznosilo 4,7. Broj razvedenih brakova na 1000 stanovnika u 2021. iznosio je 1,3 (Državni zavod za statistiku¹¹ 2021). U Sloveniji je 2021. zabilježeno 2.107.126 stanovnika (HTZ 2022). U 2020. godini u Sloveniji je sklopljeno 5214 brakova ili 1458 (21,9%) manje nego u 2019. godini. Broj sklopljenih brakova na 1000 stanovnika iznosio je 2,5 što je najniža vrijednost od kada se u Sloveniji statistički prati broj sklopljenih brakova od 1954. godine (Republika Slovenija Statistični urad¹² 2020). Zanimljivo je da 39% ispitanika u slovenskom uzorku živi samo u vezi, dok u hrvatskom upola manje – 21%, pa se na neki način može zaključiti da institucija braka u Sloveniji ima manji značaj nego u Hrvatskoj te je u slovenskom uzorku znatno manji broj ispitanika u braku. U istraživanju Yao i suradnika (2013, 537), upravo su osobe u braku imale višu razinu sagorijevanja, dok je kod istraživanja Molina – Praena i suradnika (2018, 12) sagorijevanje bilo znatnije kod samaca.

¹¹ Državni zavod za statistiku – glavni nositelj, diseminator i koordinator sustava službene statistike Republike Hrvatske i glavni predstavnik nacionalnoga statističkog sustava pred europskim i međunarodnim tijelima nadležnim za statistiku (NIPP 2023).

¹² Statistički ured Republike Slovenije (SURS) je neovisna vladina ustanova, koja djeluje na području državne statistike, usklađuje statistički sustav, imenuje metodološke standarde te skuplja i objavljuje podatke (SURS 2023).

Polovina ispitanika u slovenskim domovima nema maloljetnu djecu, dok se kod hrvatskih ispitanika taj postotak penje na 67%. Jedno ili dvoje djece ima 15% hrvatskih ispitanika odnosno 20% slovenskih, oko 4% ih ima troje djece, dok nitko nema više od troje djece. Vrlo mali broj sestara ima dijete s posebnim potrebama u kući o kojem brine, od 2 do 4%, dok je briga o starijoj osobi proporcionalno udvostručena. U istraživanju Jiang i suradnika (2016, 123) postotak sestara koje su imale djecu iznosio je 38%.

Prema obrazovanju u domovima u obje države najviše rade medicinske sestre srednje stručne spreme od 39 do 40%, dok je njegovateljica upola manje u slovenskim domovima, gdje je udio 15%, za razliku od hrvatskih domova gdje taj postotak dostiže 32%. Zanimljivo je primijetiti kad su u pitanju prvostupnice sestrinstva u usporedbi s njegovateljicama, taj je omjer dijametralno različit gdje u slovenskim domovima radi 38% prvostupnica, dok je u hrvatskim domovima postotak više od upola manji i iznosi 15%. Slična raspodjela i postotak medicinskih sestara i njegovateljica je i na radnim mjestima u domovima. U istraživanju Smiley i suradnika (2021) ukupan broj sestara u SAD-u sa završenim prvostupništvom iznosi 42%, dok je 17% pomoćnica, odnosno njegovateljica. U istraživanju Kandelman i suradnika (2017) upravo 44% su činile njegovateljice.

Što se tiče ustanova, zanimljivo je da su u Hrvatskoj zastupljeniji domovi za starije osobe u vlasništvu države i to u 90%, a samo je 9% privatnih domova, dok je u Sloveniji udio privatnih domova znatno veći i iznosi 41%, a ostatak su državni domovi. Prema istraživanju Kandelman i suradnika (2017), nešto više od polovine ustanova su bile privatno profitabilne, 58%. Rad u takvoj vrsti domova za starije osobe bio je povezan s povećanim rizikom od sagorijevanja. Nije pronađena razlika u sagorijevanju uspoređujući njegovatelje prema vrsti ustanove, osim s izuzetkom ustanova u kojima je prisutan psiholog na puno radno vrijeme.

Godine radnog staža i godine provedene na sadašnjem poslu gotovo su identične u obje države gdje je aritmetička sredina za radni staž oko 19 godina, dok su na sadašnjem radnom mjestu nešto više od 15 godina. U istraživanju Hara i suradnika (2021) aritmetička sredina godina radnog staža iznosi 23,5 godine, dok je broj godina na sadašnjem radnom mjestu 7,8 godina što je slučaj u istraživanju Jiang i suradnika (2016, 123). Takvi nalazi nam govore da su medicinske sestre sklonije mijenjanju radnog mjesta nego što je slučaj kod nas. U svom istraživanju De la Fuente-Solana i suradnici (2019, 5) došli su do zaključka da radno iskustvo nije povezano sa sagorijevanjem.

Rad u smjenama je karakterističan za više od polovine sestara i njegovateljica u svim domovima, dok 30% sestara radi samo u jutarnjoj smjeni. Zabrinjavajuće je što u

hrvatskim domovima 32% ispitanika radi preko 40 sati tjedno, dok se taj postotak u slovenskim domovima podiže do gotovo polovine ukupnih ispitanika. Prema Zakonu o radu, čl. 61 kaže da puno radno vrijeme radnika ne može biti duže od četrdeset sati tjedno (Zakon HR 2023). To je jedan od pokazatelja mogućih uzroka nastanka profesionalnog sagorijevanja što su u svom radu opisali Hu i suradnici (2016) gdje su rekli da je dugo radno vrijeme povezano sa sagorijevanjem ako se radi više od 40 sati tjedno, a još je jače kada se radi više od 60 sati tjedno. Ograničenje radnog vremena na 40 sati tjedno može biti korisno za prevenciju sagorijevanja (Hu idr. 2016, 517). Zaključak da je 48-satni rad tjedno uzrok nastanka sagorijevanja, u svom su radu iznijeli De la Fuente-Solana i suradnici (2019, 5).

Zanimljivo je da u današnje vrijeme informatizacije još iznimno veliki broj domova za starije osobe evidenciju o radu provodi klasičnim pisanim putem i to 84% slovenskih te 63% hrvatskih domova. Tijekom posljednja dva desetljeća, kvaliteta sestrinske dokumentacije opetovano je prijavljivana kao neadekvatna u usporedbi sa smjernicama i načelima utvrđenim za njezin sadržaj i strukturu (Akhu-Zaheya i dr. 2018). Dokumentiranje i izvješćivanje su komplementarne aktivnosti koje su ključne za davanje informacija o pacijentima ili korisnicima. Sustav koji je previše standardiziran trebao bi se promijeniti kako bi bio dovoljno fleksibilan za pružanje dodatnih izvješća i dokumentacije kada je to potrebno. Unatoč tome, nestandardizirani sustav zahtijeva puno vremena za dokumentiranje i stoga može generirati netočnu dokumentaciju i informacije. Korištenje elektronskog sustava štedi vrijeme i čini posao ljudi lakšim za upravljanje, ali i dalje bi trebalo biti dovoljno jednostavno dokumentirati ono što je važno i potrebno za komunikaciju (Slyngstad i dr. 2022, 1955).

Prema mjesečnim primanjima razlika između hrvatskih i slovenskih sestara je evidentna. U hrvatskim domovima 84% ispitanika ima primanja u rasponu 500 – 1000 €, dok u slovenskim domovima 60% medicinskih sestara ima primanja u rasponu 1001 – 1500 €, a hrvatskih sestara u tom rangu ima samo 15%. Prema Paylabu¹³ (2023) mjesečna primanja medicinskih sestara u Hrvatskoj kreću se 687 – 1198 €, dok je u Sloveniji taj raspon 1141 – 2186 €. Iako su neki autori u svojim istraživanjima potvrdili povezanost sagorijevanja s mjesečnim primanjima, kao npr. Jiang i suradnici (2016, 123), gdje je u uzorku samo 22%

¹³ Paylab je međunarodna platforma za istraživanje plaća koja prikuplja podatke o primanjima i bonusima zaposlenika na različitim pozicijama (Paylab 2023).

ispitanika bilo zadovoljno svojom plaćom što je za posljedicu imalo visoki stupanj profesionalnog sagorijevanja, u svom radu De la Fuente-Solana i suradnici (2019, 5) nisu dokazali povezanost s profesionalnim sagorijevanjem.

Tablica 3: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o zamoru suosjećanja (Compassion Fatigue)

		Uzorak HRV		Uzorak SLO	
		N	%	N	%
Sretan/a sam jer imam zadovoljavajući život i posao	0 = nikad	5	2%	1	1%
	1 = rijetko	12	5%	8	4%
	2 = ponekad	37	15%	31	16%
	3 = često	101	42%	83	42%
	4 = vrlo često	85	35%	73	37%
Rad u domu i korisnici donose mi veliko zadovoljstvo	0 = nikad	1	0,4%	1	0,5%
	1 = rijetko	13	5%	2	1%
	2 = ponekad	41	17%	30	15%
	3 = često	123	51%	93	47%
	4 = vrlo često	62	25%	70	35%
Moj posao mi se sviđa i mislim da sam uspješan/a	0 = nikad	0	0%	1	1%
	1 = rijetko	4	2%	3	2%
	2 = ponekad	24	10%	24	12%
	3 = često	91	38%	85	43%
	4 = vrlo često	121	50%	83	42%

Uživam u radu s kolegama i međusobno si pomažemo	0 = nikad	1	0,4%	1	0,5%
	1 = rijetko	5	2%	1	0,5%
	2 = ponekad	27	11%	34	17%
	3 = često	105	44%	97	49%
	4 = vrlo često	102	42%	63	32%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Zamor suosjećanja nije novi koncept u sestrinstvu. Joinson ga je okarakterizirala kao jedinstven oblik sagorijevanja, nazivajući ga „umorom od suosjećanja“. Smatrala je da se zbog toga kod medicinskih sestara javlja zaboravnost, smanjena pažnja i koncentriranost, iscrpljenost, tjelesna oboljenja, koja često dovode do apatije i ljutnje. Od tada je pozornost za ovaj fenomen narasla. Zamor suosjećanja različito je karakteriziran kao zamjenska trauma, sindrom sekundarne traume, povremeno posttraumatski stresni sindrom i/ili kao varijanta sagorijevanja (Joinson 1992 u Ledoux 2015, 2041). U tablici se mogu vidjeti odgovori na četiri pitanja prema Likertovoj skali koja su ispitanici mogli odabrati. Niži rezultat označava veći zamor suosjećanja kod medicinskih sestara. Odgovori hrvatskih ispitanika vrlo su slični odgovorima slovenskih kolega gdje je skoro 80% medicinskih sestara sretno što ima zadovoljavajući život i posao; isto toliko im rad u domu i korisnici donose veliko zadovoljstvo; oko 85% ispitanika kaže da im se posao sviđa i da misle da su uspješni, kao i da uživaju u radu s kolegama.

Tablica 4: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o profesionalnom sagorijevanju

UPITNIK PROFESIONALNOG SAGORIJEVANJA (OLBI)		Uzo- rak HRV		Uzo- rak SLO	
		N	%	N	%
1. Uvijek pronalazim nove i zanimljive aspekte u svom poslu	1 = uopće se ne slažem	18	8%	5	3%
	2 = ne slažem se	49	20%	33	17%
	3 = slažem se	129	54%	109	56%
	4 = potpuno se slažem	44	18%	49	25%
2. Ima dana kada se osjećam umorno i prije nego što dođem na posao	4 = potpuno se slažem	96	40%	63	32%
	3 = slažem se	100	42%	100	51%
	2 = ne slažem se	31	13%	26	13%
	1 = uopće se ne slažem	13	5%	7	4%
3. Sve češće se događa da o svom poslu govorim na negativan način	4 = potpuno se slažem	22	9%	19	9%
	3 = slažem se	73	30%	55	28%
	2 = ne slažem se	101	42%	91	46%
	1 = uopće se ne slažem	44	18%	31	16%
4. Nakon posla mi treba više vremena kako bih se opustio/opustila i osjećao/osjećala bolje nego nekad	4 = potpuno se slažem	77	32%	63	32%
	3 = slažem se	100	41%	90	46%
	2 = ne slažem se	47	19%	29	14%
	1 = uopće se ne slažem	16	6%	14	7%
5. Pritisak svoga posla mogu vrlo dobro podnositi	1 = uopće se ne slažem	10	4%	5	2%
	2 = ne slažem se	47	19%	42	21%
	3 = slažem se	143	59%	122	62%
	4 = potpuno se slažem	40	16%	27	13%
6. U posljednje vrijeme sve manje razmišljam na poslu i odrađujem svoj posao gotovo mehanički	4 = potpuno se slažem	12	5%	9	4%
	3 = slažem se	62	25%	51	26%
	2 = ne slažem se	104	43%	83	42%
	1 = uopće se ne slažem	62	26%	53	27%

7. Smatram da je moj posao pozitivan izazov	1 = uopće se ne slažem	13	5%	8	4%
	2 = ne slažem se	28	11%	23	11%
	3 = slažem se	132	55%	112	57%
	4 = potpuno se slažem	67	28%	53	27%
8. Dok radim, često se osjećam emocionalno iscrpljeno	4 = potpuno se slažem	40	16%	29	14%
	3 = slažem se	99	41%	86	44%
	2 = ne slažem se	79	33%	69	35%
	1 = uopće se ne slažem	22	9%	12	6%
9. S vremenom osoba može prestati osjećati povezanost s ovom vrstom posla	4 = potpuno se slažem	34	14%	16	8%
	3 = slažem se	92	38%	80	40%
	2 = ne slažem se	80	33%	71	36%
	1 = uopće se ne slažem	34	14%	29	14%
10. Nakon posla imam dovoljno energije za svoje slobodne aktivnosti	1 = uopće se ne slažem	44	18%	28	14%
	2 = ne slažem se	103	43%	86	44%
	3 = slažem se	79	33%	73	37%
	4 = potpuno se slažem	14	5%	9	4%
11. Ponekad mi je muka od mojih radnih zadataka	4 = potpuno se slažem	14	5%	14	7%
	3 = slažem se	92	38%	56	28%
	2 = ne slažem se	95	39%	93	47%
	1 = uopće se ne slažem	39	16%	33	16%
12. Obično se osjećam istrošeno i umorno nakon posla	4 = potpuno se slažem	49	20%	46	23%
	3 = slažem se	118	49%	104	53%
	2 = ne slažem se	63	26%	39	20%
	1 = uopće se ne slažem	10	4%	7	3%

13. Ovo je jedina vrsta posla u kojem se mogu zamisliti	1 = uopće se ne slažem	48	20%	28	14%
	2 = ne slažem se	73	30%	71	36%
	3 = slažem se	60	25%	62	31%
	4 = potpuno se slažem	59	24%	35	18%
14. Obično se mogu dobro nositi s količinom posla	1 = uopće se ne slažem	7	3%	6	3%
	2 = ne slažem se	29	12%	44	22%
	3 = slažem se	149	62%	121	62%
	4 = potpuno se slažem	55	23%	25	13%
15. Osjećam se sve više uključeno u svoj posao	1 = uopće se ne slažem	10	4%	7	4%
	2 = ne slažem se	47	20%	32	16%
	3 = slažem se	130	54%	125	64%
	4 = potpuno se slažem	53	22%	32	16%
16. Kada radim, obično se osjećam pun/a energije	1 = uopće se ne slažem	18	8%	6	3%
	2 = ne slažem se	78	33%	65	33%
	3 = slažem se	116	48%	100	51%
	4 = potpuno se slažem	28	12%	25	13%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

U tablici se mogu vidjeti odgovori ispitanika vezani za njihovo sagorijevanje na poslu, u originalu, prije nego su se za potrebe statističke analize konvertirali. Skala iscrpljenosti sastoji se od četiri tvrdnje usmjerene na pozitivne aspekte – pitanja (5, 10, 14, 16), a četiri na negativne aspekte – pitanja (2R, 4R, 8R, 12R). Ta su pitanja osjenčana sivom bojom i oznakom R (reverse) što znači da treba u potpunosti obrnuti rezultate. Skala otuđenosti sastoji od osam čestica i to: 1, 3R, 6R, 7, 9R, 11R, 13, 15. Ako je ispitanik odabrao odgovor pod brojem jedan, računat će se četiri boda i obratno, što se primjenjuje na sva osjenčana pitanja. Viši ukupni rezultat na skalama sagorijevanja podrazumijeva viši stupanj sagorijevanja na poslu kao i veću iscrpljenost i otuđenost.

Kod prvog pitanja, malo više od polovine ispitanika pronalazi nove i zanimljive aspekte u svom poslu, no zabrinjavajuće je što preko 80% svih ispitanika izjavljuje da se u pojedinim danima osjeća umorno i prije nego dođe na posao što svakako utječe na radnu motivaciju i sam rad. Otprilike 60% ispitanika ipak o svom poslu ne govori na negativan način, oko 75% je izjavilo da može vrlo dobro podnositi pritisak svoga posla te samo 30% ispitanika odrađuje svoj posao gotovo mehanički. Nešto malo manje od 60% sestara i njegovateljica osjeća se emocionalno iscijeđeno, a isto toliko izjavljuje da nakon posla nema dovoljno energije za svoje slobodne aktivnosti. Da se osjeća istrošeno i umorno nakon posla, izjavilo je oko 70% ispitanika, dok je polovina zaključila da je ovo jedina vrsta posla u kojoj se mogu zamisliti. Usprkos svemu, 85% ispitanika u hrvatskim i 75% u slovenskim domovima mogu se dobro nositi s količinom posla te se 60% ispitanika, kada radi, osjeća punim energije.

3.4.1 Deskriptivne i inferencijalne statističke analize rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Tablica 5: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Profesionalno sagorijevanje		Statistika
Aritmetička sredina		2,580
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,519
	Gornja granica	2,641
Medijan		2,563
Varijanca		,229
Standardna devijacija		,479
Minimum		1,31
Maksimum		3,88
Raspon		2,56

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultat Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički se značajno ne razlikuje od normalne (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 104).

Tablica 6: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kliničkim kategorijama u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Profesionalno sagorijevanje	Frekvencija (N)	Postotak %
Nisko	5	2%
Srednje	124	52%
Visoko	111	46%
Ukupno	240	100%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati za kategorije low = nisko, medium = srednje ili high = visoko dobiveni na temelju rezultata iznad ili ispod jedne standardne devijacije srednje vrijednosti ($M = 2,15$, $SD = 0,52$; $\leq 1,62$ = nisko; $1,63$ do $2,67$ = srednje; $\geq 2,68$ = visoko) iz rada autora Delgadillo i sur. (2018).

Iz tablice 6 je vidljivo da nešto više od polovine ispitanika – njih 52%, odnosno 124 medicinske sestre u hrvatskim domovima za starije osobe ulazi u kliničku kategoriju srednjeg intenziteta profesionalnog sagorijevanja, dok je 46% ispitanika, odnosno 111 osoba u kliničkoj kategoriji visoke razine profesionalnog sagorijevanja što iznosi gotovo drugu polovinu ispitivanog uzorka. Evidentno je da od cijelog uzorka od 240 osoba, samo njih pet, što iznosi 2% ispitanika, pripada kliničkoj kategoriji niskog intenziteta profesionalnog sagorijevanja, dok medicinskih sestara koje ne ulaze ni u jednu kliničku kategoriju nema, što dovodi do zaključka da sve medicinske sestre imaju sindrom profesionalnog sagorijevanja.

HIPOTEZE:

H1 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama.

H1.1 Medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 7: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Dobne skupine		18-24	25-33	34-44	45-54	55-65
N		31	40	56	69	44
Aritmetička sredina		2,643	2,531	2,531	2,529	2,720
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,472	2,370	2,412	2,401	2,598
	Gornja granica	2,815	2,692	2,650	2,657	2,842
Medijan		2,563	2,531	2,563	2,563	2,688
Varijanca		,219	,253	,197	,283	,160
Standardna devijacija		,468	,503	,444	,532	,400
Minimum		1,69	1,50	1,31	1,44	1,81
Maksimum		3,56	3,50	3,69	3,88	3,50
Raspon		1,88	2,00	2,38	2,44	1,69

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim skupinama (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 105).

Tablica 8: Rezultati ANOVA testa testiranja rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u hrvatskim domovima za starije na upitniku profesionalnog sagorijevanja

	ANOVA test				
	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	1,396	4	,349	1,537	,192
Unutar grupa	53,369	235	,227		
Ukupno	54,765	239			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 8 je vidljivo da se ispitanici različitih dobnih skupina u hrvatskim domovima, prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja, statistički značajno ne razlikuju ($p = ,192$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza po kojoj medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer medicinske sestre i njegovateljice koje su u dobnim skupinama 45 – 55 i 56 – 65 godina nemaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na mlađe kolegice.

H1.2 Medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 9: Deskriptivna statistika varijable radnog staža ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Radni staž	Statistika
Aritmetička sredina	17,975
Medijan	18,000
Standardna devijacija	11,464
Minimum	,25
Maksimum	42,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 9 je vidljivo da je prosječni radni staž ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe 18 godina, najkraći je 3 mjeseca (0,25 godina), a najduži je 42 godine.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijabli radnog staža ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe ($N = 240$) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 106).

Tablica 10: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije između varijable dužine radnog staža i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

		Radni staž	Rezultat na upitniku profesionalnog sagorijevanja
Spearman's rho	Radni staž	1	,028
	p		,671

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 10 je vidljivo da ne postoji statistički značajna povezanost kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe između dužine radnog staža i razine profesionalnog sagorijevanja ($p = ,671$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer medicinske sestre koje imaju duži radni staž ne iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na ostale kolegice s kojima rade.

H1.3 Medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 11: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema razini obrazovanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Razina obrazovanja		Njegovatelj	SSS	Bacc. med. techn.	Dipl. med. techn.	Ostali
N		76	99	35	12	18
Aritmetička sredina		2,474	2,434	2,400	2,417	2,444
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,342	2,331	2,229	2,090	2,138
	Gornja granica	2,606	2,538	2,571	2,744	2,751
Medijan		3,000	2,000	2,000	2,000	2,500
Varijanca		,333	,269	,247	,265	,379
Standardna devijacija		,577	,518	,497	,515	,616
Minimum		1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
Maksimum		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli razine obrazovanja (N = 240) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele kod svih skupina ispitanika različitog stupnja obrazovanja (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 107).

Tablica 12: Rezultati Kruskal-Wallis H testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih razina obrazovanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Razina obrazovanja	N	Aritmetička sredina rangova		
Njegovatelj	76	127,16		
Srednja sestra	99	116,82		
Dipl. med. techn.	12	123,46	Kruskal-Wallis H	1,501
Ostalo	18	125,28	df	4
Ukupno	240		p	,826

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 12 je vidljivo da nisu utvrđene statistički značajne razlike između ispitanika različitih razina obrazovanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja ($p = ,826$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj se medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju po razini profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer bez obzira na razinu obrazovanja medicinskih sestara, obrazovanje u ovom istraživanju nije varijabla koja je povezana s varijablom profesionalnog sagorijevanja.

H 1.4 Medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 13: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema varijabli ageizma u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Ageizam		DA	NE
N		7	233
Aritmetička sredina		2,286	2,446
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	1,834	2,377
	Gornja granica	2,737	2,516
Medijan		2,000	2,000
Varijanca		,238	,291
Standardna devijacija		,490	,540
Minimum		2,00	1,00
Maksimum		3,00	3,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli razina ageizma (N = 240) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 108).

Tablica 14: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata između ispitanika koji iskazuju ageizam i onih koji to ne čine u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Ageizam	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Da	7	107,64	753,50	Mann-Whitney U	725,500
Ne	233	120,89	28166,50	Wilcoxon W	753,500
Ukupno	240			P	,619

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 14 je vidljivo da kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe nisu utvrđene statistički značajne razlike ($p = ,619$) između rezultata na upitniku profesionalnog

sagorijevanja između ispitanika koji iskazuju i onih koji ne iskazuju ageistično ponašanje. Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer se medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima u domu za starije i nemoćne osobe ne razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja u odnosu na kolegice koje ne pokazuju ageistično ponašanje.

H 1.5 Medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja (N = 240).

Tablica 15: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika koji u kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Skrb za dijete s posebnim potrebama ili starijim osobama		DA	NE
N		15	225
Aritmetička sredina		2,400	2,444
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	1,992	2,376
	Gornja granica	2,808	2,513
Medijan		3,000	2,000
Varijanca		,543	,275
Standardna devijacija		,737	,524
Minimum		1,00	1,00
Maksimum		3,00	3,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji (N = 240) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 109).

Tablica 16: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata između ispitanika koji skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji i onih koji to ne čine u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Skrb o članu obitelji	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Ne skrbe	225	120,29	27066,00	Mann-Whitney U	1641,000
Skrbe	15	123,60	1854,00	Wilcoxon W	27066,000
Ukupno	240			P	,858

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 16 je vidljivo da kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe nije utvrđena statistički značajna razlika ($p = ,858$) kod rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja između ispitanika koji provode skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi i onih koji ne pružaju skrb. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer medicinske sestre i njegovateljice koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi ne iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na ostale kolegice koje nemaju takvu situaciju gdje moraju kući o nekome skrbiti.

H1.6 Medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 17: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitog bračnog statusa u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Bračni status		Sam/a	Udana/ Oženjen	U vezi	Rasta- vljen/a	Udovac/ ica
N		26	133	51	22	8
Aritmetička sredina		2,620	2,635	2,514	2,378	2,500
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,401	2,554	2,380	2,177	2,271
	Gornja granica	2,840	2,717	2,647	2,578	2,729
Medijan		2,625	2,625	2,500	2,375	2,500
Varijanca		,295	,225	,225	,204	,075
Standardna devijacija		,543	,474	,474	,452	,273
Minimum		1,31	1,44	1,56	1,63	1,94
Maksimum		3,56	3,88	3,75	3,50	2,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 110).

Tablica 18: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status

	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	1,625	4	,406	1,797	,130
Unutar grupe	53,140	235	,226		
Ukupno	54,765	239			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 18 je vidljivo da se kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe ispitanici različitog bračnog statusa prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno ne razlikuju ($p = ,130$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj se medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer bez obzira na bračni status, bile one same, udane, u vezi, rastavljene ili udovice, nema razlike u razini profesionalnog sagorijevanja.

H2 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima.

H2.1 Medicinske sestre različitog broja radnih sati tjedno razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 19: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama radnih sati tjedno u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Radni sati tjedno		Ispod 40	40 sati	Više od 40 manje od 60	Više od 60
N		7	146	76	11
Aritmetička sredina		2,473	2,622	2,503	2,619
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	1,850	2,549	2,387	2,235
	Gornja granica	3,097	2,695	2,618	3,003
Medijan		2,375	2,625	2,500	2,750
Varijanca		,454	,199	,255	,327
Standardna devijacija		,674	,446	,505	,572
Minimum		1,81	1,63	1,31	1,81
Maksimum		3,44	3,88	3,56	3,50

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno ($N = 240$) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele osim kod skupine ispitanika koja radi više od 40 sati, ali manje od 60 sati tjedno (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 111).

Tablica 20: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata između skupina ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Radni sati tjedno	N	Aritmetička sredina rangova		
Ispod 40	7	96,93		
Više od 40, manje od 60	76	108,24	Kruskal-Wallis H	4,782
Više od 60 sati	11	126,59	df	3
Ukupno	240		p	,188

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 20 je vidljivo da se kod ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u hrvatskim domovima za starije osobe rezultati na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno ne razlikuju ($p = ,188$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj se medicinske sestre koje rade prekovremeno razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer bez obzira je li medicinske sestre rade 40 sati kako je zakonom predviđeno ili prekovremeno, istraživanje je pokazalo da nema razlike prema razini profesionalnog sagorijevanja.

H2.2 Medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 21: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema vrsti ustanova u kojima rade u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 238)

Vrsta ustanove		Državni	Privatni
N		216	22
Aritmetička sredina		2,551	2,861
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,487	2,660
	Gornja granica	2,615	3,061
Medijan		2,563	2,906
Varijanca		,226	,204
Standardna devijacija		,475	,452
Minimum		1,31	1,81
Maksimum		3,88	3,69

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade (N = 238) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 112).

Tablica 22: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema vrsti ustanove u kojoj rade u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Vrste ustanova	N	M	SD	t	df	p
Državni dom	216	2,550	,475			
Privatni dom	22	2,860	,452			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				2,926	236	,004
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				3,049	25,963	,005
Ukupno	238					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Dva ispitanika u hrvatskom uzorku nisu označila vrstu doma te zbog malog broja nisu uvršteni u daljnju statističku obradu što se vidi kod oznake N gdje ima 238 ispitanika od ukupnih 240.

Iz tablice 22 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,004$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe s obzirom na vrstu ustanove u kojoj rade i to u smjeru da medicinske sestre u privatnim ustanovama ($M = 2,860$) postižu značajno više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja od onih u državnim ustanovama ($M = 2,550$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da medicinske sestre u privatnim domovima nemaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na one koje rade u državnim domovima.

H2.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 23: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo uvjetima rada		DA	NE
N		92	148
Aritmetička sredina		2,367	2,712
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,279	2,637
	Gornja		
	granica	2,454	2,788
Medijan		2,375	2,688
Varijanca		,179	,216
Standardna devijacija		,423	,465
Minimum		1,31	1,56
Maksimum		3,75	3,88

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 113).

Tablica 24: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada na upitniku profesionalnog sagorijevanja u hrvatskim domovima za starije osobe

Loši uvjeti rada	N	M	SD	t	df	p
DA	92	2,367	,423			
NE	148	2,712	,465			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				5,788	238	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				5,917	206,683	,000
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 24 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima kod ispitanika koji izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,712$, dok je kod druge skupine koja izražava nezadovoljstvo $M = 2,367$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može se potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo medicinske sestre koje ne izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada i to nezadovoljstvo drže u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.1 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 25: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima		DA	NE
N		118	122
Aritmetička sredina		2,483	2,674
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,401	2,585
	Gornja		
	granica	2,564	2,762
Medijan		2,500	2,656
Varijanca		,198	,243
Standardna devijacija		,445	,493
Minimum		1,44	1,31
Maksimum		3,50	3,88

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 114).

Tablica 26: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima	N	M	SD	t	df	p
DA	118	2,483	,445			
NE	122	2,674	,493			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				3,150	238	,002
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				3,155	236,856	,002
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 26 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,002$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,674$, dok je kod druge skupine $M = 2,483$.

Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može se potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo medicinske sestre koje ne izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.2 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 27: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima		DA	NE
N		46	194
Aritmetička sredina		2,378	2,628
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,261	2,559
	Gornja		
	granica	2,495	2,696
Medijan		2,375	2,625
Varijanca		,155	,236
Standardna devijacija		,394	,485
Minimum		1,50	1,31
Maksimum		3,31	3,88

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 115).

Tablica 28: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema neslaganju s nadređenima u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima	N	M	SD	t	df	p
DA	46	2,378	,394			
NE	194	2,628	,485			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				3,246	238	,001
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				3,687	80,727	,000
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 28 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,001$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo kod neslaganja s nadređenima i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,628$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo iznosi $M = 2,378$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo medicinske sestre koje ne izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima na poslu i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 29: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo složenošću posla		DA	NE
N		80	160
Aritmetička sredina		2,291	2,724
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,203	2,653
	Gornja		
	granica	2,380	2,794
Medijan		2,313	2,688
Varijanca		,158	,203
Standardna devijacija		,398	,451
Minimum		1,31	1,63
Maksimum		3,31	3,88

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 116).

Tablica 30: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji složenosti posla u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo složenošću posla	N	M	SD	t	df	p
DA	80	2,291	,398			
NE	160	2,724	,451			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				7,279	238	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				7,591	176,905	,000
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 30 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo složenošću posla i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,724$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo iznosi $M = 2,291$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo medicinske sestre koje ne izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla na radnom mjestu i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.4 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 31: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad		DA	NE
N		95	145
Aritmetička sredina		2,395	2,700
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,317	2,619
	Gornja		
	granica	2,474	2,782
Medijan		2,438	2,688
Varijanca		,149	,246
Standardna devijacija		,386	,496
Minimum		1,31	1,44
Maksimum		3,31	3,88

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad (N = 240) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 117).

Tablica 32: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka sredstava za rad u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad	N	M	SD	t	df	p
DA	95	2,395	,386			
NE	145	2,700	,496			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				5,071	238	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				5,339	230,983	,000
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 32 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,700$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo $M = 2,395$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi.

H2.3.5 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 33: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog izostanka pohvala i nagrada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada		DA	NE
N		151	89
Aritmetička sredina		2,452	2,796
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,380	2,702
	Gornja granica	2,525	2,890
Medijan		2,438	2,813
Varijanca		,205	,198
Standardna devijacija		,453	,445
Minimum		1,31	1,44
Maksimum		3,88	3,69

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada (N = 240) statistički se značajno razlikuje od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 118).

Tablica 34: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
DA	151	101,17	15276,50	Mann- Whitney U	3800,500
NE	89	153,30	13643,50	Wilcoxon W	15276,500
Ukupno	240			P	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 34 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe s obzirom na nezadovoljstvo zbog nedostatka pohvala i nagrada, i to u smjeru da medicinske sestre koje izvor nezadovoljstva ne vide u nedostatku pohvala i nagrada (aritmetička sredina rangova = 153,30) postižu značajno više rezultate na upitniku od onih kojima nedostatak pohvala i nagrada na poslu uzrokuje nezadovoljstvo (aritmetička sredina rangova = 101,17). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi.

H3 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makrofaktorima na nivou država.

H3.1 Medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju niže profesionalno sagorijevanje.

Tablica 35: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema mjestu rada u različitim državama u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja – Hrvatska i Slovenija (N = 436)

Mjesto rada		Hrvatska	Slovenija
N		240	196
Aritmetička sredina		2,580	2,592
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,519	2,530
	Gornja granica	2,641	2,653
Medijan		2,563	2,563
Varijanca		,229	,192
Standardna devijacija		,479	,438
Minimum		1,31	1,19
Maksimum		3,88	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u različitim državama (Hrvatska i Slovenija) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 119).

Tablica 36: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Mjesto rada	N	M	SD	t	df	p
Hrvatska	240	2,580	,479			
Slovenija	196	2,591	,438			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				-,267	434	,790
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				-,269	428,312	,788
Ukupno	436					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 36 je vidljivo da ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,788$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe prema mjestu rada u Hrvatskoj (aritmetička sredina = 2,580) i Sloveniji (aritmetička sredina = 2,591). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje ne može potvrditi, jer je istraživanje pokazalo da medicinske sestre koje rade u slovenskim domovima za starije osobe nemaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje od kolegica koje rade u hrvatskim domovima za starije osobe.

Tablica 37: Rezultati Hi-kvadrat testa ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe izraženi u kliničkim kategorijama profesionalnog sagorijevanja

		Profesionalno sagorijevanje u kliničkim kategorijama				
Mjesto rada		Niska	Srednja	Visoka		Ukupno
Hrvatska	Opažene frekvencije	5	124	111		240
	Očekivane frekvencije	4,4	122,2	113,4		240,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	62,5%	55,9%	53,9%		
Slovenija	Opažene frekvencije	3	98	95		196
	Očekivane frekvencije	3,6	99,8	92,6		196,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	37,5%	44,1%	46,1%		
	Ukupno	Opažene frekvencije	8	222	206	436
		Očekivane frekvencije	8,0	222,0	206,0	436,0
		% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Tablica 38: Rezultati Hi-kvadrat testa ispitanika prema mjestu rada u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe izraženi u kliničkim kategorijama profesionalnog sagorijevanja

	Vrijednost	df	p
Pearsonov Hi-kvadrat	,351	2	,839
Omjer vjerojatnosti	,353	2	,838
Linearno povezivanje	,291	1	,590
Broj valjanih slučajeva	436		

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 38 je vidljivo da je Pearsonov Hi-kvadrat statistički neznačajan ($p = ,839$) što pokazuje da ne postoji statistički značajna povezanost između varijable mjesto rada i pripadnosti određenoj kliničkoj kategoriji. Unutar svake kliničke kategorije profesionalnog sagorijevanja nema statistički značajne razlike između ispitanika iz domova u Hrvatskoj i Sloveniji. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da medicinske sestre i negovateljice bilo da rade u domovima u Hrvatskoj bilo u Sloveniji nemaju razlike u razinama profesionalnog sagorijevanja, odnosno profesionalno sagorijevanje je jednakomjerno prisutno u obje države s obzirom na kliničke kategorije.

Tablica 39: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 436)

OTUĐENOST		HRVATSKA	SLOVENIJA
N		240	196
Aritmetička sredina		2,763	2,810
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,693	2,744
	Gornja		
	granica	2,832	2,876
Medijan		2,750	2,875
Varijanca		,300	,217
Standardna devijacija		,548	,466
Minimum		1,25	1,38
Maksimum		4,00	4,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali otuđenosti („disengagement“) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 120).

Tablica 40: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Otuđenost	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Hrvatska	240	213,32	51196,50	Mann-Whitney U	22276,500
Slovenija	196	224,84	44069,50	Wilcoxon W	51196,500
Ukupno	436			P	,340

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 40 rezultati Mann-Whitneyevog testa pokazuju da između rezultata na subskali otuđenosti (“disengagement”) upitnika profesionalnog sagorijevanja ispitanika iz Hrvatske i iz Slovenije ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,340$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se medicinske sestre u hrvatskim i slovenskim domovima ne razlikuju prema razini otuđenosti.

Tablica 41: Rezultati Hi-kvadrat testa rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe

		Otúdenost u kliničkim kategorijama			
		Niska	Srednja	Visoka	Ukupno
Hrvatska	Frekvencija	6	92	142	240
	Očekivana frekvencija	4,4	90,3	145,3	240,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	75,0%	56,1%	53,8%	
	Standardizirani ostatak	,8	,2	-,3	
Slovenija	Frekvencija	2	72	122	196
	Očekivana frekvencija	3,6	73,7	118,7	196,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	25,0%	43,9%	46,2%	
Ukupno	Frekvencija	8	164	264	436
	Očekivana frekvencija	8,0	164,0	264,0	436,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	100,0%	100,0%	100,0%	

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Tablica 42: Rezultati Hi-kvadrat testa rezultata ispitanika prema subskali otuđenosti („disengagement“) u hrvatskim domovima za starije osobe

	Vrijednost	df	p
Pearsonov Hi-kvadrat	1,529	2	,465
Omjer vjerojatnosti	1,607	2	,448
Linearno povezivanje	,801	1	,371
Broj valjanih slučajeva	436		

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 42 je vidljivo da je Pearsonov Hi-kvadrat statistički neznačajan ($p = ,465$) što pokazuje da ne postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz domova za starije osobe iz Hrvatske i Slovenije unutar pojedinih kliničkih kategorija profesionalnog sagorijevanja temeljenih samo na rezultatima na subskali otuđenost („disengagement“). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da medicinske sestre u hrvatskim i slovenskim domovima pokazuju jednakomjernu razinu otuđenosti kod profesionalnog sagorijevanja, bilo da je ono u kategoriji niskog, srednjeg ili visokog intenziteta.

Tablica 43: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema subskali iscrpljenosti (“exhaustion”) u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 436)

ISCRPLJENOST		HRVATSKA	SLOVENIJA
N		240	196
Aritmetička sredina		2,397	2,373
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,331	2,302
	Gornja granica	2,463	2,445
Medijan		2,375	2,375
Varijanca		,268	,257
Standardna devijacija		,517	,507
Minimum		1,25	1,00
Maksimum		3,75	4,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali iscrpljenosti (“exhaustion”) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 121).

Tablica 44: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata prema subskali iscrpljenosti (“exhaustion”) kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Iscrpljenost	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Hrvatska	240	220,15	52835,50	Mann-Whitney U	23124,500
Slovenija	196	216,48	42430,50	Wilcoxon W	42430,500
Ukupno	436			P	,762

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 44 rezultati Mann-Whitneyevog testa pokazuju da između rezultata na subskali iscrpljenosti (“exhaustion”) upitnika profesionalnog sagorijevanja ispitanika iz Hrvatske i iz Slovenije ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,762$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da medicinske sestre u hrvatskim i slovenskim domovima pokazuju jednakomjernu razinu iscrpljenosti.

Tablica 45: Rezultati Hi-kvadrata testa rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema subskali iscrpljenosti (“exhaustion”)

		Iskrpljenost u kliničkim kategorijama			
		Niska	Srednja	Visoka	Ukupno
Hrvatska	Frekvencija	18	157	65	240
	Očekivana frekvencija	17,1	160,2	62,8	240,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	58,1%	54,0%	57,0%	
	% od ukupnog broja	4,1%	36,0%	14,9%	
Slovenija	Frekvencija	13	134	49	196
	Očekivana frekvencija	13,9	130,8	51,2	196,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	41,9%	46,0%	43,0%	
	% od ukupnog broja	3,0%	30,7%	11,2%	
Ukupno	Frekvencija	8	164	264	436
	Očekivana frekvencija	8,0	164,0	264,0	436,0
	% unutar PS (u kliničkim kategorijama)	100,0%	100,0%	100,0%	
	% od ukupnog broja	7,1%	66,7%	26,1%	

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Tablica 46: Rezultati Hi-kvadrata testa rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“)

	Vrijednost	df	p
Pearsonov Hi-kvadrat	,434	2	,805
Omjer vjerojatnosti	,435	2	,805
Linearno povezivanje	,054	1	,817
Broj valjanih slučajeva	436		

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 46 je vidljivo da Pearsonov Hi-kvadrat iznosi ($p = ,805$) što pokazuje da ne postoji statistički značajna razlika između ispitanika iz domova za starije osobe iz Hrvatske i Slovenije unutar pojedinih kliničkih kategorija profesionalnog sagorijevanja temeljenih samo na rezultatima na subskali iscrpljenosti (“exhaustion”). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da medicinske sestre u hrvatskim i slovenskim domovima pokazuju jednakomjernu razinu iscrpljenosti kod profesionalnog sagorijevanja, bilo da je ono u kategoriji niskog, srednjeg ili visokog intenziteta.

H3.2 Veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan je s višom razinom profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 47: Odgovori ispitanika na skupinu pitanja o nezadovoljstvu na poslu i utjecaju pandemije COVID-a 19

		Uzorak HRV		Uzorak SLO	
		N	%	N	%
Ako osjećate nezadovoljstvo na poslu, što po vašem mišljenju kod vas najviše utječe na takav osjećaj?					
Prekovremeni sati na poslu	DA	218	91%	185	94%
	NE	22	9%	11	6%
Manjak osoblja	DA	214	89%	130	66%
	NE	26	11%	66	34%
Loši međuljudski odnosi	DA	118	49%	101	52%
	NE	122	51%	95	48%
Neslaganje s nadređenim	DA	46	19%	52	27%
	NE	194	81%	144	73%
Niska plaća	DA	156	65%	126	64%
	NE	84	35%	70	36%
Loši uvjeti rada	DA	92	38%	79	40%
	NE	148	62%	117	60%
Ageizam	DA	7	3%	4	2%
	NE	233	97%	192	98%
Agresivnost korisnika prema vama	DA	58	24%	35	18%
	NE	182	76%	161	82%
Složenost posla	DA	80	33%	50	26%
	NE	160	67%	146	74%
Nedostatak sredstava za rad	DA	95	40%	59	30%
	NE	145	60%	137	70%
Izostanak pohvala i nagrada	DA	151	63%	116	59%
	NE	89	37%	80	41%

Je li vam pandemija COVID-a 19 donijela neke promjene na radnom mjestu?					
Više stresa	DA	218	91%	185	94%
	NE	22	9%	11	6%
Emocionalnu iscrpljenost	DA	204	85%	168	86%
	NE	36	15%	28	14%
Duže radno vrijeme	DA	148	62%	137	70%
	NE	92	38%	59	30%
Financijsku dobit	DA	28	12%	118	60%
	NE	212	88%	78	40%
Poboljšanje radnih uvjeta	DA	10	4%	20	10%
	NE	230	96%	176	90%
Smjenski rad	DA	35	15%	35	18%
	NE	205	85%	161	82%
Distanciranost prema kolegama	DA	77	32%	103	53%
	NE	163	68%	93	47%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Prema odgovorima koje su ispitanici dali, iz tablice se može vidjeti da najviše nezadovoljstva na poslu uzrokuje prekovremeni rad što je istaknulo čak preko 90% ispitanika, te manjak osoblja. U 65% slučajeva uzrok nezadovoljstva stvara neadekvatno plaćen rad kao i izostanak pohvala i nagrada. Da medicinske sestre osjećaju frustraciju u pogledu nagrada, nezadovoljstvo visinom plaća, sporim napredovanjem na poslu i nedovoljnim poštovanjem na poslu, u svom istraživanju su opisali (Li 2011 u Basińska 2013, 594).

Vezano uz pandemiju COVID-a 19 i promjena koje im je donijela na radnom mjestu, više od 90% ispitanika je navelo da je to više stresa, 85% je navelo emocionalnu iscrpljenost te 60 – 70% duže radno vrijeme. Zanimljivo je da je u slovenskim domovima 60% ispitanika navelo kako su ipak imali financijsku dobit odnosno za vrijeme pandemije bili novčano stimulirani, dok je kod hrvatskih kolega to bilo u svega 12% slučajeva.

Uz navedene odgovore u tablici, ispitanici su imali mogućnost dopisivanja svojih opservacija vezanih uz COVID-19 koji im je donio: anksioznost, razdražljivost, manjak strpljenja, tjeskobu, fizičku i emocionalnu iscrpljenost te veliki umor, demoralizaciju, strah

za starije osobe, distanciranost s korisnicima koja je bila prisutna kod 53% ispitanika u slovenskom uzorku, financijsku nestimuliranost s obzirom na uloženi rad i trud s korisnicima oboljelim od COVID-a 19, a koja je bila evidentna u hrvatskim domovima, administrativnu obvezu vođenja velikog broja evidencija vezanih uz provođenje epidemioloških mjera, konstantno testiranje i cijepljenje uz isti broj djelatnika, općenito više administrativnog posla, više posla i manjak osoblja, nezahvalnost obitelji korisnika i nerazumijevanje skrbnika, lošu organizaciju, negativan utjecaj na privatni život i obitelj te zdravstveno ugrožavanje članova obitelji, otuđenost od prijatelja, povećanje radnog vremena i teže uvjete rada, reorganizaciju i preraspodjelu na druga radna mjesta, više radnih zadataka i veću odgovornost, učestalost rinitisa zbog konstantnog nošenja maski i nekolegijalnost. Jedina pozitivna stavka koju su naveli bila je veća povezanost s kolegama te povećana složnost.

Tablica 48: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Percepcija negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete		Hrvatska
N		240
Aritmetička sredina		2,842
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,696
	Gornja granica	2,988
Medijan		3
Varijanca		1,322
Standardna devijacija		1,150
Minimum		,00
Maksimum		5

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 48 može se vidjeti da je prosječan rezultat izražen medijanom = 3. Ispitanici su od pet ponuđenih u prosjeku zaokruživali tri negativna učinka.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 122).

Tablica 49: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije

		Percepcija učinaka COVID-a 19	Rezultat na upitniku profesionalnog sagorijevanja
Spearman's rho	Percepcija učinaka COVID-a 19	1	-,264
	p		,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 49 je vidljivo da je Spearmanov koeficijent korelacije negativan (-,264) te da postoji statistički značajna povezanost kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe između varijabli broja percipiranih negativnih učinaka zbog COVID-a 19 na radne uvjete i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja ($p = ,000$).

Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se hipoteza prema kojoj je veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan s višom razinom profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer medicinske sestre koje izražavaju izloženost većem broju stresora uz COVID-19 pokazuju manju razinu profesionalnog sagorijevanja.

H3.3 Medicinske sestre s većim brojem korisnika na jednu medicinsku sestru imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Na upitniku profesionalnog sagorijevanja broj korisnika na jednu medicinsku sestru grupiran je u pet kategorija na koje su ispitanici odgovarali, no zbog malog broja

ispitanika, prve dvije kategorije, od 1 do 5 i od 6 do 10, spojene su u jednu tako da je nastala kategorija od 1 do 10 (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 123 i 124).

Tablica 50: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Broj korisnika na jednu medicinsku sestru		1-10	11-20	21-30	Više od 30
N	N	9	30	25	176
Aritmetička sredina		2,757	2,738	2,590	2,542
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,516	2,566	2,400	2,470
	Gornja granica	2,998	2,909	2,780	2,615
Medijan		2,750	2,688	2,625	2,563
Varijanca		,098	,210	,211	,237
Standardna devijacija		,313	,458	,459	,487
Minimum		2,38	1,81	1,81	1,31
Maksimum		3,44	3,69	3,88	3,75

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 125).

Tablica 51: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru

	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	1,279	3	,426	1,881	,133
Unutar grupa	53,486	236	,227		
Ukupno	54,765	239			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 51 je vidljivo da ne postoji statistički značajna razlika između rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja između skupina ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe različitog broja korisnika po jednoj medicinskoj sestri ($p = ,133$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s većim brojem korisnika imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da bez obzira na razliku u broju korisnika koji dolaze na jednu medicinsku sestru, ona ne uvjetuje razliku u razini profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara.

H3.4 Medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 52: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Hrvatska	Vrijednost	
Osobna primanja	N	%
Manje od 3500 kn	2	100,0%
Od 3501 do 7500 kn	202	100,0%
Od 7501 do 11000 kn	35	100,0%
Od 11001 do 15000 kn	0	100,0%
Više od 15001 kn	1	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 52 je vidljiv broj medicinskih sestara i njihova osobna primanja grupirana prema određenim novčanim kategorijama u hrvatskim domovima za starije osobe.

Tablica 53: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Hrvatska	Vrijednost	
Osobna primanja	N	%
Do 7500 kn	204	100,0%
Više od 7501 kn	36	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 53 je vidljivo da su se kod hrvatskih ispitanika zbog malog broja ispitanika i potrebe daljnje statističke analize prve dvije i zadnje tri kategorije spojile te su ostale dvije kategorije osobnih primanja i to do 7500 kn i kategorija više od 7500 kn.

Tablica 54: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama osobnih primanja u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Osobna primanja		Do 7500 kn	Od 7501 kn
N		204	36
Aritmetička sredina		2,567	2,654
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,500	2,504
	Gornja granica	2,633	2,805
Medijan		2,563	2,563
Varijanca		,235	,197
Standardna devijacija		,484	,444
Minimum		1,31	1,63
Maksimum		3,88	3,44

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim

primanjima statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 126).

Tablica 55: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema osobnim primanjima kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Osobna primanja	N	M	SD	t	df	p
Do 7500 kn	36	2,655	,444			
Od 7501 kn	204	2,567	,484			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				1,017	238	,310
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				1,081	50,852	,285
Ukupno	240					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 55 je vidljivo da ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,310$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe s obzirom na različita osobna primanja. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da varijabla osobnih primanja nije povezana s varijablom profesionalnog sagorijevanja, odnosno da medicinske sestre koje imaju niža primanja neće nužno imati i veće profesionalno sagorijevanje od onih s većim primanjima.

H4 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.

Varijable su definirane kroz sljedeće skupine (sve nominalne varijable su dekodirane u odgovarajući broj dummy varijabli):

Mezovarijable:

- radni sati tjedno (dummy manje od 40 sati, dummy između 40 i 60 sati tjedno, dummy više od 60 sati tjedno, referentna kategorija 40 sati tjedno)
- vrsta ustanove (dummy)

– loši uvjeti rada (dummy).

Mikrovarijable:

– dob (dummy od 18 do 24, dummy od 25 do 33, dummy od 34 do 44, dummy od 55 do 65, referentna kategorija – od 45 do 54)

– staž (kontinuirana varijabla)

– staž na radnom mjestu (kontinuirana varijabla)

– ageizam (dummy varijabla)

– skrb o članovima obitelji (dummy varijabla)

– bračno stanje (dummy sama/ci, dummy u vezi, dummy rastavljen/a, dummy udovice/i, referentna kategorija – u braku)

– obrazovanje (dummy njegovatelj/ica, dummy bacc. medicinska sestra, dummy dipl./mag. medicinska sestra, referentna kategorija medicinska sestra).

Referentne kategorije nisu uvrštene u regresijsku analizu.

Provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

a) U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi u prvom koraku (modelu) uvedene su varijable iz skupine mezovarijabli (gore navedeno). U drugom koraku uvedene su varijable iz skupine mikrovarijabli (gore navedeno) s ciljem utvrđivanja njihovog doprinosa objašnjenju varijance zavisne varijable nakon kontrole mezovarijabli.

b) U drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi redoslijed je bio obrnut. U prvom su koraku uvedene varijable iz skupine mikrovarijabli, a u drugom koraku varijable iz skupine mezovarijabli s ciljem utvrđivanja njihovog doprinosa objašnjenju varijance zavisne varijable nakon kontrole mikrovarijabli.

Tablica 56: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te mikrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kva- drat	Prila- gođen R kva- drat	Standar. pogreška procjene	Statistika promjena				
					R kvadrat promjene	F promje- na	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,400 ^a	,160	,142	,445	,160	8,819	5	232	,000
2	,456 ^b	,208	,135	,447	,049	,886	15	217	,580
a. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy vrste ustanova, dummy loši uvjeti rada									
b. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bačno stanje udovica/ci, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy bačno stanje sama/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy bačno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, dummy staž									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 56. je vidljivo da prvi model koji čine samo mezovarijable statistički značajno (Sig. F promjena = ,000) objašnjava 14,2% varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja, dok uvođenje mikrovarijabli s dodatnih 4,9% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajno ne doprinosi poboljšanju modela (Sig. F promjena = ,580), što ide u prilog zaključku da su mezovarijable samodostatne u predikciji rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja.

U prvi su model ušle sve mezovarijable kao što je vidljivo u tablici broj 56. U model drugi ušle su sve mezo i sve mikrovarijable kao što je vidljivo u tablici broj 57, osim varijable dummy rastavljen/a koja je automatski isključena iz regresije softverskom obradom

podataka pri regresijskoj analizi jer nije statistički značajno samostalno doprinosila objašnjenju varijance zavisne varijable.

Tablica 57: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mikrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kva- drat	Prila- gođen R kvadrat	Stand. pogre- ška procjene	Statistika promjena				
					R kvadrat promje- ne	F promj ena	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,253 ^a	,064	,001	,48040	,064	1,015	15	222	,441
2	,456 ^b	,208	,135	,44694	,144	7,897	5	217	,000
a. Prediktori: (Stalni) dummy bačno stanje udovica/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bačno stanje sama/ci, dummy bačno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, dummy staž									
b. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bačno stanje udovica/ci, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy bačno stanje sama/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy bačno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, dummy staž									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 57 je vidljivo da prvi model koji čine samo mikrovarijable sa svojih 0,1% objašnjene varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja nije statistički značajan (Sig. F promjena = ,441).

Usporedba modela sa samo nezavisnim mezovarijablama i modela sa samo mikrovarijablama ukazuje da je model sa samo mezo nezavisnim varijablama statistički značajan u doprinosu objašnjenju zavisne varijable, dok model sa samo nezavisnim mikrovarijablama to nije. Dodatno, nakon kontrole mezovarijabli unikatni doprinos mikrovarijabli je statistički neznačajan, dok u obrnutoj situaciji kada se kontroliraju mikrovarijable unikatni doprinos mezovarijabli je statistički značajan.

Iz rezultata obje hijerarhijske regresijske analize i njihove usporedbe može se zaključiti da u ovom istraživanju uključene mezovarijable pokazuju veći značaj u objašnjenju varijance rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja u odnosu na uključene mikrovarijable.

H5 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.

Varijable su definirane kroz sljedeće skupine (sve nominalne varijable su dekodirane u odgovarajući broj dummy varijabli):

Mezovarijable:

- radni sati tjedno (dummy manje od 40 sati, dummy između 40 i 60 sati tjedno, dummy više od 60 sati tjedno, referentna kategorija 40 sati tjedno)
- vrsta ustanove (dummy)
- loši uvjeti rada (dummy)

Makrovarijable:

- broj korisnika na jednu medicinsku osobu (dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, referentna kategorija više od 30)
- osobna primanja (dummy do 7500 kn, dummy više od 7501 kn)
- COVID-19 stresori

Provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

a) U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi u prvom koraku uvedene su varijable iz skupine mezovarijabli, dok su u drugom koraku uvedene varijable iz skupine makrovarijabli.

b) U drugoj hijerarhijskoj analizi redoslijed je bio obrnut. U prvom su koraku uvedene varijable iz skupine makrovarijabli, a u drugom koraku varijable iz skupine mezovarijabli.

Tablica 58: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te makrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kva- drat	Prila- gođen R kvadrat	Stand. pogre- ška procjen- e	Statistika promjena				
					R kvadrat promje- ne	F promje- na	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,400 ^a	,160	,142	,445	,160	8,819	5	232	,000
2	,458 ^b	,210	,175	,437	,050	2,871	5	227	,016
a. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova									
b. Prediktori: (Stalni) broj korisnika na jednu medicinsku osobu dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, osobna primanja dummy do 7500 kn, dummy više od 7501 kn, ukupan broj COVID-19 stresora									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 58 je vidljivo da prvi model koji čine samo mezovarijable statistički značajno (Sig. F promjena = ,000) objašnjava 14,2% varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja, dok uvođenje makrovarijabli sa svojih dodatnih 5% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajno ne doprinosi poboljšanju modela (Sig. F promjena = ,016), što ide u prilog zaključku da su mezovarijable samodostatne u predikciji rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja.

Iz regresijske jednadžbe (u oba modela) nije isključena ni jedna mezo ili makrovarijabla.

Tablica 59: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim makrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

ode l	R	R kva- drat	Prila- gođen R kvadrat	Stand. pogre- ška procjene	Statistika promjena				
					R kvadrat promje- ne	F promj ena	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,316 ^a	,100	,081	,461	,100	5,154	5	232	,000
2	,458 ^b	,210	,175	,437	,110	6,303	5	227	,000
a. Prediktori: (Stalni) ukupan broj korisnika na jednu medicinsku osobu – dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, osobna primanja dummy do 7500 kn, dummy više od 7501 kn, ukupan broj COVID-19 stresora									
b. Prediktori: (Stalni) broj korisnika na jednu medicinsku osobu dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, osobna primanja dummy do 7500 kn, dummy više od 7501 kn, dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 59 je vidljivo da prvi model koji čine samo makrovarijable objašnjava statistički značajno (Sig. F change = ,000) varijancu rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja sa svojih 8,1%, dok uvođenje mezovarijabli u regresijsku jednadžbu statistički značajno (Sig. F change = ,000) povećava postotak objašnjene varijance zavisne varijable za dodatnih 11%.

Iz regresijske jednadžbe nije isključena ni jedna nezavisna varijabla u oba modela.

Uspoređujući količinu varijance varijable profesionalnog sagorijevanja objašnjenu makro odnosno mezovarijablama u obje regresijske analize, može se zaključiti da iako obje skupine statistički značajno samostalno doprinose objašnjenju varijance profesionalnog sagorijevanja, uočljivo je da mezovarijable ipak imaju relativno veći samostalni doprinos objašnjenju varijance profesionalnog sagorijevanja od makrovarijabli, te možemo reći da je hipoteza potvrđena.

3.4.2 Deskriptivne i inferencijalne statističke analize rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Tablica 60: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Profesionalno sagorijevanje		Statistika
Aritmetička sredina		2,592
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,530
	Gornja granica	2,653
Medijan		2,563
Varijanca		,192
Standardna devijacija		,438
Minimum		1,19
Maksimum		3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultat Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja se statistički značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 127).

Tablica 61: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kliničkim kategorijama u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Profesionalno sagorijevanje	Frekvencija (N)	Postotak %
Nisko	3	2%
Srednje	98	50%
Visoko	95	48%
Ukupno	196	100%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 61 je vidljivo da točno polovina ispitanika 50%, dakle 98 medicinskih sestara u slovenskim domovima za starije osobe ulazi u kliničku kategoriju srednjeg intenziteta

profesionalnog sagorijevanja, dok 48,5% ispitanika, odnosno 95 osoba u kliničku kategoriju visoke razine profesionalnog sagorijevanja što iznosi gotovo drugu polovinu ispitivanog uzorka. Evidentno je da od cijelog uzorka od 196 osoba, samo njih tri, što iznosi 1,5% ispitanika, pripada kliničkoj kategoriji niskog intenziteta. Dobiveni rezultati identični su rezultatima hrvatskih ispitanika što znači da sve medicinske sestre koje su sudjelovale u ispitivanju imaju sindrom profesionalnog sagorijevanja.

HIPOTEZE:

H1 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama.

H 1.1 Medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 62: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Dobne skupine		18-24	25-33	34-44	45-54	55-65
N		16	53	49	53	25
Aritmetička sredina		2,449	2,461	2,710	2,630	2,645
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,164	2,343	2,566	2,523	2,534
	Gornja granica	2,734	2,579	2,855	2,736	2,756
Medijan		2,344	2,438	2,688	2,625	2,688
Varijanca		,286	,183	,253	,148	,072
Standardna devijacija		,535	,428	,503	,384	,269
Minimum		1,19	1,56	1,38	1,81	2,13
Maksimum		3,31	3,81	3,81	3,44	3,06

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim

skupinama statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 127).

Tablica 63: Rezultati ANOVA testa testiranja rezultata ispitanika različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije na upitniku profesionalnog sagorijevanja

	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	2,068	4	,517	2,789	,028
Unutar grupa	35,404	191	,185		
Ukupno	37,472	195			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 63 je vidljivo da se kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe ispitanici iz različitih dobnih skupina prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno razlikuju ($p = ,028$).

Tablica 64: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih dobnih skupina u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (Bonferroni post hoc test)

Višestruke usporedbe – Bonferroni test							
Zavisne varijable – profesionalno sagorijevanje rezultat							
	(I) Dob	(J) Dob	Aritm. sredina razlike (I-J)	Stand. pogreška	p	95% interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
	Od 18 do 24	Od 25 do 33	-,012	,123	1,00	-,361	,337
		Od 34 do 44	-,261	,124	,364	-,613	,091
		Od 45 do 54	-,181	,123	1,00	-,529	,168
		Od 55 do 65	-,196	,138	1,00	-,587	,196

	Od 25 do 33	Od 18 do 24	,012	,123	1,00	-,337	,361
		Od 34 do 44	-,249*	,085	,039	-,492	-,007
		Od 45 do 54	-,169	,084	,452	-,4062	,069
		Od 55 do 65	-,184	,104	,799	-,481	,113
	Od 34 do 44	Od 18 do 24	,261	,124	,364	-,091	,613
		Od 25 do 33	,249*	,085	,039	,007	,492
		Od 45 do 54	,081	,085	1,00	-,162	,323
		Od 55 do 65	,065	,106	1,00	-,235	,366
	Od 45 do 54	Od 18 do 24	,181	,123	1,00	-,168	,529
		Od 25 do 33	,169	,084	,452	-,069	,406
		Od 34 do 44	-,081	,085	1,00	-,323	,162
		Od 55 do 65	-,015	,104	1,00	-,312	,281
	Od 55 do 65	Od 18 do 24	,196	,138	1,00	-,196	,587
		Od 25 do 33	,184	,104	,799	-,113	,480
		Od 34 do 44	-,065	,106	1,00	-,366	,235
		Od 45 do 54	,015	,104	1,00	-,281	,312

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 64 je vidljivo da se kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe ispitanici iz različitih dobnih skupina prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno razlikuju samo između dvije dobne skupine: 25 – 33 godine i 34 – 44 godine ($p = ,039$), u smjeru da veći rezultat postiže skupina 34 – 44 godine. Između svih ostalih skupina nema razlike s obzirom na rezultat na upitniku profesionalnog sagorijevanja. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi.

H 1.2 Medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 65: Deskriptivna statistika varijable radnog staža ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Radni staž		Statistika
Aritmetička sredina		17,583
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	15,831
	Gornja granica	19,335
Medijan		15,000
Varijanca		154,682
Standardna devijacija		12,437
Minimum		,25
Maksimum		43,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 65 je vidljivo da je prosječni staž ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe 15 godina, najkraći je 3 mjeseca (0,25 godina), a najduži je 43 godine.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijabli radnog staža ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe (N = 196) statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 128).

Tablica 66: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije između varijable dužine radnog staža i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

	Radni staž	Rezultat na upitniku profesionalnog sagorijevanja
Spearman's rho - Radni staž	1	,165
P		,021

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 66 je vidljivo da postoji statistički značajna povezanost kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe između dužine radnog staža i rezultata na upitniku

profesionalnog sagorijevanja ($p = ,021$). Ona je pozitivna, ali neznatna jer je koeficijent korelacije = $(,165)$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, statistički i tehnički gledano može potvrditi, ali realno je ta povezanost zaista neznatna tako da se može zaključiti da medicinske sestre koje imaju duži radni staž ne iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na ostale kolegice s kojima rade.

H1.3 Medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 67: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema razini obrazovanja u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Razina obrazovanja		Njegovatelj	SSS	Bacc. med. techn.	Dipl. med. techn.	Ostali
N		29	77	74	5	11
Aritmetička sredina		2,526	2,554	2,664	2,938	2,381
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,386	2,461	2,561	2,538	1,935
	Gornja granica	2,666	2,648	2,767	3,337	2,827
Medijan		2,563	2,563	2,656	2,938	2,500
Varijanca		,135	,168	,197	,104	,441
Standardna devijacija		,368	,410	,444	,322	,664
Minimum		1,63	1,69	1,38	2,44	1,19
Maksimum		3,31	3,81	3,81	3,25	3,25

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli razine obrazovanja statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 129).

Tablica 68: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika između različitih razina obrazovanja u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	1,706	4	,426	2,277	,062
Unutar grupe	35,766	191	,187		
Ukupno	37,472	195			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 68 je vidljivo da se kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe ispitanici različitih razina obrazovanja prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno ne razlikuju ($p = ,062$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da hipoteza prema kojoj se medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju po razini profesionalnog sagorijevanja nije potvrđena, jer bez obzira na razinu obrazovanja medicinskih sestara, obrazovanje u ovom istraživanju nije varijabla koja je povezana s varijablom profesionalnog sagorijevanja.

H1.4 Medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 69: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema varijabli ageizma u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Ageizam		DA	NE
N		4	192
Aritmetička sredina		2,063	2,603
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	,911	2,542
	Gornja granica	3,214	2,663
Medijan		2,188	2,563
Varijanca		,523	,182
Standardna devijacija		,723	,427
Minimum		1,19	1,38
Maksimum		2,69	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli ageizma statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 130).

Iako su po Shapiro-Wilk testu distribucije normalne pa bi dalje slijedio parametrijski t-test, broj medicinskih sestara s ageizmom je ekstremno nizak (N = 4), stoga se primijenio neparametrijski Mann-Whitney test.

Tablica 70: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike rezultata ispitanika koji iskazuju ageizam i onih koji to ne čine u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Ageizam	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Da	4	57,75	231,00	Mann-Whitney U	221,000
Ne	192	99,35	19075,00	Wilcoxon W	231,000
Total	196			P	,146

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 70 je vidljivo da kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe nisu utvrđene statistički značajne razlike ($p = ,146$) između rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika koji iskazuju i onih koji ne iskazuju ageistično ponašanje. Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer se medicinske sestre i njegovateljice koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima u domu za starije i nemoćne osobe ne razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja u odnosu na kolegice koje ne pokazuju ageistično ponašanje.

H1.5 Medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 71: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika koji u kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Skrb za dijete s posebnim potrebama ili starijim osobama		DA	NE
N		25	171
Aritmetička sredina		2,560	2,596
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,401	2,529
	Gornja granica	2,719	2,664
Medijan		2,500	2,563
Varijanca		,149	,199
Standardna devijacija		,385	,446
Minimum		1,81	1,19
Maksimum		3,25	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli skrbi za člana obitelji, statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 131).

Tablica 72: Rezultati t-testa usporedbe rezultata između ispitanika koji skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji i onih koji to ne čine u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Skrb o članu obitelji	N	M	SD	t	df	p
Ne skrbe	171	2,596	,446			
Skrbe	25	2,560	,385			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				,384	194	,701
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				,428	34,148	,671
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 72 je vidljivo da kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji provode skrb o nekom članu obitelji i onih koji ne provode skrb, ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,701$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, ne može potvrditi, jer medicinske sestre i njegovateljice koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi ne iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na ostale kolegice koje nemaju takvu situaciju gdje moraju kući o nekome skrbiti.

H 1.6 Medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 73. Deskriptivna statistika rezultata ispitanika različitog bračnog statusa u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Bračni status		Sam/a	Udana/ Oženjen	U vezi	Rasta- vljen/a	Udovac/ ica
N		21	86	76	9	4
Aritmetička sredina		2,438	2,602	2,603	2,750	2,609
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,281	2,518	2,487	2,407	2,099
	Gornja granica	2,594	2,686	2,719	3,093	3,119
Medijan		2,500	2,563	2,625	2,688	2,656
Varijanca		,119	,154	,258	,199	,103
Standardna devijacija		,345	,393	,508	,446	,320
Minimum		1,63	1,38	1,19	2,13	2,19
Maksimum		3,19	3,81	3,81	3,25	2,94

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 132).

Tablica 74: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status

	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	,744	4	,186	,967	,427
Unutar grupe	36,728	191	,192		
Ukupno	37,472	195			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 74 je vidljivo da se kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe ispitanici različitog bračnog statusa prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno ne razlikuju ($p = ,427$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj se medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer bez obzira na bračni status, bile one same, udane, u vezi, rastavljene ili udovice, nema razlike u razini profesionalnog sagorijevanja.

H2 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima.

H2.1 Medicinske sestre različitog broja radnih sati tjedno razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 75: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama radnih sati tjedno u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Radni sati tjedno		Ispod 40	40 sati	Više od 40 manje od 60	Više od 60
N		8	90	91	7
Aritmetička sredina		2,563	2,680	2,510	2,545
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,264	2,594	2,420	1,857
	Gornja granica	2,861	2,766	2,601	3,232
Medijan		2,563	2,688	2,503	2,500
Varijanca		,127	,168	2,563	,553
Standardna devijacija		,357	,409	,189	,744
Minimum		2,19	1,38	,435	2,545
Maksimum		3,19	3,81	1,56	1,857

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno ($N = 196$) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 133).

Tablica 76: Rezultati ANOVA testa testiranja razlika rezultata između skupina ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Radni sati tjedno	Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	p
Između grupa	1,325	3	,442	2,346	,074
Unutar grupe	36,147	192	,188		
Ukupno	37,472	195			

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 76 je vidljivo da se kod ispitanika različitog broja radnih sati tjedno u slovenskim domovima za starije osobe rezultati na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajno ne razlikuju ($p = ,074$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj se medicinske sestre koje rade prekovremeno razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer bez obzira je li medicinske sestre rade 40 sati kako je zakonom predviđeno ili prekovremeno, istraživanje je pokazalo da nema razlike u razini profesionalnog sagorijevanja.

H 2.2 Medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 77: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema vrsti ustanova u kojima rade u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Vrsta ustanove		Državni	Privatni
N		116	80
Aritmetička sredina		2,605	2,572
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,523	2,477
	Gornja		
	granica	2,687	2,667
Medijan		2,625	2,500
Varijanca		,200	,182
Standardna devijacija		,448	,426
Minimum		1,19	1,69
Maksimum		3,81	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 134).

Tablica 78: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema vrsti ustanove u kojoj rade u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Ustanove	N	M	SD	t	df	p
Državni dom	80	2,572	,426			
Privatni dom	116	2,605	,448			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				-,520	194	,604
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				-,525	175,202	,600
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 78 je vidljivo da ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,604$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe s obzirom na vrstu ustanove u kojoj rade. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da medicinske sestre u privatnim domovima nemaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja u odnosu na one koje rade u državnim domovima.

H 2.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 79: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo uvjetima rada		DA	NE
N		79	117
Aritmetička sredina		2,400	2,721
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,299	2,651
	Gornja		
	granica	2,502	2,790
Medijan		2,438	2,688
Varijanca		,205	,143
Standardna devijacija		,453	,378
Minimum		1,19	1,81
Maksimum		3,50	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada (N = 196) statistički se značajno razlikuje od normalne raspodjele kod skupine koja ne iskazuje nezadovoljstvo uvjetima rada (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 135).

Tablica 80: Rezultati Mann-Whitneyevog testa testiranja razlike između rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika prema nezadovoljstvu uvjetima rada

Nezadovoljstvo uvjetima rada	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova		
Da	79	73,92	5840,00	Mann-Whitney U	2680,000
Ne	117	115,09	13466,00	Wilcoxon W	5840,000
Ukupno	196			p	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 80 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe s obzirom na nezadovoljstvo uvjetima rada i to u smjeru da medicinske sestre koje ne iskazuju nezadovoljstvo ($M = 115,09$) postižu značajno više rezultate na upitniku profesionalnog sagorijevanja od onih koje iskazuju nezadovoljstvo uvjetima rada ($M = 73,92$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može se potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo one koje ne izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.1 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 81: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima		DA	NE
N		101	95
Aritmetička sredina		2,601	2,582
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,510	2,497
	Gornja		
	granica	2,692	2,666
Medijan		2,563	2,563
Varijanca		,212	,173
Standardna devijacija		,460	,416
Minimum		1,19	1,63
Maksimum		3,81	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 136).

Tablica 82: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima	N	M	SD	t	df	p
DA	101	2,601	,460			
NE	95	2,582	,416			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				-,307	194	,759
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				-,308	193,690	,758
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 82 je vidljivo da ne postoji statistički značajna razlika ($p = ,759$) u rezultatima s obzirom na međuljudske odnose na poslu kod ispitanika u slovenskim domovima za starije na upitniku profesionalnog sagorijevanja. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo one koje ne izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H2.3.2 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja

Tablica 83:. Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima		DA	NE
N		52	144
Aritmetička sredina		2,433	2,649
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,301	2,581
	Gornja granica	2,565	2,717
Medijan		2,469	2,625
Varijanca		,225	,169
Standardna devijacija		,474	,411
Minimum		1,19	1,69
Maksimum		3,50	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog neslaganja s nadređenima (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 137).

Tablica 84: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema neslaganju s nadređenima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima	N	M	SD	t	df	p
DA	52	2,433	,474			
NE	144	2,649	,411			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				3,115	194	,002
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				2,914	80,365	,005
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 84 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,002$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo kod neslaganja s nadređenima i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,649$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo aritmetička sredina iznosi $M = 2,433$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo one koje ne izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima na poslu i drže to nezadovoljstvo u sebi, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H 2.3.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 85: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo složenošću posla		DA	NE
N		50	146
Aritmetička sredina		2,344	2,676
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,234	2,607
	Gornja granica	2,453	2,746
Medijan		2,375	2,688
Varijanca		,148	,180
Standardna devijacija		,385	,424
Minimum		1,19	1,38
Maksimum		3,25	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog složenosti posla (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 138).

Tablica 86: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji složenosti posla u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo složenošću posla	N	M	SD	t	df	p
DA	50	2,344	,385			
NE	146	2,676	,424			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				4,896	194	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				5,137	92,873	,000
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 86 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo složenošću posla i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,676$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo $M = 2,344$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da upravo oni koje ne izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla na radnom mjestu potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

H 2.3.4 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 87: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad		DA	NE
N		59	137
Aritmetička sredina		2,354	2,694
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,244	2,625
	Gornja		
	granica	2,463	2,763
Medijan		2,313	2,688
Varijanca		,177	,165
Standardna devijacija		,420	,406
Minimum		1,19	1,56
Maksimum		3,25	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu zbog nedostatka sredstava za rad (N = 196) statistički se značajno ne razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 139).

Tablica 88: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka sredstava za rad u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad	N	M	SD	t	df	p
DA	59	2,354	,420			
NE	137	2,694	,406			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				5,319	194	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				5,247	106,659	,000
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 88 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad i onih koji to ne čine, i to u smjeru da više rezultate na upitniku postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,694$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo aritmetička sredina iznosi $M = 2,354$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi.

H2.3.5 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 89: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema nezadovoljstvu zbog izostanka pohvala i nagrada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada		DA	NE
N		116	80
Aritmetička sredina		2,462	2,780
95% interval pouzdanosti	Donja		
aritmetičke sredine	granica	2,390	2,682
	Gornja granica	2,534	2,877
Medijan		2,500	2,781
Varijanca		,152	,192
Standardna devijacija		,390	,438
Minimum		1,19	1,56
Maksimum		3,44	3,81

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada (N = 196) statistički se značajno ne razlikuje od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 140).

Tablica 90: Rezultati t-testa usporedbe rezultata ispitanika prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada	N	M	SD	t	df	p
DA	116	2,462	,390			
NE	80	2,780	,438			
Pretpostavlja se jednaka varijanca				5,330	194	,000
Ne pretpostavlja se jednaka varijanca				5,217	156,708	,000
Ukupno	196					

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 90 je vidljivo da postoji statistički značajna razlika ($p = ,000$) u rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada, i to u smjeru da više rezultate na upitniku postiže skupina koja ne izražava nezadovoljstvo gdje je $M = 2,780$, dok kod skupine koja izražava nezadovoljstvo iznosi $M = 2,462$. Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi.

H3 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makro faktorima na nivou država.

H3.1 Medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju niže profesionalno sagorijevanje.

Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u slovenskim i hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u državama Sloveniji i

Hrvatskoj (N = 436), rezultati t-testa te rezultati Hi-kvadrat testa nalaze se na stranicama (103–105) ovog rada sa statističkim podacima za obje države.

Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u slovenskim i hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali otuđenosti („disengagement“) nalazi se na stranicama (106–109) ovog rada sa statističkim podacima za obje države.

Deskriptivna statistika rezultata ispitanika u slovenskim i hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali iscrpljenosti („exhaustion“) nalazi se na stranicama od (110 – 113) ovog rada sa statističkim podacima za obje države.

H3.2 Veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan je s višom razinom profesionalnog sagorijevanja.

Tablica s odgovorima ispitanika na skupinu pitanja o nezadovoljstvu na poslu i utjecaju pandemije COVID-a 19 za Sloveniju nalazi se zajedno s odgovorima hrvatskih ispitanika na stranicama (114 – 116) ovoga rada.

Tablica 91: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Percepcija negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete		Slovenija
N		196
Aritmetička sredina		3,204
95% interval pouzdanosti	Donja	3,046
aritmetičke sredine	granica	
	Gornja granica	3,362
Medijan		3
Varijanca		1,261
Standardna devijacija		1,123
Minimum		,00
Maksimum		5

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 91 može se vidjeti da je prosječan rezultat izražen medijanom = 3. Ispitanici su od pet ponuđenih u prosjeku zaokruživali tri negativna učinka.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 142).

Tablica 92: Rezultati Spearmanovog neparametrijskog testa korelacije

		Percepcija učinaka COVID-a 19	Rezultat na upitniku profesionalnog sagorijevanja
Spearman's rho	Percepcija učinaka COVID-a 19	1	-,243
	p		,001

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 92 je vidljivo da postoji statistički značajna povezanost između varijabli prosječnog broja percipiranih negativnih učinaka zbog COVID-a 19 na radne uvjete i rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja ($p = ,001$) kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe, ali je Spearmanov koeficijent korelacije slab, neznan i negativan (-,243). Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se hipoteza prema kojoj je veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan s višom razinom profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer je istraživanje pokazalo da varijable negativnih učinaka COVID-a 19 kao što su stres, emocionalna iscrpljenost, duže radno vrijeme, smjenski rad i distanciranost s kolegama nisu povezane s profesionalnim sagorijevanjem.

H3.3 Medicinske sestre s većim brojem korisnika na jednu medicinsku sestru imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Na upitniku profesionalnog sagorijevanja broj korisnika na jednu medicinsku sestru grupiran je u pet kategorija na koje su ispitanici odgovarali, no zbog malog broja ispitanika prve dvije kategorije, 1 – 5 i 6 – 10, spojene su u jednu tako da je nastala kategorija 1 – 10 (Tablica 143 a i b prikaza u prilogu).

Tablica 93: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Broj korisnika na jednu medicinsku sestru		1–10	11–20	21–30	Više od 30
N		8	14	33	141
Aritmetička sredina		3,750	3,357	3,121	3,177
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,776	2,733	2,748	2,987
	Gornja granica	4,724	3,982	3,495	3,367
Medijan		3,500	3,500	3,0000	3,000
Varijanca		1,357	1,170	1,110	1,304
Standardna devijacija		1,165	1,082	1,053	1,142
Minimum		2,00	2,00	1,00	,00
Maksimum		5,00	5,00	5,00	5,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku osobu statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 144).

Tablica 94: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Broj korisnika na jednu MO	N	Aritmetička sredina rangova		
Od 1 do 10	8	78,31		
Od 11 do 20	14	90,82		
Od 21 do 30	33	91,56	Kruskal-Wallis H	2,316
Više od 30	141	102,03	df	3
Ukupno	196		p	,509

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 94 je vidljivo da nisu utvrđene statistički značajne razlike između ispitanika prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja ($p = ,509$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s većim brojem korisnika imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da bez obzira na razliku u broju korisnika koji dolaze na jednu medicinsku sestru, ona ne uvjetuje razliku u razini profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara.

H3.4 Medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 95: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Osobna primanja	Vrijednost	
	N	Postotak
Do 500€	0	100,0%
Od 500 do 1000 €	48	100,0%
Od 1001 do 1500 €	110	100,0%
Od 1501 do 2000 €	25	100,0%
Više od 2000 €	1	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 95 je vidljiv broj medicinskih sestara i njihova osobna primanja grupirana prema određenim novčanim kategorijama u slovenskim domovima za starije osobe.

Tablica 96: Prikaz osobnih primanja prema novčanim kategorijama te broju ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Slovenija		Vrijednost	
Osobna primanja	N	Postotak	
Od 500 do 1000 €	48	100,0%	
Od 1001 do 1500 €	110	100,0%	
Od 1501 i više	26	100,0%	
Ukupno	184	100,0%	

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 96 je vidljivo da su se kod slovenskih ispitanika zbog malog broja ispitanika i potrebe daljnje statističke analize spojile prve i zadnje dvije kategorije, te su ostale tri novčane kategorije osobnih primanja, dok 12 ispitanika nije odgovorilo na ovo pitanje.

Tablica 97: Deskriptivna statistika rezultata ispitanika prema kategorijama osobnih primanja u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 196)

Osobna primanja		Od 500 do 1000 €	Od 1001 do 1500 €	Od 1501 do 2000 €
N		48	110	26
Aritmetička sredina		2,979	3,218	3,846
95% interval pouzdanosti aritmetičke sredine	Donja granica	2,638	3,014	3,439
	Gornja granica	3,321	3,422	4,253
Medijan		3,000	3,000	4,000
Varijanca		1,383	1,163	1,015
Standardna devijacija		1,176	1,078	1,007
Minimum		,00	,00	2,00
Maksimum		5,00	5,00	5,00

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim primanjima statistički se značajno razlikuju od normalne raspodjele (potpuni prikaz i rezultati u prilogu – Tablica 145).

Tablica 98: Rezultati Kruskal-Wallisovog testa testiranja razlika rezultata ispitanika prema osobnim primanjima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Osobna primanja	N	Aritmetička sredina rangova		
Od 500 do 1000 €	48	84,31		
Od 1001 do 1500 €	110	93,93	Kruskal-Wallis H	1,974
Od 1501 i više	26	101,58	df	2
Ukupno	184		P	,373

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 98 je vidljivo da nisu utvrđene statistički značajne razlike između ispitanika prema osobnim primanjima u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja ($p = ,373$). Dobiveni rezultati upućuju na zaključak da se hipoteza prema kojoj medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja ne može potvrditi, jer istraživanje pokazuje da medicinske sestre koje imaju niža primanja neće nužno imati i veće profesionalno sagorijevanje od onih s većim primanjima.

H 4 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.

Varijable su definirane kroz sljedeće skupine (sve nominalne varijable su dekodirane u odgovarajući broj dummy varijabli):

Mezovarijable:

- radni sati tjedno (dummy manje od 40 sati, dummy između 40 i 60 sati tjedno, dummy više od 60 sati tjedno, referentna kategorija 40 sati tjedno)
- vrsta ustanove (dummy)
- loši uvjeti rada (dummy)

Mikrovarijable:

- dob (dummy od 18 do 24, dummy od 25 do 33, dummy od 34 do 44, dummy od 55 do 65, referentna kategorija – od 45 do 54)
- staž (kontinuirana varijabla)
- staž na radnom mjestu (kontinuirana varijabla)
- ageizam (dummy varijabla)
- skrb o članovima obitelji (dummy varijabla)

- bračno stanje (dummy sama/ci, dummy u vezi, dummy rastavljena/i, dummy udovice/i, referentna kategorija – u braku)
- obrazovanje (dummy njegovatelj/ica, dummy bacc. medicinska sestra, dummy dipl./mag. medicinska sestra, referentna kategorija medicinska sestra).

Referentne kategorije nisu uvrštene u regresijsku analizu.

Provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

a) U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi u prvom koraku (modelu) uvedene su varijable iz skupine mezovarijabli (gore navedeno). U drugom koraku uvedene su varijable iz skupine mikrovarijabli (gore navedeno) s ciljem utvrđivanja njihovog doprinosa objašnjenju varijance zavisne varijable nakon kontrole mezovarijabli.

b) U drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi redoslijed je bio obrnut. U prvom su koraku uvedene varijable iz skupine mikrovarijabli, a u drugom koraku varijable iz skupine mezovarijabli s ciljem utvrđivanja njihovog doprinosa objašnjenju varijance zavisne varijable nakon kontrole mikrovarijabli.

Tablica 99: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te mikrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kvadrat	Prila-goden R kva-drat	Standar. pogreška procjene	Promjena statistike				
					R kvadrat promjene	F Promje-na	df1	df2	Sig. F promje-na
1	,390 ^a	,152	,129	,40902	,152	6,796	5	190	,000
2	,473 ^b	,224	,135	,40768	,072	1,084	15	175	,375
a. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy vrste ustanova, dummy loši uvjeti rada									
b. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bračno stanje udovica/ci, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy bračno stanje sama/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy bračno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, dummy staž									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz Tablice 99 je vidljivo da prvi model koji čine samo mezovarijable statistički značajno (Sig. F promjena = ,000) objašnjava 12,9% varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja, dok uvođenje mikrovarijabli s dodatnih 7,2% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajno ne doprinosi poboljšanju modela (Sig. F promjena = ,375), što ide u prilog zaključku da su mezovarijable samodostatne u predikciji rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja.

U prvi su model ušle sve mezovarijable kao što je vidljivo u tablici broj 99. U drugi su model ušle sve mezo i mikrovarijable kao što je vidljivo u tablici broj 100.

Tablica 100: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mikrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kvadrat	Prila- gođen R kva- drat	Standar. pogreška procjene	Promjena statistike				
					R kvadrat promje- ne	F Promje- na	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,369 ^a	,136	,064	,424	,136	1,889	15	180	,027
2	,473 ^b	,224	,135	,408	,088	3,959	5	175	,002
a. Prediktori: (Stalni) dummy bračno stanje udovica/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bračno stanje, dummy sama/ci, dummy bračno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, staž									
b. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, dummy skrb o članovima obitelji, dummy bračno stanje udovica/ci, dummy dob od 18 do 24, dummy dob od 25 do 33, dummy dob od 34 do 44, dummy dob od 55 do 65, dummy obrazovanje njegovatelj/ica, dummy obrazovanje bacc. medicinska sestra, dummy obrazovanje dipl./mag. medicinska sestra, dummy bračno stanje sama/ci, dummy obrazovanje ostalo, dummy ageizam, dummy bračno stanje u vezi, dummy staž na radnom mjestu, dummy staž									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz Tablice 100 je vidljivo da je prvi model koji čine samo mikrovarijable sa svojih 6,4% objašnjene varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja statistički značajan (Sig. F promjena = ,027), a također i uvođenje mezovarijabli sa svojih dodatnih 8,8% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajno doprinosi poboljšanju modela (Sig. F promjena = ,002).

Usporedba modela sa samo nezavisnim mezovarijablama i modela sa samo mikrovarijablama ukazuje da je model sa samo nezavisnim mezovarijablama statistički značajan u doprinosu objašnjenju zavisne varijable sa svojih 12,9%, dok model sa samo nezavisnim mikrovarijablama objašnjava tek 6,4% varijance. Iz ovakve usporedbe proizlazi da mezovarijable objašnjavaju relativno veći postotak zavisne varijable u odnosu na mikrovarijable. Dodatno, nakon kontrole mezovarijabli unikatni doprinos mikrovarijabli je statistički neznačajan (Sig. F promjena = ,375), dok u obrnutoj situaciji kada se kontroliraju mikrovarijable unikatni doprinos mezovarijabli je statistički značajan (Sig.F promjena = ,002) sa svojih 8,8% objašnjene varijance zavisne varijable.

Iz rezultata obje hijerarhijske regresijske analize i njihove usporedbe može se zaključiti da u ovom istraživanju uključene mezovarijable pokazuju veći značaj u objašnjenju varijance rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja u odnosu na uključene mikrovarijable čime se hipoteza može potvrditi.

H5 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.

Varijable su definirane kroz sljedeće skupine (sve nominalne varijable su dekodirane u odgovarajući broj dummy varijabli):

Mezovarijable:

- radni sati tjedno (dummy manje od 40 sati, dummy između 40 i 60 sati tjedno, dummy više od 60 sati tjedno, referentna kategorija 40 sati tjedno)
- vrsta ustanove (dummy)
- loši uvjeti rada (dummy)

Makrovarijable:

- broj korisnika na jednu medicinsku sestru (dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, referentna kategorija više od 30)
- osobna primanja (dummy 500 € – 1.000 €, dummy više od 1.501 € – 2.000 €, referentna kategorija 1.001 € – 1.500 €)
- COVID-19 stresori.

Provedene su dvije hijerarhijske regresijske analize.

a) U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi u prvom koraku uvedene su varijable iz skupine mezovarijabli, dok su u drugom koraku uvedene varijable iz skupine makrovarijabli.

b) U drugoj hijerarhijskoj analizi redosljed je bio obrnut. U prvom su koraku uvedene varijable iz skupine makrovarijabli, a u drugom koraku varijable iz skupine mezovarijabli.

Tablica 101: Rezultati prve hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim mezovarijablama u prvom te makrovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kvadrat	Prila- gođen R kva- drat	Standar. pogreška procjene	Promjena statistike				
					R kvadrat promjene	F Promje- na	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,361 ^a	,131	,106	,415	,131	5,348	5	178	,000
2	,401 ^b	,161	,113	,414	,031	1,259	5	173	,284
a. Prediktori: (Stalni) dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova									
b. Prediktori: (Stalni) broj korisnika na jednu medicinsku osobu – dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova, osobna primanja dummy 500 € – 1.000 €, dummy više od 1.501 € – 2.000 €, ukupan broj COVID-19 stresora									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 101 je vidljivo da prvi model koji čine samo mezovarijable statistički značajno (Sig. F promjena = ,000) objašnjava 10,6% varijance zavisne varijable rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja, dok uvođenje makrovarijabli s dodatnih 3,1% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajno ne doprinosi poboljšanju modela (Sig. F promjena = ,284).

Nakon kontrole mezovarijabli, makrovarijable samostalno ne doprinose statistički značajno objašnjenju preostale varijance varijable profesionalnog sagorijevanja, što ide u prilog zaključku da su mezovarijable samodostatne u predikciji rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja.

Iz regresijske jednadžbe (u oba modela) nije isključena ni jedna mezo ili makrovarijabla.

Tablica 102: Rezultati druge hijerarhijske regresijske analize s nezavisnim makrovarijablama u prvom te mezovarijablama u drugom koraku i rezultatima na upitniku profesionalnog sagorijevanja kao zavisnom varijablom kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Mo del	R	R kvadrat	Prila- gođen R kva- drat	Standar. pogreška procjene	Promjena statistike				
					R kvadrat promjene	F Promje- na	df1	df2	Sig. F promje- na
1	,316 ^a	,100	,081	,461	,100	5,154	5	232	,000
2	,458 ^b	,210	,175	,437	,110	6,303	5	227	,000
a. Prediktori: (Stalni) broj korisnika na jednu medicinsku osobu – dummy od 1 do 10, dummy od 11 do 20, dummy od 21 do 30, osobna primanja dummy 500 € – 1.000 €, dummy više od 1.501 € – 2.000 €, ukupan broj COVID-19 stresora									
b. Prediktori: (Stalni) osobna primanja dummy 500 € – 1.000 €, dummy više od 1.501 € – 2.000 €, broj korisnika na 1 medicinsku osobu – dummy od 1 do 10, dummy y od 11 do 20, dummy od 21 do 30, dummy radni sati tjedno više od 60, dummy radni sati tjedno ispod 40, dummy radni sati tjedno od 40 do 60, dummy loši uvjeti rada, dummy vrste ustanova									

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 102 je vidljivo da je prvi model koji čine samo makrovarijable s 8% objašnjene varijance zavisne varijable statistički značajan (Sig. F promjena = ,000), dok uvođenje mezovarijabli u regresijsku jednadžbu dodatno statistički značajno (Sig. F promjena = ,000) povećava postotak objašnjene varijance zavisne varijable za još 11%.

Iz regresijske jednadžbe nije isključena ni jedna nezavisna varijabla u oba modela.

Dakle, temeljem rezultata obiju hijerarhijskih regresijskih analiza i njihove usporedbe u prvom redu rezultata po kojem:

- nakon kontrole mezovarijabli, makrovarijable ne uspijevaju dodatno statistički značajno u objašnjenju varijance zavisne varijable,
- dok nakon kontrole makrovarijabli, mezovarijable uspijevaju statistički značajno u objašnjenju varijance zavisne varijable,

može se zaključiti da mezovarijable uključene u ovo istraživanje pokazuju veći značaj u samostalnom objašnjenju varijance varijable profesionalnog sagorijevanja u odnosu na makrovarijable te se može reći da je hipoteza potvrđena.

3.4.3 Usporedbe dobivenih rezultata ispitanika iz Hrvatske i ispitanika iz Slovenije prema hipotezama

Tablica 103: Usporedba rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema hipotezama

HIPOTEZA	Hrvatska	Slovenija
H1 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.1 Medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.2 Medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.3 Medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.4 Medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.5 Medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H1.6 Medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.1 Medicinske sestre različitog broja radnih sati tjedno razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena

H2.2 Medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3.1 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3.2 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3.3 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3.4 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H2.3.5 Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo izostankom pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H3 Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makrofaktorima na nivou država.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H3.1 Medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H3.2 Veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan je s višom razinom profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H3.3 Medicinske sestre s većim brojem korisnika po jednoj medicinskoj sestri imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena
H3.4 Medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja.	Nije potvrđena	Nije potvrđena

H4 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.	Potvrđena	Potvrđena
H5 Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.	Potvrđena	Potvrđena

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 103 može se zaključiti da prva, druga i treća hipoteza, kao i podhipoteze, nisu potvrđene ni kod hrvatskih ni kod slovenskih domova za starije osobe, dok su četvrta i peta potvrđene.

Vezano uz istraživanje i dobivene rezultate, treba se naglasiti da je ovo istraživanje provedeno u vrijeme trajanja pandemije COVID-19 kada su bili najnepovoljniji trenutci za provođenje bilo kakvih vrsta ispitivanja. Svi domovi za starije osobe u obje države bili su u potpunosti blokirani za posjete vanjskih posjetitelja tako da se ispitivanje moglo provoditi isključivo online. Sama distribucija linka s upitnikom ovisila je o osobi (ravnateljica doma ili glavna medicinska sestra/tehničar) koja bi kolegama u kolektivu prosljedila ili ne bi prosljedila link s molbom da ga djelatnici ispune. Djelatnici su dobrovoljno ispunjavali upitnik, što znači da je uzorak prigodan i da su sudjelovali dobrovoljci u vrijeme gdje je puno kadra bilo na bolovanju i u izolaciji, dakle s malim brojem djelatnika u smjeni te kada su bili iznimno nemotivirani i opterećeni poslom.

3.5 Rasprava

U istraživanju profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara u domovima za starije i nemoćne osobe sudjelovalo je ukupno 436 ispitanika, od toga 240 iz Hrvatske i 196 iz Slovenije. Kako bismo dobili sliku veličine ispitanog uzorka medicinskih sestara iz obje države u odnosu na druge države Europske unije, uzeti su podatci iz Eurostata i Index.hr¹⁴. Prema Eurostatu gdje su prikazani podatci za 2016. godinu, može se vidjeti da zdravstvenih djelatnika sa srednjom stručnom spremom, odnosno medicinskih sestara u Hrvatskoj na 100 tisuća stanovnika ima 488, dok u Sloveniji taj broj iznosi 658. Rumunjska ima 600, u Danskoj je čak 709 medicinskih sestara na 100 tisuća stanovnika,

¹⁴ Index.hr² su hrvatske tabloidne internetske novine, koje nude sadržaj vijesti iz Hrvatske, Slovenije, Srbije i Bosne i Hercegovine (Index.hr 2023).

dok je Finska s nešto nižim brojem od 403 medicinske sestre na 100 tisuća stanovnika (Eurostat 2023). Što se tiče viših medicinskih sestara, može se uočiti da Hrvatska prilično loše stoji te je pri samom dnu Europske unije. U mnogim zemljama Europske unije viši zdravstveni djelatnici, prvostupnici, najveći su dio osoblja u zdravstvenom sustavu, kao i njegovatelji, dok su u Hrvatskoj najviše zastupljene medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom što pokazuje organizacijske razlike u zdravstvenim sustavima zemalja Europske unije (Index.hr 2019). Iznimka je u hrvatskim domovima za starije i nemoćne osobe gdje je uz medicinske sestre velik broj njegovateljica koje provode zdravstvenu njegu korisnika, što je slučaj i u Sloveniji. To se može vidjeti iz rezultata u ovom radu gdje je broj njegovateljica koje su sudjelovale u istraživanju u hrvatskim domovima iznosio (89), odnosno 37%, dok je u slovenskim domovima iznosio (46), odnosno 23%, što nam pokazuje da su njegovateljice u hrvatskim domovima znatno zastupljenije nego u slovenskim domovima. Na Indexu.hr je navedeno da Europske zemlje imaju problema s manjkom zdravstvenih djelatnika, a pogotovo su pod pritiskom siromašnije zemlje, poput Hrvatske, jer liječnici i medicinske sestre imaju znatno niže plaće u odnosu na svoje kolege u bogatijim zemljama, stoga dio odlazi u inozemstvo. Iako broj liječnika i medicinskih sestara raste, kada se uspoređi s drugim, bogatijim zemljama Europske unije, njihova brojnost u odnosu na stanovništvo je nepovoljnija, što rezultira manjom dostupnošću usluga. Tako, na primjer, Irska, koja ima relativno mali broj liječnika na 100 tisuća stanovnika i na dnu je europske ljestvice, u kategoriji viših medicinskih sestara je pri samom vrhu i ima čak 1161 višu medicinsku sestru na 100 tisuća stanovnika, dok je Luxemburg na vrhu gdje broj sestara iznosi 1172. U ovoj kategoriji najmanji broj viših medicinskih sestara ima Rumunjska i to 66 na 100 tisuća stanovnika, odmah do nje je Hrvatska gdje ta brojka iznosi 144, Grčka sa 190 viših sestara, dok se u Sloveniji broj prvostupnica penje oko 300 na 100 tisuća stanovnika (Index.hr 2019).

Istraživanje Hrvatske komore medicinskih sestara¹⁵ pokazalo je da u sustavu socijalne skrbi u privatnim i državnim ustanovama u Hrvatskoj radi više od 1800 medicinskih sestara, no u taj broj ulaze sestre koje osim u domovima za starije osobe rade i u domovima za djecu, za psihički bolesne i za osobe s tjelesnim i intelektualnim oštećenjima, stoga će broj sestara koje rade u domovima za starije biti nešto manji (HKMS, 2020).

¹⁵ Hrvatska komora medicinskih sestara je regulacijsko tijelo za sestrinstvo u Republici Hrvatskoj (HKMS 2023)

3.5.1 Analiza prve hipoteze i povezanosti mikrofaktora s profesionalnim sagorijevanjem

U radu je postavljeno pet hipoteza za ispitanike u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe od kojih prve tri imaju podhipoteze. H1 – ima šest podhipoteza; H2 – ima tri podhipoteze, dok treća podhipoteza H2.3 ima još pet podhipoteza; H3 – ima četiri podhipoteze na temelju kojih se mogao donijeti zaključak o tome može li se glavna hipoteza potvrditi ili ne.

Prva hipoteza koja glasi „Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mikrofaktorima odnosno individualnim osobnim karakteristikama“, ne može se potvrditi. Pod mikrofaktore su uključene neke demografske karakteristike te osobne karakteristike vezane uz način života ili stavove kod ispitanika, a koje mogu utjecati na nastanak i razinu profesionalnog sagorijevanja. U ovom istraživanju uključeni mikrofaktori su: obrazovanje, životna dob, godine radnog staža, staž na sadašnjem radnom mjestu u domu za starije osobe, ageizam, briga o članovima obitelji kao što su starije osobe ili dijete s posebnim potrebama te bračno stanje. Svi mikrofaktori postavljeni su kao podhipoteze te su posebno analizirani. Dobiveni rezultati ne osiguravaju zaključak da su mikrofaktori ispitanika povezani s višom razinom profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Gledajući metodološki, dobiveni rezultati kod svih sljedećih navedenih hipoteza i podhipoteza mogu se objasniti i time da se razlikuju zbog mogućih psihometrijskih manjkavosti postupka mjerenja varijabli gdje su ispitanici odgovarali na postavljeno pitanje odgovorom da – ne, čime se ograničava osjetljivost instrumenta; drugog instrumentarija u istraživanju; specifičnih značajki samih podhipoteza te zbog prigodnog uzorka kao i primijenjene metodologije, odnosno online istraživanja.

3.5.2 Analiza podhipoteza prve hipoteze

Podhipoteza 1.1. koja glasi „Medicinske sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Na temelju dobivenih rezultata u hrvatskim domovima može se zaključiti da ispitanici starijih dobnih skupina ne iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske

sestre starijih dobnih skupina iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti time što su mlađe medicinske sestre neiskusne i još nisu izgradile obrambene mehanizme i vještine kojima se mogu suočavati sa zahtjevnim i iznimno stresnim i odgovornim poslom kakav imaju medicinske sestre. Zato su podložnije profesionalnom sagorijevanju, premda još nisu izmorene dugogodišnjim radom i imaju više radnog elana što bi ih jednom dijelom trebalo štititi od profesionalnog sagorijevanja. Starije medicinske sestre svojim dugogodišnjim radom i iskustvom u struci stječu znanje i vještine koje im pomažu da se suočavaju s teškim situacijama te se bolje znaju nositi sa stresom i pritiskom. Često imaju veću autonomiju i kontrolu nad svojim radom i vremenom, a kao dugogodišnje djelatnice vjerojatno i povjerenje i podršku kolega što im pomaže u suočavanju sa izazovima u radu, a time i smanjuje rizik od profesionalnog sagorijevanja.

Rezultati istraživanja ostalih autora su raznoliki i podijeljeni na one čiji rezultati ukazuju da dob medicinskih sestara ne utječe na profesionalno sagorijevanje što je potvrđeno kod (Mefoh idr. 2018, 5; Sarbooji Hoseinabadi i dr. 2020). Neka istraživanja potvrđuju da starije medicinske sestre mogu biti izložene nekim stresorima na radnom mjestu što neminovno dovodi do profesionalnog sagorijevanja, a što se slaže s hipotezom postavljenom u ovom radu (Kabir i dr. 2016, 2927; Kalateh Sadati i dr. 2016, 3; Luan i dr. 2017, 6; Samboles i Železnik 2018, 5–10), dok su neki od autora naveli da su profesionalnom sagorijevanju izložene mlađe medicinske sestre (Yao i dr. 2013, 537; Membrive i dr. 2020, 8; Kelly i dr. 2021, 99).

U istraživanju Kalateh Sadati i suradnika (2016) rezultati su pokazali da sve veća dob i više radnog iskustva dovode do smanjenog osjećaja osobnog postignuća, iako povećanje dobi predstavlja i povećanje radnog iskustva. Starije medicinske sestre su iskusnije i općenito imaju više postignuća. Sukladno tome, one postižu većinu svojih ciljeva, ali također mogu patiti od više razine sagorijevanja što ide u prilog postavljenoj hipotezi. Medicinske sestre od 22 do 27 godina s pet godina radnog iskustva i radom u smjenama su energičnije, ali ipak manje iscrpljene. S druge strane, medicinske sestre srednje dobi koje su morale raditi dugi niz godina prijavljuju niži nivo energije i pate od emocionalne iscrpljenosti zbog preopterećenosti poslom (Kalateh Sadati i dr. 2016, 3). Istraživanje Hatcka i suradnika (2018) rezultiralo je nalazom da je starija dob općenito predviđala nižu radnu sposobnost, s iznimkom da nema povezanosti s vrlo niskim razinama simptoma sagorijevanja (Hatch i dr. 2018, 250).

Kelly i suradnici (2020) su u svom istraživanju naveli da svaka godina radnog staža povećava sagorijevanje, ali zadržavanjem na radnom mjestu u kontinuitetu svakom dodatnom godinom starosti sagorijevanje se smanjuje, što implicira da one medicinske sestre koje u profesiju ulaze u ranijoj dobi imaju manje sagorijevanja od onih koje ulaze u kasnijoj dobi (Kelly i dr. 2021, 99), dok su kod Yao i suradnika (2013) podložne sagorijevanju bile sestre od 25 do 44 godine života (Yao i dr. 2013, 537).

Za razliku od većine istraživanja koja ukazuju da sagorijevanje zahvaća uglavnom mlađe medicinske sestre, ipak postoje istraživanja čiji rezultati pokazuju da i starije medicinske sestre mogu profesionalno sagorjeti što ide u korist nalazima ovog istraživanja te se slaže s postavljenom hipotezom. To pokazuje istraživanje Kabir i suradnika (2016) koji kažu da stariji i iskusniji zdravstveni radnici pate više od ostalih od profesionalnog sagorijevanja. Iako se čini da iskustvo u rješavanju problema može smanjiti sagorijevanje na poslu, rezultati nisu potvrdili ovaj problem (Kabir i dr. 2016, 2927). Prema istraživanju u Hrvatskoj, Sambolec i Železnik (2018) su zaključili da su ispitanici starije životne dobi te oni s duljim radnim stažem značajno pod većim stresom u odnosu na profesionalne i intelektualne stresore, pa se tako više slažu s tvrdnjom da im se radna efikasnost smanjuje, što je jedan od simptoma sagorijevanja (Sambolec i Železnik 2018, 5–10). Prema Sarbooji Hoseinabadi i suradnicima (2020), dob, kao demografska karakteristika, nije imala utjecaj na sagorijevanje. Stres i sagorijevanje su također zastupljeni među starijim medicinskim sestrama u Kini, gdje su glavni stresori nepovoljno radno vrijeme i preopterećenost poslom. Kod starijih medicinskih sestara je viša razina sagorijevanja u usporedbi s glavnim sestrama, iako i one doživljavaju slične količine stresa (Luan i dr. 2017, 6). Membrive i suradnici (2020) su došli do zaključka da je sagorijevanje kod medicinskih sestara na rukovodećim mjestima najčešće u dobi 40 – 50 godina (Membrive i dr. 2020, 8). Odnos između dobi i smanjenog osobnog postignuća može se vidjeti na način da su osobe starije dobi povezane sa smanjenim osobnim postignućem, što je posebno izraženo kod emotivnih osoba, dok je kod osoba mlađe dobi smanjeno osobno postignuće vidljivo kod manje emotivnih osoba. Dob nije značajno povezana s depersonalizacijom odnosno s profesionalnim sagorijevanjem (Mefoh i dr. 2018, 5). U istraživanju Jiang i suradnika (2021) zaključuju da medicinske sestre u dobi 40 – 45 i 46 – 50 godina pokazuju značajno profesionalno sagorijevanje (Jiang i dr. 2021, 5).

Podhipoteza 1.2. koja glasi „Medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre s dužim radnim stažem iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti time da medicinske sestre s dugogodišnjim radnim stažem i iskustvom često imaju više vještina i sposobnosti za suočavanje sa stresom na radnom mjestu, što može pomoći u sprječavanju razvoja sindroma profesionalnog sagorijevanja.

Prema istraživanju Sadati i suradnika (2016) rezultati su pokazali značajnu povezanost između emocionalne iscrpljenosti i smanjenog osobnog postignuća s količinom radnog iskustva medicinskih sestara. Prema dužini radnog iskustva, skupina ispitanika srednjih godina koja je imala 6 – 15 godina rada pokazala je značajno višu razinu emocionalne iscrpljenosti, jedne od podskala profesionalnog sagorijevanja. Ova vrsta iscrpljenosti je opća reakcija na stres i percipira se kao osjećaj pritiska i nedostatak emocionalnih resursa. Budući da je emocionalna iscrpljenost povezana s radnim pritiskom, medicinske sestre često se suočavaju s umorom. One s manje od pet godina radnog iskustva su energičnije, ali kad uđu u šestu godinu često se suočavaju s fizičkim i psihičkim problemima povezanim s radnim pritiskom ili preopterećenjem, signalizirajući početak emocionalne iscrpljenosti i sagorijevanja (Sadati i dr. 2016, 3), što je u skladu s postavljenom hipotezom. U istraživanju Molina-Praena i suradnika (2018, 12) zaključak je da osobe koje imaju malo radnog iskustva, imaju veliku predispoziciju nastanka profesionalnog sagorijevanja s čim se slažu Matsuo i suradnici (2020), za razliku od istraživanja Sarbooji Hoseinabadi (2020) koji su sukladno rezultatima ovog istraživanja naveli da dužina radnog staža ne utječe na profesionalno sagorijevanje.

Podhipoteza 1.3. koja glasi „Medicinske sestre s različitim stupnjem obrazovanja razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Dobiveni podatci ne osiguravaju zaključak da se ispitanici u hrvatskim i slovenskim domovima različitih stupnjeva obrazovanja razlikuju po razini profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da medicinske sestre imaju različite uloge i odgovornosti, ovisno o njihovoj razini obrazovanja i specijalizaciji. Osim toga važno je razumjeti da svaka osoba ima jedinstvene osobne faktore koji mogu utjecati na njezinu razinu stresa i sposobnost suočavanja sa stresom, neovisno o razini obrazovanja. Stoga, različiti faktori, uključujući radne uvjete i odnose, emocionalni pritisak i sl., mogu imati značajnu ulogu u razvoju profesionalnog sagorijevanja bez obzira na razinu

obrazovanja medicinskih sestara, kao što mogu imati i utjecaj već navedene metodološke karakteristike kao što su prigodan uzorak i online ispitivanje.

Istraživanje Tan i suradnika (2020) je pokazalo da je viši obrazovni status povezan s višim stupnjem sagorijevanja jer je vjerojatno povezan sa stažem u zdravstvu, a time i većim odgovornostima (Tan i dr. 2020, 1754), no Heeb i Haberey-Knuessi (2014) imaju upravo suprotne zaključke i smatraju da visokoobrazovane sestre na menadžerskim pozicijama, koje su posebno izložene riziku zbog svog zahtjevnog posla, imaju prilično nizak stupanj sagorijevanja. Stoga smatraju da se treba dodatno ispitati pitanje korelacije visokog stresa s visokim sagorijevanjem. Zhang i suradnici (2020) smatraju da medicinske sestre s višom stručnom spremom ili dužim radnim iskustvom vjerojatnije osjećaju veće osobno postignuće. Čimbenici koji su neovisno povezani s osobnim postignućima uključivali su razinu obrazovanja i godine radnog iskustva (Zhang i dr. 2020, 4).

Za razliku od drugih, jedno od istraživanja Finkelstein i suradnika (2018) nije pokazalo značajnu povezanost između razine sagorijevanja i socio-demografskih karakteristika kao što je razina obrazovanja (Finkelstein i dr. 2018, 6). Isto tako ni Sarbooji Hoseinabadi i suradnici (2020) te Sadati i suradnici (2016, 3) nisu pronašli povezanost što potvrđuje i provedeno istraživanje u ovoj disertaciji koje je u skladu s dobivenim rezultatima. Prema istraživanju Fawza i suradnika (2017) danas se obrazovanje medicinskih sestara suočava s raznim izazovima na lokalnoj razini i globalno, te pokazuje višestruke aspekte reformacije. Od usklađivanja obrazovanja medicinskih sestara s postavkama prakse te inkorporiranja sestrinstva kao sastavnog dijela zdravstvene radne snage do adekvatnog pripremanja sestara kao edukatora i pružanja im odgovarajućih razvojnih mogućnosti, za bavljenje tehnološkim, ekonomskim i etničkim izazovima. Edukatori sestrinstva moraju prepoznati i znati se nositi s preprekama koje donosi 21. stoljeće, kako bi se održala visoka kvaliteta diplomiranih sestara, kvaliteta skrbi kao i osiguranje sigurnosti te zadovoljstvo pacijenata. Obrazovanje medicinskih sestara je područje koje se stalno mijenja i nalazi u tranziciji od konvencionalne učionice do internetske kliničke nastave, pri čemu se od edukatora traži da vode, motiviraju i podučavaju studente kako bi stekli naprednije tehnološko iskustvo unutar svog područja studiranja (Fawza i dr. 2017, 109).

Podhipoteza 1.4 koja glasi "Medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja", ne može se potvrditi. Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje pokazuju ageistično ponašanje prema korisnicima iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Iako statistički značajne razlike među grupama

postoje, one gravitiraju u smjeru da višu razinu profesionalnog sagorijevanja pokazuju oni koji ne iskazuju ageistično ponašanje, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena. Budući da se ageistično ponašanje može smatrati društveno nepoželjno i da se mjere ageizma u ovom istraživanju temelje na samoprocjeni ispitanika, opravdano je pretpostaviti da se u grupi koju tretiramo kao skupinu ispitanika bez ageističnog ponašanja nalazi određeni dio ispitanika koji se ponaša ageistično, a koji je zbog pritiska davanja socijalno poželjnih odgovora dao netočne odgovore, te tako zamagljuje rezultate. Tome nam u prilog govori podatak da je u hrvatskom uzorku samo sedmero ispitanika izjavilo da se ponaša ageistično, dakle 3%, dok u slovenskim domovima svega četiri ispitanika, što iznosi 2% slovenskog uzorka. Dobivene rezultate mogli bismo objasniti i time da postoji mogućnost da medicinske sestre koje iskazuju ageistično ponašanje posjeduju neke psihičke karakteristike koje idu izvan okvira ovog istraživanja, a koje ih čine otpornim na profesionalno sagorijevanje. Ageistično ponašanje ne mora automatski dovesti do razvoja sindroma profesionalnog sagorijevanja, ali može utjecati na dobrobit medicinskih sestara na radnom mjestu, odnosno može stvoriti negativno radno okruženje i povećati razinu stresa, što može dovesti do smanjenja zadovoljstva poslom i povećanog rizika od razvoja sindroma profesionalnog sagorijevanja. Drugi čimbenici kao što su veliki stres, radno opterećenje, zadovoljstvo poslom i sl. mogu biti značajniji prediktori sagorijevanja kod medicinskih sestara nego što je ageizam.

Osim navedenog, u istraživanju Lopez-Frutos i suradnika (2022) je rečeno da ageistično ponašanje medicinskih sestara i moderirajuća uloga negativnih stereotipa prema starijim osobama ne moraju nužno biti povezani s razvojem profesionalnog sagorijevanja, što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. U španjolskim domovima za starije osobe pokazao se različit utjecaj stereotipa prema starijim osobama, kao što je ageizam, na razine sagorijevanja i kvalitetu života. Kod niske razine profesionalnog sagorijevanja, kvaliteta života bila je manje pogođena. Nasuprot tome, kada su postojale visoke razine sagorijevanja, stereotipi su se smanjili na način da što je više stereotipa, to je veća kvaliteta života, što je suprotno teoretskim pristupima i očekivanjima istraživača (Lopez-Frutos i dr. 2022).

Ipak, u nekim su istraživanjima dobiveni drugačiji rezultati. Da su negativni stavovi prema starijim osobama povezani s višim razinama sagorijevanja, u svom su radu potvrdili (Kane i dr. 2018, 1692–1711) što je u skladu s postavljenom hipotezom. U istraživanju Iecovich i Avivi (2015) utvrđeno je da je razina ageizma između medicinskih sestara koje skrbe o starijim korisnicima u ustanovama za dugotrajnu skrb umjerena. Više razine ageizma

dovode do znatno više razine depersonalizacije i ukupnog sagorijevanja što je također u skladu s postavljenom hipotezom (Iecovich i Avivi 2015, 5).

Podhipoteza 1.5 koja glasi „Medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje kući skrbe o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi iskazuju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti time da je vrlo mali broj ispitanika napisao da kući skrbi o djetetu s posebnim potrebama. U hrvatskim domovima to su samo četiri osobe, dakle 2% ispitanika, a u slovenskim domovima sedam ispitanika, što iznosi 4% slovenskog uzorka. Jedan od razloga takvog rezultata može biti čimbenik da medicinske sestre koje brinu o članu obitelji u kućnim uvjetima imaju određenu fleksibilnost i kontrolu u takvom okruženju, kao i emocionalno ispunjenje koje se razvija kod majki s djetetom koje ima poteškoće što može pomoći u smanjenju stresa, a time i sagorijevanja. Može se pretpostaviti da takve medicinske sestre dobivaju i određenu razinu razumijevanja i podrške od kolega i nadređenih što im svakako može biti od pomoći u radu na radnom mjestu.

Vrlo važan aspekt iskustava zdravstvenih radnika je utjecaj obiteljskih zahtjeva. Obiteljski zahtjevi označavaju privatne ili obiteljske odgovornosti kao što su briga za bolesne članove obitelji, roditeljstvo, pružanje podrške i upravljanje složenim obiteljskim odnosima (Gauche i dr. 2017, 7). Imati djecu, pogotovo potrebitu, može biti stresor, no snažna obiteljska kohezija kao i mnogobrojnija obitelj ublažavaju negativan odnos između sagorijevanja i oporavka (Ugwu i dr. 2018, 32).

Podhipoteza 1.6 koja glasi „Medicinske sestre različitog bračnog statusa razlikuju se prema razini profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da se medicinske sestre različitog bračnog statusa, bez obzira jesu li u braku, u vezi, samci ili udovice, razlikuju prema razini profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti mogućnošću utjecaja drugih faktora koji mogu utjecati na razinu profesionalnog sagorijevanja, kao što je radna okolina i uvjeti na radnom mjestu, međusobni odnosi kako s kolegama tako i s nadređenima, neke osobne

karakteristike, stresni događaji izvan radnog mjesta itd. Stoga, rezultati istraživanja mogu biti ograničeni u odnosu na ovaj specifični traženi faktor bračnog statusa te mogu ovisiti o drugim varijablama koje nisu istražene, kao što može biti i utjecaj već navedenih metodoloških karakteristika.

Analizirajući dobivene rezultate hipoteze i ostala istraživanja, mišljenja i rezultati ostalih istraživanja su podijeljeni pa su neki dobili rezultate prema kojima varijabla bračnog statusa utječe na sagorijevanje, dok je kod drugih potpuno suprotno.

Prema istraživanju Cañadas-De la Fuente i suradnika (2018), nalazi o korelaciji između sagorijevanja i bračnog statusa su kontradiktorni te razne studije tvrde da biti samac ili u braku nije povezano sa sagorijevanjem (Patrao 2012 u Cañadas-De la Fuente 2018, 2). U svom radu Maglalanga i suradnici (2021) otkrili su da oženjeni zdravstveni radnici bez djece i oni koji su kategorizirani kao aktivni i pod velikim stresom, imaju veću vjerojatnost da će doživjeti sagorijevanje. Fleksibilnost radnog mjesta malo je smanjila izgleda za sagorijevanje među aktivnim zdravstvenim radnicima koji su pod velikim naporom te ublažila među oženjenim bez djece (Maglalanga i dr. 2021, 5). Iste rezultate vezane uz brak kao varijablu koja je jedan od faktora bitnih za nastanak sagorijevanja naveli su Yao i suradnici (2013, 537), dok je u istraživanju Molina-Praena i suradnika (2018) zaključak da je veća prevalencija sagorijevanja među samcima (Molina-Praena i dr. 2018, 12). Da je sagorijevanje evidentnije kod muških, mlađih, neoženjenih medicinskih tehničara na podskali depersonalizacije, u svom su istraživanju potvrdili Gama i suradnici (Gama i dr. 2014,6). Za razliku od njih, tezu da bračni status ne utječe na profesionalno sagorijevanje zastupali su neki od istraživača kao što su (Sadati i dr. 2016, 3; Sarbooji Hoseinabadi i dr. 2020; Finkelstein i dr. 2018, 6) što potkrjepljuje nalaze ovog istraživanja i slaže se s rezultatima postavljene hipoteze.

Za prvu hipotezu (H1) koja glasi da je razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana s mikrofaktorima, odnosno individualnim osobnim karakteristikama, s obzirom na dobivene rezultate podhipoteza u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, može se donijeti zaključak da hipoteza nije potvrđena.

3.5.3 Analiza druge hipoteze i povezanosti mezofaktora s profesionalnim sagorijevanjem

Druga hipoteza koja glasi „Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s mezofaktorima“, ne može se potvrditi. U ovom istraživanju uključeni

mezofaktori su institucije odnosno vrste ustanova u kojima ispitanici rade, a to su domovi za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji te uvjeti rada i radno vrijeme koji u slučaju da su nepovoljni ili ograničavajući, možebitno mogu utjecati na nastanak i razinu profesionalnog sagorijevanja. Domovi za socijalnu skrb o odraslim i starijim osobama su ustanove koje pružaju organizirano stanovanje, prehranu, pomoć i njegu, zdravstvenu zaštitu, psihosocijalnu rehabilitaciju, društvenu reintegraciju bolesnima te starim i nemoćnim osobama (Državni zavod za statistiku 2018, 538). „Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na uslugu smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, a može obuhvatiti: usluge prihvata, stanovanja, prehrane, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena“ (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 23). U istraživanju Bađun (2016), prema osnivaču postoje tri vrste domova socijalne skrbi za starije i nemoćne kao što su domovi čiji je osnivač Republika Hrvatska (RH); zatim decentralizirani domovi – odnosno domovi za koje je osnivačka prava Republika Hrvatska prenijela na jedinice područne odnosno regionalne samouprave pa govorimo o državnom domu te domovi drugih osnivača – vjerske zajednice, trgovačka društva, udruge i druge domaće ili strane pravne te fizičke osobe odnosno tzv. privatni domovi (Bađun 2016, 23).

„Usluga smještaja je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domovima ili drugim pravnim osobama ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu, organiziranom stanovanju ili u zajednici stambenih jedinica. Pravo na uslugu smještaja priznaje se odrasloj i starijoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju i nemoći prijeko potrebna stalna pomoć i njega druge osobe“ (Ministarstvo socijalne politike i mladih¹⁶ 2014, 13). Prema dostupnim podacima, uslugu smještaja kao institucijskog oblika skrbi u Republici Hrvatskoj je pružalo 226 pružatelja i to: državni domovi za stare i nemoćne (3); županijski (decentralizirani) domovi za starije i nemoćne (45); domovi drugih osnivača (91) i druge pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma (87) gdje su osnivači vjerske zajednice, udruge, ili druge pravne ili fizičke osobe. Prema statističkim podacima Ministarstva socijalne politike i mladih, na dan 31. 12. 2012. g. bilo je 15.686 osoba starih 65 i više godina smještenih u hrvatskim domovima i drugim pravnim osobama za starije i

¹⁶ Ministarstvo socijalne politike i mladih je središnje tijelo državne uprave u Republici Hrvatskoj koje se bavi mladima i društvenom politikom

nemoćne osobe, od čega je temeljem rješenja centra za socijalnu skrb 4165 osoba starih 65 i više godina (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 13), dok je 31. 12. 2015. g. bilo 17.141 osoba starih 65 i više godina smještenih u domovima i drugim pravnim osobama za starije i nemoćne osobe, od čega su temeljem rješenja centra za socijalnu skrb smještene 3374 osobe stare 65 i više godina (MROSP 2017, 13). U Republici Hrvatskoj za institucijski oblik skrbi o starijim osobama postoje kapaciteti za 2,38% ukupnog broja osoba starih 65 i više godina. Namjera je u gotovo svim županijama razvijati institucijsku skrb jer su ispod prosjeka u državi (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 22).

3.5.4 Analiza podhipoteza druge hipoteze

Podhipoteza 2.1. koja glasi „Medicinske sestre različitog broja radnih sati tjedno razlikuju se po razini profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi. Najveći broj ispitanika je radio zakonski predviđeno vrijeme od 40 sati tjedno i to 61%, dok je 32% radilo prekovremeno od 40 do 60 sati tjedno (Tablica 19). Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti da se medicinske sestre u hrvatskim domovima koje rade preko 40 sati tjedno ne razlikuju po razini profesionalnog sagorijevanja od onih medicinskih sestara koje ne rade prekovremeno, zbog čega se hipoteza ne može potvrditi. Za razliku od hrvatskih medicinskih sestara, postotak slovenskih kolegica je identično podijeljen što se tiče dnevnog osmosatnog radnog vremena kao i prekovremenog rada kada ostaju na poslu duže od 40 sati tjedno te za svaki iznosi 46%. Na temelju dobivenih rezultata koji se podudaraju s hrvatskim rezultatima, ni kod slovenskih ispitanika duži ostanak na radnom mjestu nije utjecao na razinu profesionalnog sagorijevanja, stoga se može konstatirati da se hipoteza prema ukupnim dobivenim rezultatima ne može potvrditi.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti time što se može pretpostaviti da profesionalno sagorijevanje ne mora nužno biti direktna posljedica prekovremenog rada, a razlog može biti činjenica da medicinske sestre koje rade prekovremeno uspijevaju održavati balans između posla i privatnog života, pronalaze načine za opuštanje i oporavak od posla te imaju podršku kolega i nadređenih. Osim toga može postojati razlika u tome koliko često i u kojem opsegu pojedine medicinske sestre rade prekovremeno što je još jedna varijabla koja može utjecati na profesionalno sagorijevanje, stoga rezultati istraživanja mogu biti ograničeni u odnosu na ovaj specifični čimbenik prekovremenog rada te mogu biti ovisni o drugim varijablama koje nisu bile istražene, a utjecale su na ishod.

Istraživanje Kelly i suradnika (2020) je pokazalo da medicinske sestre kao rezultat povećanog radnog vremena mogu pokazati veću otpornost na sagorijevanje, što sugerira da su sestre s nepunim radnim vremenom manje otporne. Također, medicinske sestre koje su se navikle na duže radne sate, prekovremeni rad ili dodavanje dodatnih smjena mogu razviti veću otpornost na nepovoljne uvjete koji mogu dovesti do sagorijevanja (Kelly i dr. 2021, 99). Više istraživanja provedeno je o smjenama i na koji način smjenski rad utječe na medicinske sestre. U svom radu Dall'Oral i suradnici (2020) su naveli da su povezanosti pretpostavljene Maslachovom teorijom između neusklađenosti u područjima poslovnog i privatnog života te sagorijevanja općenito podržane. Istraživanje je pokazalo da su nepovoljne karakteristike posla kao što su veliko radno opterećenje, duge smjene te niska fleksibilnost rasporeda povezani sa sagorijevanjem u sestrinstvu (Dall'Oral i dr. 2020, 13). U istraživanju Vidotti i suradnika (2018) došli su do zaključka da su među sestrama koje rade u dnevnoj smjeni utvrđene visoke razine sindroma profesionalnog sagorijevanja. Psihosocijalni čimbenici i oni iz radnog konteksta povezani su sa sagorijevanjem u obje smjene: u dnevnoj smjeni pridruženi čimbenici uključivali su veću potražnju, nisku kontrolu, nisku socijalnu podršku, nezadovoljstvo spavanjem i financijskim sredstvima te sjedilačkim radom. Za noćnu smjenu povezani čimbenici bili su: niska socijalna podrška, nezadovoljstvo spavanjem i odmorom, djeca te manje godina rada u ustanovi. Razina emocionalne iscrpljenosti i niske profesionalne ispunjenosti bila je značajno viša među sestrama u dnevnoj smjeni, što se može povezati s činjenicom da veći broj mladih žena u stabilnim vezama radi u ovom razdoblju, što su čimbenici rizika za profesionalno sagorijevanje. Dodatno, radni je proces intenzivniji tijekom dana, jer je veći broj postupaka njege, a i kod većine medicinskih sestara koje su radile u dnevnoj smjeni bili su sjedilački poslovi, što je faktor povezan s visokim razinama depersonalizacije i niskim profesionalnim ispunjenjem (Vidotti i dr. 2018, 6). Rezultati smanjenih osobnih postignuća i potpunog sagorijevanja kod sestara s rotacijskim smjenama bili su viši nego kod onih s fiksnim rasporedom. Povezanost između stalnih i rotirajućih smjena s profesionalnim sagorijevanjem na poslu pokazala je da su medicinske sestre u rotirajućim smjenama, posebno one s manje od 10 godina radnog iskustva, prijavile više profesionalno sagorijevanje i smanjene osjećaje osobnog postignuća od onih s redovnim smjenama koje obično rade ujutro (Sadati i dr. 2016, 3). Za razliku od njih, istraživanje Shahriari i suradnika (2014, 364) je pokazalo da više profesionalno sagorijevanje imaju upravo sestre s fiksnim rasporedom smjena u usporedbi s onima u rotirajućim smjenama. Podatci Shah i suradnika (2021) pokazuju da je broj sati rada medicinskih sestara tjedno bio pozitivno

povezan s identificiranjem sagorijevanja kao razloga za napuštanje radnog mjesta ili razmišljanja o napuštanju radnog mjesta. U usporedbi s radom manje od 20 sati tjedno, sestre koje su radile više od 40 sati tjedno navodile su sagorijevanje kao razlog zbog kojeg su napustile svoje radno mjesto (Shah i dr. 2021, 5).

Za razliku od navedenih istraživanja, Bellanti i suradnici (2021) zaključuju da rad u smjenama nije bio čimbenik povezan s profesionalnim sagorijevanjem, budući da nisu zabilježene razlike u rezultatima povezanim s profesionalnim sagorijevanjem između medicinskih sestara koje rade na različitim odjelima (Bellanti i dr. 2021, 11), stoga se rezultati ovog istraživanja slažu s postavljenom hipotezom i nalazima ovog rada.

Podhipoteza 2.2. koja glasi „Medicinske sestre u privatnim domovima za starije osobe u odnosu na medicinske sestre u državnim domovima imaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje rade u privatnim domovima iskazuju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja, stoga se može zaključiti da hipoteza nije potvrđena.

Razlozi za dobivene rezultate mogu biti mnogobrojni, no jedan od najbitnijih koji se mora uzeti u obzir je vrijeme anketiranja koje se provodilo u najtežim uvjetima pandemije kada je velik broj medicinskih sestara i sam bio bolestan i u izolaciji, stoga su one koje su ostajale raditi bile u vrlo nepovoljnim uvjetima. Još jedan od razloga može biti i mali broj privatnih domova koji su se odazvali istraživanju pa je samo 22 ispitanika odnosno 9% ispunilo anketu. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti da medicinske sestre koje rade u hrvatskim privatnim domovima nemaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja od kolegica koje rade u državnim domovima za starije osobe, zbog čega se hipoteza ne može potvrditi.

Za razliku od hrvatskih medicinskih sestara, postotak slovenskih kolegica koje rade u privatnim domovima iznosio je 41%, dok u državnim domovima 59%. Anketiranje se provodilo pod istim uvjetima kao u hrvatskim domovima za vrijeme trajanja pandemije. Na temelju dobivenih rezultata, koji se u konačnici podudaraju s hrvatskim rezultatima, ni slovenske medicinske sestre koje rade u privatnim domovima nemaju nižu razinu profesionalnog sagorijevanja od kolegica koje rade u državnim domovima, stoga se na nivou obje države može konstatirati da se hipoteza ne može potvrditi.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara, osim zbog već navedenih uvjeta koji su vladali u vrijeme pandemije u domovima za starije osobe, može ovisiti o različitim čimbenicima kao što su opterećenje poslom, kvaliteta radnog okruženja, mogućnosti za napredovanje, kvaliteta odnosa s kolegama i nadređenima itd. Tu su i jedinstveni uvjeti i načini rada koje imaju bilo privatni bilo državni domovi, što također može utjecati na razinu profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara.

U istraživanju Åhlin i suradnika (2014) rezultati su pokazivali relativno visoku razinu profesionalnog sagorijevanja i u privatnom i u državnom domu za starije osobe. Razlike između domova su u tome što su zdravstveni radnici koji rade u državnom domu prijavili više razine stresa zbog nedostatka vremena za pružanje njege koja je potrebna korisnicima doma, a kao posljedicu toga imali su osjećaj pružanja nedovoljne njege u usporedbi s onima koji rade u privatnim domovima. Te se razlike djelomično mogu objasniti većim udjelom muškaraca koji rade u privatnom domu jer su muškarci imali znatno nižu razinu grižnje savjesti u vezi s tim pitanjima u usporedbi sa ženama (Åhlin i dr. 2014, 283–284). Rad u privatnom profitabilnom domu za starije osobe povezan je s povećanim rizikom od sagorijevanja (Kandelman i dr. 2017, 9).

Podhipoteza 2.3. koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Upravo medicinske sestre koje su samozatajne, šute i ne izražavaju nezadovoljstvo uvjetima u kojima rade, već to nezadovoljstvo kumuliraju u sebi, potencijalno mogu doseći višu razinu profesionalnog sagorijevanja na radnom mjestu. Medicinske sestre koje su glasne, buntovne, prigovaraju i verbalno izražavaju nezadovoljstvo, ne kumuliraju to nezadovoljstvo, već stres izbace iz sebe te time mogu spriječiti stvaranja više razine profesionalnog sagorijevanja.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da su ljudi individualni i da svatko na stres reagira drugačije. Stoga, neke medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo uvjetima rada mogu se nositi sa stresom bolje od drugih i imati manju razinu sagorijevanja, dok druge mogu osjećati veću razinu. Osim toga treba uzeti u obzir i neke druge faktore koji mogu utjecati na profesionalno sagorijevanje, zato rezultati

istraživanja mogu biti ograničeni u odnosu na ovaj specifični traženi faktor nezadovoljstva uvjetima rada te mogu ovisiti o drugim varijablama koje nisu istražene.

Radno okruženje je važno područje na kojem se treba intervenirati u cilju poboljšanja uvjeta rada kako bi se zadržalo medicinsko osoblje i kvaliteta skrbi u domovima za starije osobe. Medicinske sestre u domovima za starije osobe pokazuju visoke stope nezadovoljstva poslom i sagorijevanje, što pridonosi fluktuaciji koja je značajan problem u ovom području rada. Već je uočeno da su bolja radna okruženja medicinskih sestara povezana s poboljšanom sigurnošću pacijenata i smanjenim sagorijevanjem osoblja kao i nezadovoljstvom poslom. Studija Whita i suradnika (2015) jedna je od prvih koja je pokazala slične odnose u domovima za starije osobe i ima implikacije ne samo za sestre već i za ostalo medicinsko osoblje (White i dr. 2015, 7).

Prema istraživanju Nowakowske i suradnika (2016) zaključak je da postoji vrlo značajna korelacija između područja organizacije rada i sagorijevanja, kao i da je nezadovoljstvo osoblja povezano s opremom na radnom mjestu. Vrlo značajni čimbenici za nastanak sagorijevanja su oni povezani s radnom okolinom, kako fizički tako i psihosocijalni u radnoj okolini. Pravilno oblikovani i korišteni čimbenici radnog okruženja potiču profesionalnu učinkovitost i djelotvornost te kvalitetu medicinskog osoblja. Negativna procjena čimbenika radnog okruženja pridonosi pojavi simptoma sagorijevanja koje češće doživljavaju medicinske sestre s nižom samoeфикасноšću (Nowakowska i dr. 2016, 307–308). U svom radu i istraživanju Nantsupawat i suradnici (2016) su dali zaključke koji govore da se visoka prevalencija loših ishoda kod sestara može objasniti radnim okruženjem koje u nekim jedinicama karakteriziraju loši temelji kvalitete skrbi, sudjelovanje u bolničkim poslovima, neadekvatan odnos medicinska sestra – liječnik te nedostatak osoblja i resursa (Nantsupawat i dr. 2016, 5). Aronsson i suradnici (2017) su u svom radu naveli da najveću povezanost sa simptomima sagorijevanja imaju kontrola posla i niska podrška na radnom mjestu. U mnogim empirijskim studijama radnog okruženja ovi su aspekti bili dosta značajni (Aronsson i dr. 2017, 10). Prema izvještajima, od gotovo 34 000 medicinskih sestara koje rade u bolnicama u 12 EU država, rečeno je da su problemi u radnoj snazi vjerojatno rezultat neadekvatnog osoblja, kao i nedostatak u upravljanju ljudskim resursima. Značajan dio medicinskih sestara u svakoj zemlji smatra da se skrb pogoršala tijekom prethodne godine te će biti potrebna dodatna istraživanja kako bi se utvrdilo je li nezadovoljstvo svojim poslom koje su navele i njihove općenito loše ocjene radnog okruženja, adekvatnosti osoblja i reakcije menadžmenta, signaliziraju

probleme u kvaliteti skrbi za pacijente (Aiken i dr. 2013, 152). Kada radno okruženje pruža osnaživanje, manje je vjerojatno da će medicinska sestra doživjeti sagorijevanje (Wang i dr. 2013, 2896). Radno okruženje, sve teži radni uvjeti i neprepoznavanje velikog dijela poslova koje obavljaju sestre mogu rezultirati progresivnim gubitkom idealizma i energije koji su doveli do odabira ovog zanimanja. Ove okolnosti mogle bi dovesti, prije ili kasnije, do pojave sindroma sagorijevanja, kojeg karakteriziraju emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i smanjeno osobno ispunjenje (Montañés Muro i dr. 2022, 3).

Podhipoteza 2.3.1 koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi. Kao i u prethodnoj podhipotezi, rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na poslu imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Upravo medicinske sestre koje ne izražavaju nezadovoljstvo međuljudskim odnosima i ne žale se na osobe s kojima rade, već to nezadovoljstvo kumuliraju u sebi, imaju potencijal za višom razinom profesionalnog sagorijevanja na radnom mjestu. Medicinske sestre koje prigovaraju i verbalno izražavaju nezadovoljstvo ne kumuliraju ga, već ga verbalno izbacuju, pa time sprječavaju stvaranje više razine profesionalnog sagorijevanja.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da iako nezadovoljstvo međuljudskim odnosima može biti izvor stresa, to nije uvijek uzrok veće razine sagorijevanja na poslu. Svaka osoba drugačije percipira i reagira na određene stresore na poslu tako da neke medicinske sestre mogu biti otpornije na stresne situacije koje se tiču međuljudskih odnosa, dok druge mogu osjećati veću razinu sagorijevanja u takvim situacijama. Također ni u ovoj podhipotezi ne smiju se zanemariti i neki drugi čimbenici koji mogu utjecati na profesionalno sagorijevanje, zato rezultati istraživanja mogu biti ograničeni u odnosu na ovaj faktor nezadovoljstva međuljudskim odnosima te mogu ovisiti o drugim varijablama koje nisu istražene.

Istraživanje Dall'Orsi i suradnika (2020) je otkrilo da su nepovoljne karakteristike posla, kao što su negativan odnos medicinskih sestara i liječnika, loša podrška nadređenog/vođe, loše vodstvo, negativan timski odnos i neodgovarajući međuljudski odnosi, povezane sa sagorijevanjem u sestrinstvu (Dall'Orsi i dr. 2020, 13). Društveni čimbenici mogu utjecati na rad medicinskih sestara. Za održavanje dobrih međuljudskih odnosa potrebna je

društvena interakcija. Glavne medicinske sestre trebale bi biti zainteresirane za svoje djelatnike i njihov život izvan radnog okruženja, jer razne situacije mogu dovesti do stresa djelatnika koji potom stvara i stres za osobu s kojom zajedno radi i duplira radni teret (Opotamutale Ashipala i Muudikange Nghole 2022, 2987).

Hipoteza 2.3.2 koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo neslaganjem s nadređenima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. I u ovoj podhipotezi moglo bi se zaključiti da medicinske sestre koje su verbalno jake i mogu se izboriti za sebe te se suprotstaviti nadređenima i izraziti nezadovoljstvo zbog svog neslaganja, nemaju višu razinu sagorijevanja za razliku od sestara koje svoje nezadovoljstvo javno ne iskazuju, o tome ne govore, već to nezadovoljstvo kumuliraju, što za posljedicu može dovesti do fenomena profesionalnog sagorijevanja.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti i pretpostavkom da nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima ne mora nužno dovesti do povećane razine sagorijevanja kod svake medicinske sestre. Osobe su različite i različito reagiraju na stresne situacije. Neki zaposlenici mogu se nositi s takvim stresorima na konstruktivan način i pronaći načine za prevladavanje problema, dok drugi mogu osjećati stres i razviti profesionalno sagorijevanje. Također kao i kod prijašnjih podhipoteza treba uzeti u obzir i neke druge faktore i varijable koji mogu utjecati na sagorijevanje i na dobivene rezultate, a koji nisu bili istraženi.

Rezultati istraživanja Yeh i suradnika (2020) sugeriraju da nadređene treba poticati da podržavaju ravnotežu između posla i obitelji kako bi kontrolirali potencijalne stresore jer to predstavlja učinkovitu strategiju za smanjenje sagorijevanja među medicinskim sestrama. Nadređeni najizravnije utječu na stupanj radnog stresa zaposlenika, što znači da mogu direktno smanjiti opterećenje zaposlenika, poboljšati radnu autonomiju te osigurati odgovarajuće nagrade. Kada menadžeri pokažu podržavajući stav prema ravnoteži između posla i obitelji, brzina iscrpljivanja resursa zaposlenika i stupanj emocionalne iscrpljenosti se smanjuju (Yeh i dr. 2020, 9). Studija Ashipala i Nghole (2022) je pokazala da loša komunikacija između sestara i uprave bolnice pridonosi stresu i sagorijevanju. Sudionici u istraživanju su izjavili da uprava bolnice nema politiku otvorenih vrata koja bi omogućila

konzultacije i sudjelovanje osoblja u donošenju odluka o kritičnim pitanjima koja ih se izravno tiču, a trebala bi imati. Također ako menadžment nije dobar, a glavna sestra ne obraća pažnju na probleme osoblja ili ako on/ona zapravo ne može razumjeti kroz što medicinske sestre prolaze u ustanovi, to može bolno utjecati za članove osoblja (Ashipala i Nghole 2022, 2986). Rezultati studije Kanste (2015) ukazuju na značajnu, iako skromnu, povezanost između ponašanja vodstva i sagorijevanja među medicinskim sestrama. Unatoč činjenici da su korelacije bile male, one postoje i značajne su te ističu važne implikacije za sestrinsku praksu. Čini se da menadžeri medicinskih sestara igraju važnu ulogu u profesionalnom sagorijevanju istih zbog ponašanja koje pokazuju prema medicinskom osoblju. Intervencije usmjerene na prevenciju ili smanjenje izgaranja mogu se više nego prije usredotočiti na ponašanje voditelja medicinskih sestara. To stvara izazove za obrazovanje i obuku vodstva. Preporučuje se da se voditelji osposobe da svom osoblju daju odgovarajuće povratne informacije, društvenu podršku, individualizirano razmišljanje i poticaj da razviju svoje znanje i iskustvo. Idealizirani utjecaj, inspirativna motivacija, intelektualna stimulacija, individualizirano razmatranje i uvjetna nagrada bili su pozitivno povezani s osobnim postignućem, a negativno s emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom. Čini se da aktivno i prema budućnosti usmjereno transformacijsko vodstvo te nagrađivanje podređenih štiti od sagorijevanja. S druge strane, pasivno rukovodeće ponašanje faktor je izloženosti sagorijevanju među medicinskim sestrama (Kanste 2015, 7). Rezultati istraživanja Mudallal i suradnika (2017) naglašavaju važnost uloge lidera u stvaranju pozitivnog radnog okruženja i povećanja osjećaja smislenosti rada osoblja te sudjelovanja u odlukama vezanim za njihov posao. Lider treba izražavati povjerenje u sposobnosti zaposlenika kako bi postigli najvišu stopu efikasnosti te olakšavanje postizanja cilja i pružanje autonomije. Osim toga, privlačenje više medicinskih sestara u profesiju može se postići poboljšanjem uvjeta rada, što bi moglo omogućiti da dulje ostanu u profesiji. Očekuje se da će ovi pristupi smanjiti sagorijevanje i posljedično pridonijeti stalnim naporima da se smanji nedostatak medicinskih sestara i poboljša kvaliteta pružene skrbi (Mudallal i dr. 2017, 9). Istraživanje Dall'Ora i suradnika (2020, 13) je također stajališta da su loša podrška nadređenog te loše vodstvo povezani s izgaranjem u sestrinstvu. Rezultati istraživanja Sadati i suradnika (2016) su pokazali da su depersonalizacija i potpuno sagorijevanje kod medicinskih sestara značajniji nego kod njihovih nadređenih. Ovo se stanje može objasniti na način da medicinske sestre snose najveću odgovornost i često rade bez ikakvog osjećaja osobnog postignuća ili da neke od njih očekuju da rade u svojstvu glavnih sestara, ali umjesto toga odrađuju dužnost sobne

medicinske sestre zbog nedostatka meritokracije. S druge strane, budući da sestre također imaju izravniji kontakt s pacijentima nego njihovi nadređeni i pružaju većinu medicinske njege, one pokazuju sve veće razine potpunog sagorijevanja (Sadati i dr. 2016, 5). Postoje naponi u domovima za dugotrajnu njegu u cilju poboljšanja društvenog statusa menadžera i izvršnog vodstva kako bi se kod osoblja promicalo zadovoljstvo poslom te bi se trebale razmotriti mogućnost pružanja odgovarajuće orijentacije i stalne obuke kako bi bili sigurni da menadžeri posjeduju odgovarajuće vještine i znanje za pružanje visokokvalitetne skrbi. Samo se ulaganjem u obrazovanje o vođenju medicinskih sestara na svim razinama može poboljšati zadovoljstvo, jer poboljšane vještine vođenja mogu promovirati kulturu podrške koja povećava kod zaposlenika zadovoljstvo poslom (Aloisio i dr. 2019, 6).

Hipoteza 2.3.3 koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog složenosti posla imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Kao i u prijašnjim podhipotezama, može se pretpostaviti da medicinske sestre koje verbalno izražavaju nezadovoljstvo i javno komentiraju teškoće koje im donosi složenost posla ne kumuliraju nezadovoljstvo i stres, već ga na taj način eliminiraju te najvjerojatnije time sprječavaju stvaranje više razine profesionalnog sagorijevanja. Za razliku od navedenih, medicinske sestre koje nastale probleme i stres nastao složenošću posla konstantno kumuliraju u sebi, javno ne komentiraju i ne izražavaju nezadovoljstvo, u konačnici mogu imati više izražen fenomen sagorijevanja.

Osim navedenog, dobivene rezultate mogli bismo objasniti i pretpostavkom da nezadovoljstvo složenošću posla treba gledati u smjeru da se medicinske sestre suočavaju s brojnim zahtjevima i izazovima na svakodnevnoj osnovi, uključujući visok tempo rada, potrebu za donošenjem brzih odluka, suočavanje s kritičnim pacijentima i njihovim obiteljima, stoga iskustvo rada s takvim izazovima može stvoriti određeni prag izdržljivosti. Iz toga razloga može se naglasiti da nezadovoljstvo zbog složenosti posla ne mora nužno dovesti do povećane razine sagorijevanja kod svake medicinske sestre. Neki zaposlenici mogu se nositi s takvim stresorima na konstruktivan način i pronaći načine za prevladavanje problema, dok drugi mogu osjećati povećani stres i iscrpljenost.

U istraživanju Pieters i Matheus (2014) uočeno je da složenost posla ima pozitivnu vezu sa sagorijevanjem što ukazuje na to da kada se od medicinskih sestara očekuje da obavljaju mnoge zadatke kao dio svojih dužnosti, one mogu doživjeti emocionalnu iscrpljenost i

cinizam. Također je primijećeno da će zbog nedostatka resursa te visokih zahtjeva i složenosti posla zaposlenici vjerojatno doživjeti sagorijevanje (Pieters i Matheus 2014, 10). Složenost posla uz veliko opterećenje i visoke radne i psihološke zahtjeve mogu dovesti do sagorijevanja (Dall'Ora i dr. 2020, 13). Prema Bakker i suradnicima (2014) do sada pregledane studije pružaju poseban obrazac povezanosti sagorijevanja i složenosti posla. S jedne strane, zahtjevi i složenost posla identificirani su kao glavni uzroci sagorijevanja, što zauzvrat dovodi do lošeg zdravlja i negativnih organizacijskih ishoda, dok s druge strane, resursi posla su identificirani kao glavni pokretači radnog angažmana, što zauzvrat dovodi do povećanog blagostanja i pozitivnih organizacijskih ishoda (Bakker i dr. 2014, 389–411).

Podhipoteza 2.3.4 koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo nedostatkom sredstava za rad imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. I za ovu varijablu, kao i za prethodnu, moglo bi se pretpostaviti da samozatajne medicinske sestre, koje za sebe zadržavaju nezadovoljstvo uslijed nedostatka sredstava za rad i ne izražavaju ga javno, potencijalno mogu imati višu razinu profesionalnog sagorijevanja od medicinskih sestara koje svoje nezadovoljstvo ne kumuliraju u sebi već ga javno iznose te time sprečavaju nastanak fenomena sagorijevanja. Dakle, prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza ne može potvrditi.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti i pretpostavkom da nije svaka medicinska sestra koja izražava nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad nužno sagorjela na poslu. Neki zaposlenici mogu se nositi s tim stresorima na konstruktivan način i pronaći načine za prevladavanje problema, dok drugi mogu osjećati povećani stres i iscrpljenost. Osim toga treba uzeti u obzir i neke druge faktore koji mogu utjecati na profesionalno sagorijevanje, zato rezultati istraživanja mogu biti ograničeni u odnosu na ovaj specifični traženi faktor nezadovoljstva nedostatkom sredstava za rad, te mogu ovisiti o drugim varijablama koje nisu istražene.

Kod Ashipala i Nghole (2022) studija je otkrila da je nedostatak materijala i opreme jedan od glavnih čimbenika zbog kojih medicinske sestre sagorijevaju u ustanovi gdje je provedeno ispitivanje. Sudionici su identificirali nedostatak opreme i stvari kao što su

kreveti, posteljina, maske za kisik, toplomjeri i aparati za krvni tlak, među ostalim, kao faktore koji pridonose sagorijevanju medicinskih sestara tim više što sestre potrošni materijal kao što su baterije, žarulje, termometri i sl. kupuju vlastitim novcem (Ashipala i Nghole 2022, 2986). Istraživanje Dall'Orsi i suradnika (2020) je pokazalo da nepovoljne karakteristike posla i sve vezano uz njih doprinosi sagorijevanju na poslu.

Podhipoteza 2.3.5 koja glasi „Medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog izostanka pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima ne osiguravaju zaključak da medicinske sestre koje izražavaju nezadovoljstvo zbog izostanka pohvala i nagrada imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Može se pretpostaviti, kao i kod prethodnih podhipoteza, da medicinske sestre koje su samozatajne, šute i javno ne izražavaju nezadovoljstvo kada se ne prepoznaju njihovi napori i rad u domu s korisnicima te izostaje pohvala od korisnika, rodbine, kolegica ili nadređenih imaju višu tendenciju prema profesionalnom sagorijevanju nego medicinske sestre koje svoje kumulirano nezadovoljstvo javno iskazuju i time smanjuju mogućnost nastanka fenomena profesionalnog sagorijevanja. Dakle, prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da se kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza ne može se potvrditi. Dobivene rezultate, osim navedenog, mogli bismo objasniti činjenicom da je sagorijevanje kompleksan fenomen koji može biti uzrokovao različitim čimbenicima, uključujući radne uvjete, interpersonalne odnose, organizaciju rada i sl., stoga nedostatak pohvala i nagrada može biti samo jedan od čimbenika koji doprinose osjećaju nezadovoljstva i manjoj motivaciji kod medicinskih sestara, ali ne nužno biti i uzrokom više razine sagorijevanja.

U istraživanju Basinska i Wilczek-Ruzyczka (2013) analiza je pokazala da su značajni čimbenici za sagorijevanje zahtjevi i dvije vrste nagrada, i to poštovanje i sigurnost posla. Osim toga rezultati su pokazali da emocionalna iscrpljenost ovisi prije svega o zahtjevima posla i u manjoj mjeri o nedovoljnom uvažavanju. Depersonalizacija je bila povezana s nedovoljnim poštovanjem, pretjeranim zahtjevima i u manjoj mjeri s većom sigurnošću posla. Smanjeni osjećaj osobnog postignuća medicinskih sestara bio je povezan s većom sigurnošću posla i prevelikim zahtjevima. Pretjerani zahtjevi i nedostatak poštovanja bili su ključni čimbenici koji su uzrokovali sagorijevanje među medicinskim sestrama. Nedostatak poštovanja i uvažavanja, zajedno s napredovanjem na poslu i plaćom, bili su znatno značajniji od nesigurnosti posla. Ovi su rezultati u skladu s rezultatima druge

studije koja pokazuje da medicinske sestre najveću frustraciju doživljavaju u slučaju ove dvije posebne vrste nagrađivanja (Basinska i Wilczek-Ruzyczka 2013, 599). Na makroorganizacijskoj razini uvedene su razne vrste nagrađivanja. Nagrade poštovanja i cijenjenje djelatnika obećavajuća su strategija za upravljanje i smanjenje negativnih posljedica rada. Ove vrste resursa ne povećavaju troškove funkcioniranja organizacije, već su uže povezane s kulturom rada. Studija pokazuje da sigurnost posla može povećati sagorijevanje, osobito ako su znatni naponi medicinskih sestara gotovo obavezni i ne donose očekivanu dobit (Basinska i Wilczek-Ruzyczka 2013, 601).

Za drugu hipotezu (H2) koja glasi da je razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana s mezofaktorima, s obzirom na dobivene rezultate podhipoteza u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, može se donijeti zaključak da hipoteza nije potvrđena.

3.5.5 Analiza treće hipoteze i povezanosti makrofaktora s profesionalnim sagorijevanjem

Treća je hipoteza glasila: „Razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana je s makrofaktorima na nivou država.“ U ovom istraživanju uključeni makrofaktori su razlike na nivou država kao što su zakonske norme, broj sestara na broj korisnika, formalno obrazovanje, ekonomske razlike odnosno plaće medicinskih sestara te COVID-19, a koji, u slučaju da su nepovoljni ili ograničavajući, možebitno mogu utjecati na nastanak i razinu profesionalnog sagorijevanja.

Ujedinjeni narodi i Europska unija već tri desetljeća ukazuju na ozbiljnost problema ubrzanog starenja stanovništva i posljedica koje iz toga proizlaze. U cilju rješavanja problema, svoja su djelovanja usmjerili k senzibilizaciji zemalja članica EU-a s provođenjem politike prilagođene potrebama i skrbi o starijim osobama. U Beču je 2012. g. održana konferencija o aktivnom starenju, na kojoj je usvojena „Ministarska politička deklaracija“. Ista je usmjerena na područja kao što su: društvena uključenost starijih osoba te duži radni vijek i sposobnost za rad; sudjelovanje, dostojanstvo i nediskriminacija; neovisnost starijih osoba i zdravlje te međugeneracijska solidarnost (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 4).

„Opredjeljenje Republike Hrvatske za zaštitom starijih osoba kao ranjive skupine proizlazi iz Ustava Republike Hrvatske: u članku 57., stavak 1. navedeno je da slabim, nemoćnim i

drugim, zbog nezaposlenosti ili nesposobnosti za rad, nezbrinutim osobama država osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potreba, u članku 63. stavak 4. djeca su dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje, te u članku 64., stavak 1. da je dužnost svih da štite djecu i nemoćne osobe. Starije i nemoćne osobe su u sustavu socijalne skrbi prepoznate kao posebno osjetljiva kategorija korisnika, članak 21. Zakona o socijalnoj skrbi („Narodne novine“ broj 157/13)“ (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 4).

Republika Hrvatska se ubraja među države s visokim udjelom starog stanovništva. Proces ubrzanog starenja je vrlo prisutan i prema novijim demografskim pokazateljima sredinom 2018. godine u Hrvatskoj je ukupno živjelo 832 612 osoba starih 65 i više godina što je 20,37% ukupnog stanovništva (MROSP¹⁷ 2023). U strateškom planu za razdoblje 2014. – 2016. u svrhu uspostave dugoročne strategije i sveobuhvatne skrbi o starijim osobama, Ministarstvo socijalne politike i mladih je definiralo ciljeve i načine njihova ostvarenja i to uspostavom sustavnog pristupa u socijalnoj skrbi za starije osobe kroz standardizaciju usluga za starije osobe, usklađivanjem cijena usluga koje se starijim osobama pružaju u mreži socijalnih usluga, redefiniranjem načina ostvarivanja prava iz socijalne skrbi te izradom Strategije skrbi o starijim osobama (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 4).

3.5.6 Analiza podhipoteza treće hipoteze

Podhipoteza 3.1. koja glasi „Medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje“ ne može se potvrditi.

Na temelju dobivenih rezultata moglo se zaključiti da medicinske sestre koje rade u domovima za starije osobe u Sloveniji nemaju manju razinu profesionalnog sagorijevanja, jer uspoređujući kliničke kategorije može se vidjeti da su gotovo identične u obje države. Nisko profesionalno sagorijevanje ima 1,5%, dakle vrlo mali broj ispitanika, točno polovina ispitanika ima srednju razinu, dok 48,5% ima visoku razinu sagorijevanja, stoga se hipoteza ne može potvrditi. Gledajući rezultate ispitanika u hrvatskim domovima, oni su gotovo identični, gdje 2% ima nisku razinu profesionalnog sagorijevanja, srednju razinu

¹⁷ Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike je državna institucija čija je uloga upravljanje politikom i programima koji se odnose na radnu snagu, mirovinski sustav, obiteljska pitanja i socijalnu politiku (MROSP 2023).

ima neznatno više od polovine ispitanika, dok 46,3% ima visoku razinu profesionalnog sagorijevanja.

Dakle, prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza prema kojoj medicinske sestre u Sloveniji u odnosu na medicinske sestre u Hrvatskoj imaju manje izraženo profesionalno sagorijevanje ne može se potvrditi.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti već navedenom činjenicom da se istraživanje u domovima za starije osobe provodilo za vrijeme pandemije COVID-a 19 kada su globalno gledajući uvjeti rada za sestre bili iznimno teški. Medicinske sestre bile su dodatno izložene stresnim situacijama, preopterećene poslom te emocionalne iscrpljene uz teške fizičke napore. Dakle, iako bi medicinske sestre u hrvatskim domovima u svakidašnjoj, regularnoj situaciji potencijalno mogle u nekim segmentima biti izloženije varijablama koje eventualno povećavaju fenomen sagorijevanja i susretati se s većim izazovima na radnom mjestu od medicinskih sestara u slovenskim domovima, upravo zbog specifičnih okolnosti koje su vladale u vrijeme provođenja ispitivanja rezultati su ispali u skladu s navedenim.

Prema istraživanju Leskovic i suradnika (2020) u slovenskim domovima za starije osobe uočeno je povećanje sindroma sagorijevanja između 2013. i 2020. godine. Ispitanici su pokazivali pojačanu emocionalnu iscrpljenost i nedostatak osobnih postignuća tijekom pandemije COVID-19, dok se depersonalizacija nije statistički razlikovala. Tijekom pandemijske krize zdravstveni radnici su bili manje zadovoljni svojim poslom kao i zadovoljstvom rada domova za starije osobe te radom državnih institucija i političara koji su izravno utjecali na njihove uvjete rada i prepoznatljivost u društvu. Pandemija bolesti COVID-19 značajno je pogoršala već postojeće sindrome sagorijevanja zdravstvenih radnika u domovima za starije osobe u slovenskim ruralnim područjima. Zadovoljstvo poslom pokazalo se kao relevantan prediktor sindroma izgaranja. Uočena je negativna korelacija između zadovoljstva poslom u 2020. i emocionalne iscrpljenosti i osobnog postignuća u 2013. i 2020 (Leskovic i dr. 2020, 667–671).

Podhipoteza 3.2 koja glasi „Veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezan je s višom razinom profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi. Testom korelacije istraživala se povezanost negativnih učinaka COVID-a 19 kao što su stres, emocionalna iscrpljenost, duže radno vrijeme, smjenski rad i distanciranost kolega s radom medicinskih sestara u novonastalim uvjetima pandemije te njihova

povezanost s profesionalnim sagorijevanjem. Iako se dobiveni rezultat statistički značajno razlikovao od normalne distribucije, zbog negativne korelacije koja objašnjava da se upravo manji broj percipiranih negativnih učinaka povezuje s višom razinom profesionalnog sagorijevanja, a uz to popraćeno vrlo slabom povezanošću, rezultat se ipak ne može smatrati značajnim. Time se može zaključiti da veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 povezanih s radnim uvjetima nije povezan s višom razinom profesionalnog sagorijevanja, stoga se hipoteza ne može potvrditi. Vezano za ispitanike u slovenskim domovima, dobiveni rezultati bili su gotovo identični kao i kod hrvatskih ispitanika te se može zaključiti da kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza prema kojoj se veći broj percipiranih negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete povezuje s višom razinom profesionalnog sagorijevanja, ne može se potvrditi.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da medicinske sestre koje percipiraju veći broj negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete mogu imati neugodna i stresna iskustva te biti iscrpljene ili anksiozne, što se ne mora nužno povezivati s višom razinom profesionalnog sagorijevanja. Stoga, iako percepcija negativnih učinaka COVID-a 19 na radne uvjete može biti prisutna kod medicinskih sestara, različiti faktori mogu utjecati na njihov doživljaj. Važno ih je analizirati, vidjeti njihov utjecaj te procijeniti mogu li se medicinske sestre adekvatno nositi s tim, što može isključiti povezanost s višom razinom profesionalnog sagorijevanja.

U istraživanju Galanis i suradnika (2021) rezultati su pokazali značajnu prevalenciju sagorijevanja medicinskih sestara tijekom pandemije. Također, veći zahtjevi posla i opterećenje, složenost i pritisak posla te radno vrijeme tijekom pandemije povećavaju stres vezan uz posao medicinskih sestara što dovodi do emocionalne iscrpljenosti. S druge strane, tijekom pandemije COVID-a 19 doživjele su depersonalizaciju i niska osobna postignuća. To se može objasniti empatijom i osjećajima koje su razvile prema pacijentima pozitivnim na COVID-19 tijekom zastrašujuće situacije i utjecaja pandemije na živote svih pojedinaca. Pandemija može potaknuti suosjećajno ponašanje među medicinskim sestrama povezujući ih s pacijentima na dubljoj razini. Također, učinkovito liječenje i njega pacijenata s COVID-om 19 poboljšavaju moralni osjećaj medicinskih sestara u smislu da su kompetentne i uspješne u obavljanju svoje dužnosti (Galanis i dr. 2021, 3296). Zaključak Jamebozorgi i suradnika (2022) je pokazao da je razina sagorijevanja u vrijeme pandemije bila visoka, naglašavajući utjecaj psihološkog stresa u okolnostima pandemije te fizičke iscrpljenosti zbog preopterećenosti poslom, nedostatka osoblja i potrebne opreme za pružanje skrbi pacijentima (Jamebozorgi i dr. 2022, 5). Prema Duarte i suradnicima

(2020) rad na "prvoj crti" s ljudima oboljelim od COVID-a 19 jedna je od rijetkih kovarijabli koje su značajno povezane sa sagorijevanjem. Pandemija je pogoršala postojeće rizike i pokrenula nove rizike, uključujući rizik od izloženosti patogenu, dugo radno vrijeme, povećani obujam i težinu pacijenata, kritično donošenje odluka, psihološki stres, umor i veliku zabrinutost zbog potencijalnog prijenosa bolesti na njihove obitelji (Duarte i dr. 2020, 7). Matsuo i suradnici (2020) su u svom istraživanju naveli da je 46,8% medicinskih sestara doživjelo sagorijevanje tijekom pandemije, i to one mlađe životne dobi u prosjeku 28 godina starosti, preopterećene poslom te one koje su očekivale uvažavanje i poštovanje (Matsuo i dr. 2020). Tan i suradnici (2020) su u svojim rezultatima naveli da je u vrijeme trajanja pandemije pragove sagorijevanja doseglo skoro 80%. Zaključili su da je viši obrazovni status povezan s višim stupnjem sagorijevanja, jer je vjerojatno povezan s radnim stažem u zdravstvu, a time i većim odgovornostima (Tan i dr. 2020, 1753).

Za razliku od ostalih, istraživanje Guixia i Hui (2020) je pokazalo da sagorijevanje medicinskih sestara u razdoblju COVID-a 19 nije bilo statistički značajno u pogledu dobi, spola, godina radnog staža, tehničkog zvanja i obrazovanja, što u nekim varijablama odgovara istraživanjima ove disertacije (Guixia i Hui 2020, 33).

Podhipoteza 3.3 koja glasi „Medicinske sestre s većim brojem korisnika po jednoj medicinskoj sestri imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi. Primijenjenim testom nije se dokazala statistički značajna razlika koja ukazuje da medicinske sestre koje imaju veći broj korisnika na jednu medicinsku sestru izražavaju nezadovoljstvo zbog toga, a posljedično time i višu razinu profesionalnog sagorijevanja na radnom mjestu te se hipoteza ne može potvrditi, što je bio slučaj i kod slovenskih medicinskih sestara.

Dobivene rezultate mogli bismo objasniti pretpostavkom da je razlog adekvatna oprema za rad s korisnicima i materijal, čime se medicinskim sestrama stvara manje stresa i pritiska tijekom rada s većim brojem korisnika. Jedan od razloga može biti i dobra edukacija gdje su sestre dobro obučene i educirane o svojim zadacima i obvezama čime se osigurava smanjen teret rada prilikom većeg broja korisnika, ili u konačnici može biti utjecaj drugih varijabli koje nisu bile istražene, a koje su u istraživanju utjecale na konačni rezultat.

Kod istraživanja Ashipala i Nghole (2022) sudionici su izjavili da rade pod pritiskom upravo zbog velikog broja pacijenata na jednu medicinsku sestru. Većina medicinskih sestara ima veliko radno opterećenje jer rade same na svojim odjelima zbog nedostatka

osoblja. Omjer pacijent – medicinska sestra je nejednak, jedna medicinska sestra brine za 30 – 40 pacijenata. Veliki priljev pacijenata dovodi do prenapučenosti, uzrokujući emocionalnu iscrpljenost medicinskih sestara koje se moraju nositi s velikim brojem pacijenata kada ih je malo u službi što je jedan od čimbenika sagorijevanja (Ashipala i Nghole 2022, 2985–2986).

Istraživanje Dall’Ora i suradnika (2020) je pokazalo da su nepovoljne karakteristike posla kao što su veliko radno opterećenje, mali broj osoblja, duge smjene i psihološki zahtjevi povezane sa sagorijevanjem u sestrinstvu (Dall’Ora i dr. 2020, 13).

Podhipoteza 3.4. koja glasi „Medicinske sestre s nižim osobnim primanjima imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja“, ne može se potvrditi.

Rezultati ispitanika u hrvatskim domovima ne osiguravaju zaključak da osobna primanja utječu na višu razinu profesionalnog sagorijevanja. Na temelju dobivenih rezultata koji se podudaraju s hrvatskim rezultatima, ni kod slovenskih ispitanika niža osobna primanja nisu utjecala na višu razinu profesionalnog sagorijevanja pa se može zaključiti da se kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, podhipoteza ne može se potvrditi.

Zadovoljstvo plaćama među medicinskim sestrama i u Engleskoj je palo na najnižu razinu od 2017., sa samo 28% zadovoljnih svojom razinom plaća, u usporedbi s 32,5% u 2020. Voditeljica odjela za zdravstvo je rekla da rezultati pokazuju nužnost da se osoblju značajno poveća plaća jer će ono tražiti bolju plaću i manje stresa negdje drugdje, što je katastrofa za skrb o pacijentima. Razmjeri razočaranja osoblja koje se očituje i u drugim aspektima kao i zabrinutosti oko standarda skrbi trebali bi biti ogromno upozorenje za vladu koja bi trebala poduzeti mjere kojima bi pokazala da se djelatnici cijene (Mitchell 2022).

Nalazi istraživanja McHugh i Ma (2014) su u korelaciji s istraživanjima ovoga rada, odnosno podudaraju se u aspektu da plaće ne moraju biti uzrokom sagorijevanja. Oni sugeriraju da bolje plaće ne objašnjavaju vezu između rada u ustanovi s dobrim osobljem i okruženjem te ishoda kao što su sagorijevanje medicinskih sestara, ili nezadovoljstvo poslom s namjerom odlaska. Iako su dobre plaće važne, intervencije koje poboljšavaju radno okruženje i održavaju adekvatan broj osoblja mogu biti važnije za privlačenje i zadržavanje zadovoljnih medicinskih sestara u dotičnoj ustanovi (McHugh i Ma 2014, 78).

Za treću hipotezu (H3) koja glasi da je razina profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara povezana s makrofaktorima, s obzirom na dobivene rezultate

podhipoteza u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, može se donijeti zaključak da hipoteza nije potvrđena.

3.5.7 Analiza četvrte hipoteze

Četvrta je hipoteza glasila: „Mezofaktori imaju veći utjecaj na profesionalno sagorijevanje od mikrofaktora.“ U ovom istraživanju uključeni mezofaktori su institucije odnosno domovi za starije osobe – državni i privatni u Hrvatskoj i Sloveniji, te vezano uz domove uvjeti rada i radno vrijeme, dok s druge strane mikrofaktori uključuju dob ispitanika, radni staž, staž na radnom mjestu, ageizam, skrb o članovima obitelji, bračno stanje i obrazovanje ispitanika. Za ovu hipotezu primijenjena je regresijska analiza čiji je cilj procijeniti kako se vrijednosti jedne varijable (nezavisna varijabla ili prediktor) mijenjaju s promjenama u vrijednostima druge varijable (ovisna varijabla ili odgovor). Prema rezultatima regresijske analize, može se zaključiti da mezofaktori imaju veći utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja od mikrofaktora. U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi (Tablica 58), mezovarijable su pokazale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja, što se pokazalo i u drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi, gdje su mezovarijable i dalje imale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja, dok se utjecaj mikrovarijabli nije promijenio. Uspoređujući s rezultatima slovenskih ispitanika može se vidjeti sličan zaključak. U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi (Tablica 99), mezovarijable su pokazale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s mikrovarijablama. Što se tiče druge hijerarhijske regresijske analize, iako su mikrofaktori pokazivali rezultat koji je bio statistički značajan te je sa 6,4% objašnjena varijanca zavisne varijable rezultata na upitniku, mezovarijable su i dalje imale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja s većim postotkom od 8,8%.

Dakle, prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza prema kojoj mezofaktori, kao što su vrste ustanova, radno vrijeme i uvjeti rada, imaju značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s mikrofaktorima kao što su dob, radni staž, obrazovanje i slično, može se potvrditi.

S obzirom na originalnost hipoteze, kojom se žele potvrditi značajniji faktori koji imaju veći utjecaj na profesionalno sagorijevanje, komparacija s ostalim radovima bit će

rašćlanjena. Naime, u dostupnoj literaturi autori nisu u svojim radovima navedene mikro i mezovarijable grupirali upravo na način kako je grupirano u ovom istraživanju, već su pojedinačno naveli i analizirali njihov značaj na profesionalno sagorijevanje, stoga se dobiveni rezultati ne mogu komparirati kao mikro i mezofaktori grupno, nego pojedinačno prema pojedinim varijablama.

Da je radno vrijeme jedan od značajnih čimbenika za nastanak profesionalnog sagorijevanja, u svojim su radovima potvrdili (Stimpfel i dr. 2012, 2505; Mc Gilton i dr. 2013, 778; Chou i dr. 2014, 3; Shahriari i dr. 2014, 364; Han i dr. 2015, 3227; Sadati i dr. 2016, 3; Elbarazi i dr. 2017, 5; Vidotti i dr. 2018, 6; Dyrbye i dr. 2019, 693; White i dr. 2019, 4; Dall'Oral i dr. 2020, 13; Haller i dr. 2020, 454; Kelly 2021, 99; Shah i dr. 2021, 5) što ide u prilog potvrđenoj hipotezi. Uvjeti rada također mogu biti iznimno značajni u nastanku profesionalnog sagorijevanja što su dokazali (Aiken i dr. 2013, 152; You i dr. 2013, 158; Wang i dr. 2013, 2896; Gasparino 2014, 214; Zhang i dr. 2014, 133; White i dr. 2015, 7; Al-Hamdan i dr. 2016, 5; Nantsupawat i dr. 2016, 5; Nowakowska i dr. 2016, 308; Aronsson i dr. 2017, 10; Chamberlain i dr. 2017, 13; Eltaybani i dr. 2017; Costello i dr. 2018, 1214; Al Sabei i dr. 2019, 6; White i dr. 2019, 163; 10; Dall'Oral i dr. 2020, 13; Brooks Carthon i dr. 2021, 10; Shah i dr. 2021, 3; Montañés Muro i dr. 2022, 3), a što je također u skladu s potvrđenom hipotezom. U svojim istraživanjima razni autori opisuju značaj vlasništva ustanove, bilo državne bilo privatne, te njen utjecaj na profesionalno sagorijevanje (Åhlin i dr. 2014, 283–284; Estabrooks i dr. 2015, 55; Iecovich i Avivi 2015, 4; Sadati i dr. 2016, 3; Kandelman i dr. 2017, 9; Winblad i dr. 2017, 10; Aeschbacher i Addor 2018, 8) što također ide u prilog potvrđenoj hipotezi.

Stoga, zaključak da mezofaktori, poput radnog vremena, vrste ustanove i uvjeta rada, imaju veći značaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s mikrofaktorima kao što su dob, radni staž, obrazovanje i sl. može ukazati na važnost promatranja mezofaktora prilikom razvijanja strategija za sprječavanje profesionalnog sagorijevanja kod zaposlenika u domovima za starije osobe.

3.5.8 Analiza pete hipoteze

Peta je hipoteza glasila: „Mezofaktori imaju veći značaj na profesionalno sagorijevanje od makrofaktora.“ U ovom istraživanju uključeni mezofaktori su identični kao i u četvrtoj

hipotezi, a to su institucije, odnosno domovi za starije osobe – državni i privatni u Hrvatskoj i Sloveniji, te vezano uz domove uvjeti rada i radno vrijeme, dok s druge strane makrofaktori uključuju zakonske razlike na nivou država kao što su broj korisnika na jednu medicinsku sestru, osobna primanja odnosno plaće, formalno obrazovanje i COVID-19. Za ovu hipotezu primijenjena je regresijska analiza čiji je cilj procijeniti kako se vrijednosti jedne varijable (nezavisna varijabla ili prediktor) mijenjaju s promjenama u vrijednostima druge varijable (ovisna varijabla ili odgovor). Prema rezultatima regresijske analize, može se zaključiti da mezofaktori imaju veći utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja od makrofaktora. U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi mezovarijable su pokazale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s makrovarijablama. U drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi mezovarijable su i dalje imale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja, dok se utjecaj mikrovarijabli nije promijenio (Tablica 59). Uspoređujući rezultate sa slovenskim ispitanicima može se vidjeti sličan zaključak. U prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi mezovarijable su pokazale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s makrovarijablama. U drugoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi (Tablica 100) mezovarijable su i dalje imale značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja, dok se utjecaj makrovarijabli nije promijenio.

Dakle, prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da kod ispitanika u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, hipoteza prema kojoj mezofaktori, kao što su vrste ustanova, radno vrijeme i uvjeti rada, imaju značajniji utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s makrofaktorima kao što su broj korisnika na jednu medicinsku sestru, osobna primanja, odnosno plaće, formalno obrazovanje i COVID-19, može se potvrditi.

S obzirom na originalnost hipoteze kojom se žele potvrditi značajniji faktori koji imaju veći utjecaj na profesionalno sagorijevanje, komparacija s ostalim radovima bit će raščlanjena. Naime, u dostupnoj literaturi autori nisu u svojim radovima navedene makro i mezovarijable grupirali upravo na način kako je grupirano u ovom istraživanju, već su pojedinačno naveli i analizirali njihov značaj na profesionalno sagorijevanje, stoga se dobiveni rezultati ne mogu komparirati kao makro i mezofaktori grupno, nego pojedinačno prema pojedinim varijablama.

S obzirom na to da su i kod ove hipoteze rezultati vezani uz mezofaktore identični kao i kod četvrte hipoteze, svi relevantni autori istraživanja već su navedeni u četvrtoj hipotezi, stoga zaključak da mezofaktori, poput radnog vremena, vrste ustanove i uvjeta rada, imaju veći utjecaj na nastanak profesionalnog sagorijevanja u usporedbi s makrofaktorima kao

što su broj korisnika na jednu medicinsku sestru, osobna primanja, odnosno plaće, formalno obrazovanje i COVID-19, može ukazati na važnost promatranja mezofaktora prilikom razvijanja strategija za sprječavanje profesionalnog sagorijevanja kod zaposlenika u domovima za starije osobe.

3.5.9 Međusobna interakcija mikro, mezo i makrofaktora

Na temelju navedenih informacija o profesionalnom sagorijevanju medicinskih sestara koje rade u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji važno je napomenuti i razumjeti da profesionalno sagorijevanje nije uvijek posljedica jednog uzroka, već je to kompleksan proces koji može biti rezultat složene interakcije između različitih razina mikro, mezo i makrofaktora, stoga svaki pojedinačni slučaj sagorijevanja može imati jedinstvene karakteristike.

Mezofaktori, kao što su institucionalni čimbenici, mogu posredovati između mikro i makrofaktora te utjecati na profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara.

Može se navesti primjer interakcije mikro s mezofaktorima. Mikrofaktori, koje sačinjavaju individualne karakteristike medicinskih sestara, poput razine obrazovanja i godina radnog staža, mogu utjecati na to kako se sestre percipiraju u okruženju domova. Ako institucija pruža podršku razvoju i napredovanju zaposlenika, sestre se mogu osjećati cijenjenije i motiviranije u svom radu. S druge strane, može se sagledati interakcija mezo s mikrofaktorima. Radni uvjeti, poput preopterećenosti poslom i nedostatka resursa, mogu utjecati na individualno iskustvo medicinskih sestara. Loši radni uvjeti mogu povećati osjećaj iscrpljenosti i frustracije među sestrama, bez obzira na njihove osobne karakteristike.

Mezofaktori također mogu imati interakciju s makrofaktorima vezanim uz državne karakteristike. Uvjeti rada u domovima za starije i nemoćne osobe u različitim zemljama mogu se znatno razlikovati. Ako makrofaktori, kao što su plaće i broj sestara na jednog korisnika, nisu adekvatni za pružanje kvalitetne njege, bez obzira na relativno dobre uvjete rada, to u nekim slučajevima može povećati rizik od sagorijevanja među medicinskim sestrama. S druge strane, makrofaktori na razini države, politike i regulative koje se odnose na rad i organizaciju njege u domovima za starije osobe mogu korelirati s mezofaktorima kao što su uvjeti rada. Na primjer, povećanje ulaganja u zdravstveni sustav može poboljšati uvjete rada i smanjiti opterećenje poslom među medicinskim sestrama što opet kod nekih

sestara može utjecati na mogućnost odnosno prevenciju nastanka sagorijevanja. Mikrofaktori poput obrazovanja, životne dobi, godine radnog staža, bračnog stanja i sl. mogu biti u interakciji s makrofaktorima. Bez obzira je li osoba mlađa ili starija, različitog bračnog statusa i ostalih individualnih karakteristika, ako je financijski neadekvatno stimulirana ili preopterećena poslom, jer mora sama brinuti o velikom broju korisnika, mogu se očekivati negativne posljedice.

Zbog kompleksnosti procesa profesionalnog sagorijevanja te boljeg razumijevanja tog fenomena potrebna su daljnja istraživanja koja bi dublje analizirala međudnos i utjecaj svih navedenih faktora.

3.5.10 Znanstveni doprinos istraživanja

Ovo istraživanje o profesionalnom sagorijevanju medicinskih sestara predstavlja značajan znanstveni doprinos iz nekoliko razloga:

Kompleksni pristup – Istraživanje ima sveobuhvatan i kompleksan pristup jer obuhvaća različite razine utjecaja na profesionalno sagorijevanje. Analizira mikrofaktore (individualne karakteristike ispitanika), mezofaktore (strukturne i radne karakteristike) te makrofaktore (socio-ekonomske karakteristike), što se u dosadašnjim istraživanjima nije provodilo na ovakav način i u ovakvom obimu.

Novi kontekstualni utjecaj – Istraživanje ide korak dalje u analizi i opisu kontekstualnog utjecaja na različitim razinama (mikro, mezo i makro). Ovakav pristup omogućuje bolje razumijevanje složenih interakcija između različitih čimbenika koji mogu imati značaj na profesionalno sagorijevanje.

Komparativna analiza – Istraživanje uspoređuje rezultate između dvije države, Slovenije i Hrvatske. Ovo omogućuje razumijevanje razlika i sličnosti u profesionalnom sagorijevanju medicinskih sestara u različitim okruženjima te pruža mogućnost identificiranja specifičnih problema ili obrazaca ponašanja u svakoj državi.

Ispunjavanje praznina u istraživanju – Dosadašnja istraživanja pristupala su problemu jednostrano, usredotočujući se samo na profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u jednoj zemlji. Ovom komparativnom analizom ispunjava se praznina u istraživanju i omogućuje cjelovitija slika o fenomenu profesionalnog sagorijevanja.

Prepoznavanje simptoma, pružanje podrške i intervencije – Pisanje o ovoj aktualnoj problematici može pomoći u prepoznavanju simptomatologije te traženju pomoći i rješenja

koja bi uvelike spriječila nastanak komplikacija u slučaju zanemarivanja simptoma kod medicinskih sestara bilo u psihičkom, fizičkom ili emocionalnom segmentu. Osim edukacije samih djelatnika, iznimno je važna i edukacija javnosti koja bolje može razumjeti stresne uvjete rada medicinskih sestara te time pružiti zasluženu podršku i zahvalnost prema njihovom radu. Pisanje o ovom problemu može potaknuti inicijative usmjerene na mogućnost kreiranja intervencija kojima bi se uspješno moglo prevenirati ili ublažiti posljedice sagorijevanja.

Potencijal za buduća istraživanja – Ovakav pristup i kompleksna analiza pružaju temelj za buduća istraživanja u ovom području. Rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao polazna točka za daljnje istraživanje i istraživanje drugih aspekata profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara.

S obzirom na sve navedeno, ovo istraživanje ima potencijal obogatiti znanje o profesionalnom sagorijevanju medicinskih sestara, pruža uvid u kompleksne uzroke i kontekstualne faktore te predstavlja temelj za daljnje istraživanje i razvoj intervencija s ciljem poboljšanja dobrobiti medicinskih sestara i smanjenja profesionalnog sagorijevanja u njihovoj profesiji.

3.5.11 Ograničenja istraživanja

Provođenje istraživanja o profesionalnom sagorijevanju medicinskih sestara u Hrvatskoj i Sloveniji u domovima za starije osobe predstavljalo je popriličan izazov uz mnoštvo nepovoljnosti i ograničenja s obzirom na to da se provodilo u vrijeme trajanja pandemije COVID-a 19. Ta ograničenja uključivala su sljedeće:

Ograničen pristup sudionicima: Pandemija je u potpunosti blokirala bilo kakav pristup i posjet domovima za starije osobe u obje države zbog mjera karantene što se odrazilo i na sam odabir načina provođenja istraživanja, kao i odabir samog instrumenta. Iako je primarno bilo odlučeno da će se za istraživanje koristiti Maslach burnout inventory (MBI) upitnik, u konačnici to nije bilo moguće. Distributer upitnika za Hrvatsku, izdavačka kuća „Naklada Slap“, u svojoj ponudi je imala samo pisani oblik upitnika koji se mogao koristiti kontaktno samo u papirnatom obliku. Iako je životna situacija omogućavala samo online rad i kontakte, uz zamolbu za eventualnim preoblikovanjem u e-formu upitnika, dozvola nije ishodovana, stoga se morala tražiti adekvatna zamjena navedenom instrumentu.

Provođenje ispitivanja elektroničkim putem: Zbog navedene situacije ispitivanje se provodilo online što je zahtijevalo kontaktiranje svih ravnatelja domova u Hrvatskoj i Sloveniji kao i njihovih glavnih sestara uz zamolbu da distribuiraju upitnik svojim kolegama i kolegicama te ih motiviraju na ispunjavanje upitnika. Takav način ispitivanja dovodio je do selektivnog uzorka i ovisio je isključivo o dobroj volji ravnatelja, glavnih sestara kao i njihovih kolegica koje su u iznimno teškim uvjetima pandemije još dobile dodatni zadatak ispunjavanja upitnika. Kod nekih je sudionika bio evidentan problem korištenja elektroničkih alata jer se upitnik distribuirao putem Vibera, WhatsAppa, Messsengera, e-maila i sl. Nekim sudionicima ovo je bio prvi susret s takvim načinom korištenja novih tehnologija te su u startu odustajali, što je dovelo do manjeg broja sudionika i opet moguće selektivnosti uzorka.

Velik broj osoblja na bolovanju: Pandemija COVID-a 19 dovela je do povećanog bolovanja osoblja zbog čega su djelatnici radili u smanjenom obimu te su ravnatelji često odbijali suradnju i mogućnost provođenja istraživanja što je utjecalo na način provođenja istog.

Preopterećenost poslom i nezainteresiranost: Zbog povećane brige o zdravlju korisnika domova za starije osobe, kao i zabrinutosti za osobno zdravlje, medicinske sestre, osim preopterećenosti poslom, također su se suočavale s emocionalnom, psihičkom i tjelesnom iscrpljenošću što je svakako za posljedicu imalo smanjen interes za sudjelovanje u istraživanju i ispunjavanju upitnika.

Poteškoće s prikupljanjem pouzdanih podataka: Pandemija je mogla imati utjecaj na točnost i pouzdanost podataka koje su ispitanici ispunjavali u upitniku zbog promjena u radnim uvjetima, zdravlju sudionika kao i zbog uvođenja različitih mjera suzbijanja koje su mogle utjecati na ponašanje i mentalno zdravlje, što je moglo imati posljedice na rezultate istraživanja, kao i neki drugi faktori.

Vremenski okvir: Pandemija je produljila vremenski okvir istraživanja jer je bilo potrebno prilagoditi planiranje, prikupljanje podataka i analizu.

Unatoč ovim ograničenjima, istraživanje o profesionalnom sagorijevanju u domovima za starije osobe može pružiti vrijedan uvid u izazove medicinskih sestara s kojima se svakodnevno susreću u svom radu s ovom ranjivom populacijom o kojoj brinu. Važno je uzeti u obzir ove ograničavajuće čimbenike prilikom interpretacije kako bi se stekao uvid rezultata istraživanja i zaključaka.

Treba apostrofirati da s uzorkom osoblja koje se odazvalo, instrumentom koji je korišten, načinom kojim je primijenjen te uvjetima koji su vladali u datom trenutku, dobiveni su

rezultati koji bi možda u nekim drugim uvjetima, s drugom vrstom instrumenta ili ispitanika dali drugačije rezultate.

4 ZAKLJUČAK

Profesionalno sagorijevanje uvršteno je u 11. reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) kao profesionalni fenomen, a ne kao medicinsko stanje. Prema MKB-11 definicija glasi: „Sagorijevanje je sindrom koji je konceptualiziran kao posljedica kroničnog stresa na radnom mjestu koji se nije uspješno ovladao.“

Karakteriziraju ga tri dimenzije: osjećaj gubitka energije ili iscrpljenost, povećana mentalna udaljenost od posla, osjećaj negativizma ili cinizma u vezi s poslom te smanjena profesionalna učinkovitost (World Health Organization).

U ovoj disertaciji istražena je tema profesionalnog sagorijevanja, stanja emocionalne, fizičke i mentalne iscrpljenosti uzrokovanog prekomjernim i dugotrajnim stresom medicinskih sestara u domovima za starije osobe. Svrha ovog istraživanja bila je utvrditi kroz niz varijabli postoji li i u kojoj je mjeri prisutno profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj i Sloveniji. Cilj istraživanja bio je utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe te opisati kontekstualni utjecaj na mikro, mezo i makrorazini odnosno utvrditi povezanost mikrofaktora i utjecaj individualnih karakteristika ispitanika na profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara; utvrditi povezanost mezofaktora i utjecaj radnih karakteristika na profesionalno sagorijevanje te utvrditi povezanost makrofaktora i utjecaj socio-ekonomskih karakteristika na profesionalno sagorijevanje, kao i pružiti sveobuhvatno razumijevanje ovog problema.

Rezultati su istraživanja pokazali da su sve medicinske sestre u obje države, Hrvatskoj i Sloveniji, izložene profesionalnom sagorijevanju. Prema kliničkim kategorijama u Hrvatskoj samo 2% od 240 ispitanih medicinskih sestara ima nisko profesionalno sagorijevanje, srednje ima 52%, dok visoki stupanj profesionalnog sagorijevanja ima 46%. U slovenskim domovima od ukupno 196 ispitanika nisko profesionalno sagorijevanje također kao i u Hrvatskoj ima 2%, točno polovina ima srednje i 48% ima visoki stupanj profesionalnog sagorijevanja. Iako je pretpostavka bila da medicinske sestre u Hrvatskoj imaju višu razinu profesionalnog sagorijevanja, istraživanje je pokazalo da medicinske sestre u slovenskim domovima za starije osobe imaju gotovo identične rezultate

profesionalnog sagorijevanja kao i hrvatske kolege/ice. Jedan od važnih faktora utjecaja na dobivene rezultate je i vrijeme provođenja istraživanja koje je realizirano u periodu postojeće pandemije COVID-a 19 kada su medicinske sestre bile dodatno opterećene novim pravilima i medicinsko-tehničkim postupcima koji su se gotovo dvije godine primjenjivali, kako u medicinskim tako i u socijalnim ustanovama, odnosno u domovima za starije osobe u obje države. Druga otegotna okolnost, također vezana za pandemiju, je velik broj bolovanja i manjak medicinskih sestara na radnim mjestima upravo zbog širenja zaraze i obolijevanja osoblja koje bi ostajalo u izolaciji, a njihov posao preuzimale su medicinske sestre koje su ostajale i radile prekovremeno sa znatno manjim brojem kolegica u smjeni od predviđenog s uvijek istim brojem korisnika u otežanim radnim uvjetima.

U samom upitniku medicinske sestre su imale mogućnost nadopunjavanja odgovora vezanih uz promjene na radnom mjestu za vrijeme COVID-a 19, odnosno što im je pandemija donijela, na što su odgovorile: anksioznost, razdražljivost, manjak strpljenja, nezahvalnost obitelji korisnika, iscrpljenost, stres i veliki umor, demoraliziranost (uz sav trud epidemija se nezaustavljivo širi), distanciranost od korisnika, svakodnevno nošenje dodatne zaštitne opreme, više administrativnog i ostalog posla, novu organizaciju rada, nekolegijalnost, negativan utjecaj na privatni život i obitelj te ugrožavanje vlastitih obitelji uz prijenos bolesti, strah od zaraze i posljedica bolesti za korisnike i obitelj, velik broj prekovremenih radnih sati koji nisu adekvatno plaćeni, otuđenost od prijatelja, teži uvjeti rada uz veću odgovornost i sl.

Dakle, iz navedenog se vidi da su brojni faktori imali ulogu kod profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara u domovima za starije osobe, uključujući visok intenzitet rada uz otežane uvjete i povećan broj radnih sati, nedostatak podrške od strane kolega, rodbine i menadžmenta, fizičku i emotivnu iscrpljenost te osjećaj niskog osobnog postignuća.

Vezano za kontekstualni utjecaj na mikro, mezo i makrorazini iz dobivenih rezultata ispitanika, može se zaključiti da utjecaj individualnih karakteristika mikrofaktora kao što su obrazovanje, životna dob, godine radnog staža ukupno kao i godine na sadašnjem radnom mjestu, ageizam, briga o članovima obitelji te bračno stanje, nemaju znatan učinak na profesionalno sagorijevanje. U ovom istraživanju također se može zaključiti da rezultati dobiveni iz socio-ekonomskih karakteristika makrofaktora koji su vezani uz neke zakonske norme, kao što su formalno obrazovanje, broj sestara na jednog korisnika, ekonomski

činitelji odnosno plaće, također nemaju znatan učinak na profesionalno sagorijevanje. Za razliku od prethodnih, istraživanje je pokazalo da utjecaj strukturalnih i radnih karakteristika mezofaktora, kao što su institucije, odnosno domovi za starije osobe u vlasništvu države ili privatnika kao i uvjeti rada te radno vrijeme u ustanovi, mogu imati znatniji učinak na profesionalno sagorijevanje. Važno je navesti da profesionalno sagorijevanje može dovesti do negativnih posljedica, kako za same medicinske sestre tako i za kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi starijim osobama.

Sveukupno, rezultati istraživanja pokazuju da je profesionalno sagorijevanje značajan problem među medicinskim sestrama koje rade u domovima za starije osobe, međutim, s odgovarajućom podrškom i resursima, moguće je spriječiti i na neki način upravljati sagorijevanjem u ovom okruženju. To se može provesti davanjem prioriteta razvoju poticajnog i inkluzivnog radnog okruženja i uvjeta rada u cilju smanjenja stresa te emotivne i fizičke iscrpljenosti kod medicinskih sestara, pružanjem prilika za profesionalni rast i razvoj organiziranjem redovitih edukacija i treninga kojima će se pomoći medicinskim sestrama da se nose s emocionalnim zahtjevima svog posla te edukacijama o različitim aspektima njege starijih osoba. Osim toga, iznimno je važno pružanje adekvatne podrške od strane menadžmenta i kolega te pružanje učinkovite podrške i resursa medicinskih sestara koje dožive profesionalno sagorijevanje. Provođenjem takve politike u ustanovi, moguće je promicati dobrobit i otpornost medicinskih sestra u ovom izazovnom i važnom području socijalne i zdravstvene skrbi.

Preporuke medicinskom osoblju za sprječavanje profesionalnog sagorijevanja na radnom mjestu:

- postaviti realne ciljeve i očekivanja, ako je moguće izbjegavati preuzimanje previše posla te poboljšati raspored
- zagovarati resurse kojima bi medicinske sestre mogle imati slobodno vrijeme i odgovarajuće naknade za rad
- poticati brigu o sebi, odmarati se tijekom dana ili u slobodno vrijeme, dovoljno spavati, zdravo se hraniti, redovito vježbati i uživati u hobijima
- postaviti jasne granice između posla i osobnog života, izbjegavati rad izvan redovnog radnog vremena i odvojiti vrijeme za aktivnosti koje pružaju zadovoljstvo
- vježbati tehnike upravljanja stresom kao što su meditacija, duboko disanje, joga ili druge tehnike opuštanja koje mogu pomoći u smanjenju stresa i poboljšanja opće dobrobiti
- potražiti društvenu podršku, povezivanje s prijateljima, obitelji ili kolegama koji mogu pružiti emocionalnu podršku i razumijevanje te njegovati timski rad i pozitivno radno

okruženje

– poticati brigu o mentalnom zdravlju, osnaživati medicinske sestre, potražiti stručnu pomoć u slučaju osjećaja preopterećenosti ili velikog stresa.

Sprječavanje sagorijevanja zahtijeva stalni napor i samosvijest, stoga je važno dati prioritet vlastitoj dobrobiti i brizi o sebi kako bi se dugoročno održalo dobro zdravstveno stanje.

Ako se profesionalno sagorijevanje ipak dogodi, važno je medicinskim sestrama pružiti podršku i određene resurse koji su im potrebni za upravljanje negativnim učincima ovog stanja. To može uključivati pružanje pristupa uslugama savjetovanja ili terapije, kao i ponudu slobodnog vremena ili smanjenog opterećenja kako bi se omogućio odmor i oporavak. Osim toga, poslodavci mogu pomoći u ublažavanju učinaka sagorijevanja pružanjem mogućnosti medicinskim sestrama da se uključe u aktivnosti samonjege, kao što su vježbanje, meditacija ili druge prakse za smanjenje stresa.

Za ograničenja ovog istraživanja mogli bismo reći da drugom metodologijom (da nije online istraživanje), na drugom uzorku ispitanika (da nije prigodan, nego stvarno slučajni uzorak), drugim instrumentarijem i mjerama (psihometrijski adekvatnijim, npr. kod procjene zadovoljstva radnim procesima) moguće bismo dobili drugačiji rezultat, ali objektivni uvjeti su nam onemogućavali rješavanje nekih navedenih ograničenja ovog istraživanja, u prvom redu pandemija COVID-a 19.

U zaključku se može reći da je profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe složen problem kako u Hrvatskoj tako i u Sloveniji koji zahtijeva sistemski pristup i zajedničko djelovanje djelatnika, odnosno medicinskih sestara, menadžmenta i svakako primjenu novih političkih stavova vezanu uz priznavanje i adekvatnije stimuliranje rada od strane obiju država. Preporučene mjere mogu pomoći u prevenciji profesionalnog sagorijevanja i poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi starijih osoba, što je od velike važnosti za društvo u cjelini.

5 POPIS LITERATURE I IZVORA

1. Adams, Amber, Angela Hollingsworth i Ali Osman. 2019. The Implementation of a Cultural Change Toolkit to Reduce Nursing Burnout and Mitigate Nurse Turnover in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* 45(4): 452–456.
2. Aeschbacher, Remo i Veronique Addor. 2018. Institutional effects on nurses' working conditions: A multi-group comparison of public and private non-profit and for-profit healthcare employers in Switzerland. *Human Resources for Health* 16(1): 58.
3. Åhlin, Johan, Eva Ericson-Lidman, Astrid Norberg i Gunilla Strandberg. 2015. A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(2): 277–287.
4. Aiken, Linda H., Douglas M. Sloane, Luk Bruyneel, Koen Van den Heede i Walter Sermeus. 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2): 143–153.
5. Akhu-Zaheya, Laila, Rowaida Al-Maaitah i Salam Bany Hani. 2018. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing* 27(3–4): e578–e589.
6. Aloisio, Laura D., Wendy A. Gifford, Katherine S. McGilton, Michelle Lalonde, Carole A. Estabrooks i Janet E. Squires. 2018. Individual and organizational predictors of allied healthcare providers' job satisfaction in residential long-term care. *BMC Health Services Research* 18(1): 491.
7. Aloisio, Laura D., Jennifer Baumbusch, Carole A. Estabrooks, Anne-Marie Bostrom, Stephanie Chamberlain, Greta G. Cummings, Genevieve Thompson i Janet E. Squires. 2019. Factors affecting job satisfaction in long-term care unit managers, directors of care and facility administrators: A secondary analysis. *Journal of Nursing Management* 27(8): 1764–1772.

8. Al-Hamdan, Zaid, Milisa Manojlovich i Banerjee Tanima. 2016. Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship* 49(1): 103–110.
9. Al Sabei, Sulaiman Dawood, Leodoro J. Labrague, Amy Miner Ross, Suja Karkada, Alaa Albashayreh, Fatma Al Masroori i Nasra Al Hashmi. 2019. Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship* 52(1): 95–104.
10. Analiza. 2023. *Burnout sindrom – milenijski problem suvremenog načina života*. Dostupno na: <https://poliklinika-analiza.hr/burnout-sindrom-milenijski-problem-suvremenog-nacina-zivota/> (27 srpnja 2023).
11. Andela, Marie, Didier Truchot i Virginie Huguenotte. 2018. Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence* 36(11–12): 5709–5729.
12. Anderson-Mutch, Kimberly. 2023. *How To Fight Nurse Burnout in Long-Term Care*. Dostupno na: <https://www.smartlinx.com/resources/blog/how-to-fight-nurse-burnout-in-long-term-care> (17. ožujka 2023).
13. Aranda, Maria, Maria del Rosario Castillo-Mayén i Beatriz Montes-Berges. 2015. Has the traditional social perception on nurses changed? Attribution of stereotypes and gender roles. *Acción Psicológica* 12(1): 103–112.
14. Aronsson, Gunnar, Töres Theorell, Tom Grape, Anne Hammarström, Christer Hogstedt, Ina Marteinsdottir, Ingmar Skoog, Lil Träskman-Bendz i Charlotte Hall. 2017. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* (17): 264.
15. Ashipala, Daniel Opotamutale i Tuyenikelao Muudikange Nghole. 2022. Factors contributing to burnout among nurses at a district hospital in Namibia: A qualitative perspective of nurses. *Journal Nursing Managment* (30): 2982–2991.
16. Asiedu, Elsie, Eunice Amoo, Francis Annor, Kwesi Amponsah-Tawiah i Kwasi Dartey-Baah. 2018. Juggling family and professional caring: Role demands, work-family conflict and burnout among registered nurses in Ghana. *Nursing Open* 5(4): 611–620.
17. Bađun, Marijana. 2017. Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. *Revija soc. polit.* (24):1 19–43.

18. Bakhamis, Lama, David P. Paul, Harlan Smith i Alberto Coustasse. 2019. Still an Epidemic The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *The Health Care Manager* 38(1): 3–10.
19. Bakker, Arnold B., Evangelia Demerouti i Ana Isabel Sanz-Vergel. 2014. Burnout and Work Engagement: The JD-Rapproach. *Annu. Rev. Organ. psychol. Organ. Behav* (1): 389–411.
20. Bakker, Arnold B. i Patricia L. Costa. 2014. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research* 1(3): 112–119.
21. Bamonti, Patricia, Elizabeth Conti, Casey Cavanagh, Lindsay Gerolimos, Jeffrey Gregg, Carol Goulet, Marisa Pifer i Barry Edelstein. 2019. Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. *Journal of Applied Gerontology* 38(1): 92–111.
22. Bagnall, Anne-Marie, Rebecca Jones, Humaira Akter i James Woodall. 2016. Interventions to prevent burnout in high risk individuals: evidence review. The centre for Health Promotion Research, Leeds Beckett University. *Public Health England*.
23. Basińska, Beata i Ewa Wilczek-Rużyczka. 2013. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *International journal of occupational medicine and environmental health* 26(4): 593–604.
24. Bellanti, Francesco, Aurelio Lo Buglio, Erika Capuano, Michał Dobrakowski, Aleksandra Kasperczyk, Sławomir Kasperczyk, Antonio Ventriglio i Gianluigi Vendemiale. 2021. Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10): 5051.
25. Belén Navarro Prados, Ana, Sara Jiménez García-Tizón i Juan Carlos Meléndez. 2022. Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health Soc Care Community* 30(1): 244–252.
26. Berger, Jill, Barbara Polivka, Elizabeth Ann Smoot i Heather Owens. 2015. Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing* 30(6): e11–7.
27. Brooks Carthon, J. Margo, Linda Hatfield, Heather Brom, Mary Houton, Erin Kelly-Hellyer, Amelia Schlak i Linda Aiken. 2021. System-Level

- Improvements in Work Environments Lead to Lower Nurse Burnout and Higher Patient Satisfaction. *Journal Nurs Care Quality* 36(1): 7–13.
28. Buchan, James, Di Twigg, Gilles Dussault, Christine Duffield i Wise Stone. 2015. Policies to sustain the nursing workforce: An international perspective. *International Nursing Review* 62(2): 162–70.
 29. Butler, Robert N. 1969. Age-Ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist* 9(4): 243–246.
 30. Butler, Sandra S., Mark Brennan-Ing, Sara Wardamasky i Alison Ashley. 2014. Determinants of Longer Job Tenure Among Home Care Aides: What Makes Some Stay on the Job While Others Leave? *Journal of Applied Gerontology* 33(2): 164–188.
 31. Cañadas-De la Fuente, Guillermo A., Christina Vargas, Concepcion San Luis, Inmaculada García, Gustavo R. Cañadas i Emilia De la Fuente. 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies* 52(1): 240–249.
 32. Cañadas-De la Fuente, Guillermo A., Elena Ortega, Lucia Ramirez-Baena, Emilia I. De la Fuente-Solana, Cristina Vargas i Jose Luis Gómez-Urquiza. 2018. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal Environ. Res. Public Health* 15(10): 2102.
 33. Chamberlain, Stephanie A., Andrea Gruneir, Matthias Hoben, Janet E. Squires, Greta G. Cummings i Carole A. Estabrooks. 2017. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada. *International Journal of Nursing Studies* 71, 60–69.
 34. Chen, Peter i Cooper, Cary L. 2014. Work and Wellbeing. Job Demands-Resources Theory. *Reference Guide* (3): 1–28.
 35. Cheney, Christopher. 2019. *Are your physicians suffering from burnout Or moral injury?* Dostupno na: <https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/are-your-hysicians-suffering-burnout%E2%80%94or-moral-injury> (20. siječnja 2023).
 36. Chou, Li-Ping, Chung-Yi Li i Susan C. Hu. 2014. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan *BMJ* (4): e004185.

37. Consiglio, Chiara. 2014. Interpersonal strain at work: A new burnout facet relevant for the health of hospital staff. *Burnout Research* 1(2): 69–75.
38. Continuing Education for Healthcare Professionals. 2014. ‘*Burnout: Impact on Nursing*’. US. Dostupno na: <http://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=827> (10. ožujka 2023).
39. Cooper, Sarah L., Heather L. Carleton, Stephanie A. Chamberlain, Greta G. Cummings, William Bambrick, i Carole A. Estabrooks. 2016. Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research* 3(3): 76–87.
40. Costello, Harry, Sebastian Walsh, Claudia Cooper i Gill Livingston. 2018. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics* 1–14.
41. Dall’Oral, Chiara, Jane Ball, Maria Reinius i Peter Griffiths. 2020. Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health* 18: 41.
42. De la Fuente-Solana, Emilia I., Nora Suleiman-Martos, Laura Pradas-Hernández, Jose L. Gomez-Urquiza, Guillermo A. Cañadas-De la Fuente i Luis Albendín-García. 2019. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (16): 2585.
43. Delgadillo, Jaime, David Saxon i Michael Barkham. 2018. Associations between therapists occupational burnout and their patients depression and anxiety treatment outcomes. *Anxiety and Depression asocciation of America* 1–7.
44. Demerouti, Evangelia i Arnold B. Bakker. 2008. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. U: J. Halbesleben (Ur.), *Stress and burnout in health care* 65–78. New York: Nova Sciences, Hauppauge.
45. Demerouti, Evangelia, Karina Mostert i Arnold B. Bakker. 2010. Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology* 15(3): 209–222.
46. Demerouti, Evangelia, Arnold B. Bakker i Michael Leiter. 2014. “Burnout and Job Performance: The Moderating Role of Selection, Optimization and

- Compensation Strategies.” *Journal of Occupational Health Psychology* 19(1): 96–107. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. 2018. *Statistički ljetopis Republike Hrvatske*. Dostupno na: https://web.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2018/sljh2018.pdf (24. travnja 2023).
47. Državni zavod za statistiku. 2021. *Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2021*. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29028> (19. ožujka 2023).
 48. Državni zavod za statistiku. 2022. *Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2021*. Dostupno na: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=PROCJENA+STANOVNI%C5%A0TVA+REPUBLIKE+U+2021> (19. ožujka 2023).
 49. Duarte, Ivone, Andreia Teixeira, Luísa Castro, Sílvia Marina, Carla Ribeiro, Cristina Jácome, Vera Martins, Inês Ribeiro-Vaz, Hugo Celso Pinheiro⁶, Andreia Rodrigues Silva, Miguel Ricou, Bruno Sousa, Cristiana Alves, Andreia Oliveira, Paula Silva, Rui Nunes i Carla Serrão. 2020. Burnout among Portuguese healthcareworkers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health* (20): 1885.
 50. Dyrbye, Liselotte N., Colin P. West, Pamela O. Johnson, Pamela F. Cipriano, Dale E. Beatty, Cheryl Peterson, Brittny Major-Elechi i Tait Shanafelt. 2019. Burnout and Satisfaction With Work–Life Integration Among Nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 61(8): 689–698.
 51. Elbarazi, Iffat, Tom Loney, Al Omar S. Yousef i Adi Elias. 2017. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Services Research* 17: 491.
 52. Eltaybani, Sameh, Maiko Noguchi-Watanabe, Ayumi Igarashi, Yumiko Saito i Noriko Yamamoto-Mitani. 2017. Factors related to intention to stay in the current workplace among long-term care nurses: A nationwide survey. *International Journal of Nursing Studies* 80: 118–127.
 53. Estabrooks, Carole A., Janet E. Squires, Heather L. Carleton, Greta G. Cummings i Peter G. Norton. 2015. Who is looking after Mom and Dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 34(1): 47–59.

54. Eurostat. 2021. *Hours worked per week of full-time employment*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00071> (21. veljače 2023).
55. Eurostat. 2022. *Glossary: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Organisation_for_Economic_Co-operation_and_Development_\(OECD\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Organisation_for_Economic_Co-operation_and_Development_(OECD)) (20. srpnja 2023).
56. Europska komisija. 2023. *Eurostat – europska statistika*. Dostupno na: https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/eurostat-european-statistics_hr (24. travnja 2023).
57. Eurostat Statistic Explained. 2023. *Healthcare personnel statistics-nursing and caring professionals*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals&oldid=577671#Healthcare_personnel_.E2.80.93_caring_personnel (10. ožujka 2023).
58. Fawaza, Mirna A., Ayman M. Hamdan-Mansourb i Ahmad Tassia. 2017. Challenges facing nursing education in the advanced healthcare environment. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 9: 105–110.
59. Finkelstein, Adi, Yaacov G. Bachner, Chaya Greenberger, Rebecca Brooks i Ariel Tenenbaum. 2018. Correlates of burnout among professionals working with people with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 62(10): 864–874.
60. *Flexible retirement case studies*. NHS Employers. Dostupno na: <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/pay-and-reward/pensions/flexible-retirement/flexible-retirement-case-studies> (10. ožujka 2023).
61. Freudenberger, Herbert J. 1974. Staff Burn-Out. *Journal of social issues* 30(1): 159–165.
62. From, Ingrid, Gun Nordstrom, Bodil Wilde-Larsson i Inger Johansson. 2013. Caregivers in older peoples' care: Perception of quality of care, working conditions, competence and personal health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(3): 704–714.
63. Galanis, Petros, Irene Vraka, Despoina Fragkou, Angeliki Bilali i Daphne Kaitelidou. 2021. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-

- 19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal Adv Nursing* (77): 3286–3302.
64. Gama, Georgeana, Fillipe Barbosa i Margarida Vieira. 2014. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing* 18(5): 527–533.
 65. Gasparino, Renata Cristina. 2014. Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare Enferm* 19(2): 210–6.
 66. Gauche, Cecile, Leon T. de Beer i Lizelle Brink. 2017. Exploring demands from the perspective of employees identified as being at risk of burnout. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 12(1): 1361783.
 67. Glassdoor. 2020. *Registered nurses salaries*. Dostupno na: https://www.glassdoor.co.uk/Salaries/croatia-registered-nurse-salary-SRCH_IL.0,7_IN110_KO8,24.htm (31.srpnja 2021).
 68. Glassdoor. 2021. *What is Glassdoor?* Dostupno na: https://help.glassdoor.com/s/article/What-is-Glassdoor?language=en_US (24. ožujka 2023).
 69. Gómez-Urquiza, Jose L., Cristina Vargas, Emilia I. De la Fuente, Rafael Fernández-Castillo i Guillermo A. Cañadas-De la Fuente. 2016. Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing & Health* 40(2): 99–110.
 70. GOV.UK. 2023. *National Institute for Clinical Excellence*. Dostupno na: <https://www.gov.uk/government/organisations/national-institute-for-clinical-excellence> (24. ožujka 2023).
 71. Guixia, Liu i Zhang Hui. 2020. A Study on Burnout of Nurses in the Period of COVID-19. *Psychology and Behavioral Sciences* 9(3): 31–3.
 72. Haller, Teresa, Beth Quatrara, Claiborne Miller-Davis, Ashley Noguera, Aaron Pannone, Jessica Keim-Malpass, Guterbock i Lisa Letzkus. 2020. Exploring Perceptions of Shift Length: A State-Based Survey of Registered Nurses. *Journal of Nursing Administration* 50(9): 449–455.
 73. Harrad, Rachel i Francesco Sulla. 2018. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed* 89(7): 60–69.

74. Han, Kihye, Alison M. Trinkoff i Ayse P. Gurses. 2015. Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *Journal of Clinical Nursing* 24(21–22): 3224–3232.
75. Hara, Yukari, Kyoko Asakura, Shoko Sugiyama, Nozomu Takada, Yoshimi Ito i Yoko Nihei. 2021. Nurses Working in Nursing Homes: A Mediation Model for Work Engagement Based on Job Demands-Resources Theory. *Healthcare* (9): 316.
76. Harrad, Rachel i Sulla Francesco. 2018. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed* 89(7): 60–69.
77. Harris, Chelsia i Mary T. Quinn Griffin. 2015. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms and system interventions. *Journal Christ Nurs* 32: 80–7.
78. Harvard. 2023. *Culture Change Toolkit*. Dostupno na: <https://edib.harvard.edu/culture-change-toolkit> (22. travnja 2023).
79. Hatch, Daniel J., Gabriele Freude, Peter Martus, Uwe Rose, Grit Müller i Guy Potter. 2018. Age, burnout and physical and psychological work ability among nurses. *Occupational Medicine* 68(4): 246–254.
80. HBR Guide to Beating Burnout. 2020. Recognize the signs Makesustainable changes Reengage at work. Boston, Massachusetts: *Harvard Business Review Press*.
81. Health Education England. 2014. *Growing nursing numbers: Literature review on nurses leaving the NHS*. Dostupno na: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Nurses%20leaving%20practice%20-%20Literature%20Review.pdf> (23 travnja 2023).
82. Heeb, Jean-Luc i Véronique Haberey-Knuessi. 2014. Health professionals facing burnout: What do we know about nursing managers? *Nurs. Res. Pract.* 2014: 1–7.
83. Help guide. 2023. *Burnout Prevention and Treatment*. Dostupno na: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm> (21. veljače 2023).
84. Holland, Melissa L., Stephen E. Brock, Taylor Oren i Marciel van Eckhardt. 2022. Burnout and Trauma Related Employment Stress: Acceptance and Commitment Strategies in the Helping Professions. Switzerland: *Springer*.

85. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). 2020. *Proglas sestrinstva republike hrvatske 2020*. Dostupno na: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2020/02/Proglas-hrvatskog-sestrinstva-2020.pdf> (21. veljače 2023).
86. Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). 2020. *Medicinske sestre u ustanovama socijalne skrbi*. Dostupno na: <https://www.slideshare.net/HrvatskaKomoraMedicinskihSestara/medicinske-sestre-u-ustanovama-socijalne-skrbi/HrvatskaKomoraMedicinskihSestara/medicinske-sestre-u-ustanovama-socijalne-skrbi> (17. ožujka 2023).
87. Hrvatska turistička zajednica. 2022. *Slovenija profil emitivnog tržišta*. Dostupno na: https://www.htz.hr/sites/default/files/2022-02/Slovenija_profil_2022.pdf (19. ožujka 2023).
88. Hu, Nien-Chih, Jong-Dar Chen i Tsun-Jen Cheng. 2016. The Associations Between Long Working Hours, Physical Inactivity and Burnout. *Journal Occup Environ Med* 58(5): 514–8.
89. Hu, Zihan, Haofei Wang, Jianfeng Xie, Junwei Zhang, Hailiang Li, Songqiao Liu, Qing Li, Yi Yang i Yingzi Huang. 2021. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China – A national cross-sectional study. *Journal of Critical Care* 62: 265–270.
90. Iecovich, Esther i Michal Avivi. 2015. Agism and burnout among nurses in long-term care facilities in Israel. *Aging & Mental Health* 21(3): 327–335.
91. Index.hr. 2019. *Provjerili smo koliko Hrvatska ima liječnika i sestara u odnosu na EU*. Dostupno na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/provjerili-smo-koliko-hrvatska-ima-lijecnika-i-sestara-u-odnosu-na-eu/2115295.aspx> (13. ožujka 2023).
92. Index.hr. 2023. *Index.hr*. Dostupno na: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=+%C5%A1to+jeIndexHR> (13. ožujka 2023).
93. Institute for Quality and Efficiency in Health Care [IQWiG]. 2020. *What Is Burnout Syndrome?* Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0050545/> (11. studenog 2022).
94. Jamebozorgi, Majid Heidari, Ali Karamoozian, Tayebe Ilaghinezhad Bardsiri i Hojjat Sheikhbardsir. 2022. Nurses Burnout, Resilience and

- Its Association With Socio-Demographic Factors During COVID-19 Pandemic. *Front. Psychiatry* (12): 803506.
95. Jiang, Hui, Li Chen, Gu Yan i Haiyan Lu. 2016. Nurse satisfaction and burnout in shanghai neurology wards. *Rehabilitation Nursing* 41(2): 120–127.
 96. Jiang, Hu, Nanqu Huang, Xue Jiang, Jianghong Yu, Yehong Zhou i Hengping Pu. 2021. Factors related to job burnout among older nurses in Guizhou province, China. *PeerJ* (9): e 12333.
 97. Kabir, Mohamed Javad, Alireza Heidari, Koorosh Etemad, Ashrafi Babazadeh Gashti, Nahid Jafari, Mohammad Reza Honarvar, Mohammad Ariaee i Mansureh Lotfi. 2016. Job Burnout, Job Satisfaction, and Related Factors among Health Care Workers in Golestan Province. Iran. *Electronic Physician* 8(9): 2924–2930.
 98. Kalandyk, Halina i B. Penar-Zadarko. 2013. A perception of professional problems by nurses. *Prog Health Sci* 3(2): 100–9.
 99. Kalateh Sadati, Ahmad, Soroor Hemmati, Farnaz Rahnavard, Kamran Bagheri Lankarani i Seyed Taghi Heydari. 2016. The Impact of Demographic Features and Environmental Conditions on Rates of Nursing Burnout. *Shiraz E-Med Journal* 17(3): e37882.
 100. Kandelman, Nadia, Thierry Mazars i Antonin Levy. 2017. Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 27(3): e147–e153.
 101. Kane, Alan, Carol Murphy i Michelle Kell. 2018. Assessing implicit and explicit dementia stigma in young adults and care-workers. *Dementia* (9): 1692–1711.
 102. Kanste, Outi. 2015. The association between leadership behaviour and burnout among nursing personnel in health care. *Nord. Journ. Nurs. Res.* (28): 4–8.
 103. Kelly, Lesly, Jody Runge i Christina Spencer. 2015. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 47(6): 522–528.
 104. Kelly, Lesly A., Perry M. Gee i Richard J. Butler. 2020. Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook* 69(1): 96–102.
 105. Khamisa, Natasha, Brian Oldenburg, Karl Peltzer i Dragan Ilic 2015. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses.

International Journal of Environmental Research and Public Health 12(1): 652–666.

106. Kim, Bumjung, Hisanori Ishikawa, Lin Liu, Mie Ohwa, Yukiko Sawada, Hyo Yeon Lim, Hye Young Kim, Young Choi i Christabel Cheung. 2018. The effects of job autonomy and job satisfaction on burnout among careworkers in long-term care settings: Policy and practice implications for Japan and South Korea. *Educational Gerontology* 44(5–6): 289–300.
107. Kim, Bumjung, Lin Liu, Hisanori Ishikawa i Sang-Hee Park. 2019. Relationships between social support, job autonomy, job satisfaction, and burnout among care workers in long-term care facilities in Hawaii. *Educational Gerontology* 1–12.
108. Klopper, Hester C., Siedine K. Coetzee, Ronel Pretorius i Petra Bester. 2012. Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management* 20(5): 685–695.
109. Kubicek, Bettina i Christian Korunka. 2015. Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout? *Work & Stress*, 29(4): 379–400.
110. Lahana, Eleni, Konstantina Papadopoulou, Olga Roumeliotou, Andreas Tsounis, Pavlos Sarafis i Dimitris Niakas. 2017. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing* 16(15).
111. Laschinger, Heather K. Spence, Laura Borgogni, Chiara Consiglio i Emily Read. 2015. The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 52(6): 1080–1089.
112. Laschinger, Heather K. Spence i Roberta Fida. 2013. A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 23(5): 739–753.
113. Laschinger, Heather K. Spence i Roberta Fida. 2014. New nurses burnout and work place wellbeing: The influence of authentic leader ship and psychological capital. *Burnout Research* 1: 19–28.
114. Ledoux, Kathleen. 2015. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing* 71(9): 2041–2050.

115. Lee Huan-Fang, Hui-Ying Chiang i Hui-Ting Kuo. 2018. Relationship between authentic leadership and nurses' intent to leave: the mediating role of work environment and burnout. *Journal of Nursing Management* 1–14 .
116. Leiter, P. Michael, Arnold B. Bakker i Christina Maslach. 2014. Burnout at work A Psychological perspective. London and New York: Psychology press *Taylor and Francis Group*.
117. Leskovic, Ljiljana, Goran Vuković, Robert Leskovar i Jana Goriup. 2016. Some Aspects of Burnout in Nursing homes. *Acta Technologica Dubnicae* 6(2): 47–62.
118. Leskovic, Ljiljana, Karmen Erjavec, Robert Leskovar i Goran Vuković. 2020. Burnout and job satisfaction on healthcare workers in Slovenian nursing homes in rural areas during the COVID-19 pandemic. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 27(4): 664–671.
119. López-Frutos, Patricia, Gema Pérez-Rojo, Cristina Noriega, Cristina Velasco, Isabel Carretero, José Ángel Martínez-Huertas, Leyre Galarraga i Javier López. 2022. Burnout and Quality of Life in Professionals Working in Nursing Homes: The Moderating Effect of Stereotypes. *Frontiers in Psychology* 13: 772896.
120. López-Verdugo, Macarena, Jose Antonio Ponce-Blandón, Francisco Javier López-Narbona, Rocio Romero-Castillo i Maria Dolores Guerra-Martín. 2021. Social image of nursing. An integrative review about a yet unknown profession. *Nursing Reports* 11(2): 460–474.
121. Luan, Xiaorong, Ping Wang, Wenxiu Hou, Lili Chen i Fenglan Lou. 2017. Job stress and burnout: A comparative study of senior and head nurses in China. *Nursing and Health Sciences* 1–7.
122. Luo, Yuan-hui, Hui Li, Virginia Plummer, Wendy M. Cross, Louisa Lam, Yu-fang Guo, Yi-zhen Yin i Jing-ping Zhang. 2019. An evaluation of a positive Psychological intervention to reduce burnout among nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 33(6): 186–191.
123. Macuka, Ivana i Ivana Tucak Junaković. 2020. Profesionalno sagorijevanje zaposlenih na području palijativne skrbi. *Društvo istraživača* 29(2): 187–308.
124. Maglalanga, Dale Dagar, Glorian Sorensenb, Karen Hopciac, Dean M. Hashimotod, Carina Katigbake, Shanta Pandeyf, David Takeuchig i Erika L. Sabbath. 2021. Job and family demands and burnout among healthcare workers:

- The moderating role of workplace flexibility. *SSM-Population Health* (14): 100802.
125. Marchand, Alain, Marie-Eve Blanc, Nancy Beauregard. 2018. Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occupational Medicine* 68(6): 405–411.
 126. Martínez-López, Jose Angel, Cristina Lazaro-Perez i Jose Gomez-Galan. 2021. Burnout among Direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic in Spain: A Preventive and Educational Focus for Sustainable Workplaces. *Sustainability* 13(5): 2782.
 127. Maslach, Christina i Michael Leiter. 2016. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for Psychiatry. *World Pschiatry* 15(2): 103–111.
 128. Maslach, Christina i Michael Leiter. 2016. Burnout. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior, *Academic press, Cambridge* 351–357.
 129. Matsuo, Takahiro, Daiki Kobayashi, Fumika Taki, Fumie Sakamoto, Yuki Uehara, Nobuyoshi Mori i Tsuguya Fuku. 2020. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA* 3(8): e2017271.
 130. Mayzell, George. 2020. The Resilient Healthcare Organization: How to Reduce Physician and Healthcare Worker Burnout. New York: *Routledge Taylor and Francis Group*.
 131. McGilton, Katherine S., Ann Tourangeau, Chloe Kavcic i Walter P. Wodchis. 2013. Determinants of regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *Journal of Nursing Management* 21(5): 771–81.
 132. McHugh, Matthew D. i Chenjuan Ma. 2014. Wage, Work Environment, and Staffing: Effects on Nurse Outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 15(3–4): 72–80.
 133. Mefoh, Philip Chukwuemeka, Eze Nsi Ude i Johbosco Chika Chukwuorji. 2018. Age and burnout syndrome in nursing professionals: moderating role of emotion-focused coping. *Psychology, Health & Medicine* 1–7.
 134. Membrive-Jiménez, Maria Jose, Laura Pradas-Hernández, Nora Suleiman-Martos, Keyla Vargas-Román, Guillermo A. Cañadas-De la Fuente, Jose Luis Gomez-Urquiza i Emilia I. De la Fuente-Solana. 2020. Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels

- and Prevalence. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(11): 3983.
135. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. 2017. *Strategija socijalne skrbi u RH za razdoblje od 2017.-2020. godine*. Dostupno na: <http://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf> (24.travnja 2023).
 136. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. 2023. *Starije osobe*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/starije-osobe-11991/11991> (24.travnja 2023).
 137. Mitchell, Gemma. 2022. NHS Staff Survey: *Nurses burnt out and unhappy with pay and staffing*. Dostupno na : <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/nhs-staff-survey-nurses-burnt-out-and-unhappy-with-pay-and-staffing> (30. ožujka 2022).
 138. Mockli, Nathalie, Kris Denhaerynck, Sabina De Geest, Lynn Leppla, Sonja Beckmann, Hannele Hediger i Franziska Zuniga. 2020. The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health & Social Care in the Community* 28(6): 1989–2003.
 139. Molero Jurado, Maria Del Mar, Maria Del Carmen Pérez-Fuentes, Jose Jesus Gázquez Linares, Maria Del Mar Simón Márquez i Africa Martos Martínez. 2018. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(6): 1116.
 140. Molina-Praena, Jesús, Lucia Ramirez-Baena, José Gómez-Urquiza, Gustavo Cañadas, Emilia De la Fuente i Guillermo Cañadas-De la Fuente. 2018. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(12): 2800.
 141. Montañés Muro, Maria-Pilar, Juan Carlos Ayala Calvo i Guadalupe Manzano García. 2020. Burnout in nursing: A vision of gender and “invisible” unrecorded care. *Journal Adv. Nurs* 00: 1–7.
 142. Morse, Gary, Michelle P. Salyers, Angela L. Rollins, Maria Monroe-De Vita i Corey Pfahler. 2012. Burnout in Mental Health Services: A Review of the

- Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 39(5): 341–352.
143. Mosuela, C. Cleovi. 2020. *Recuperating The Global Migration of Nurses*. Palgrave Macmillan. *Springer link*.
 144. Mudallal, Rola H., Wafa'a M. Othman i Nahid F. Al Hassan. 2017. Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing* (54): 1–10.
 145. Nantsupawat, Apiradee, Wipada Kunaviktikul, Raymoul Nantsupawat, Orn-Anong Wichaikhum, Hunsu Thienthong i Luisine Poghosyan. 2016. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review* 1–8.
 146. Narodne novine. Službeni list Republike Hrvatske. 2013. *Zakon o socijalnoj skrbi* 157. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_157_3289.html. (03. lipnja 2020).
 147. National Institute for Clinical Excellence. 2006. Workplace Interventions that are effective for promoting mental wellbeing. Synopsis of the effectiveness and cost effectiveness. London: *NICE*.
 148. NCSBN. 2023. *The world leader in nursing regulatory knowledge*. Dostupno na: <https://www.ncsbn.org/> (13. lipnja 2023).
 149. Neckel, Sigward, Anna Katharina Schaffner i Greta Wagner. 2017. *Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspectives on a Modern Affliction*. Palgrave Macmillan. *Springer International Publishing AG*.
 150. Neuberg, Marijana, Danica Železnik, Tomislav Meštrović, Rosana Ribić i Goran Kozina. 2017. Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. *Arh Hig Rada Toksikol* 68: 190–197.
 151. NIPP. 2021. *Državni zavod za statistiku*. Dostupno na: <https://registri.nipp.hr/subjekti/view.php?id=6> (15. lipnja 2023).
 152. Nowakowska, Iwona, Renata Rasinska i Maria Danuta Glowacka. 2016. The influence of factors of work environment and burnoutsyndrome on self-efficacy of medical staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 23(2): 304–309.

153. Nursalam, Nursalam, Rizeki Dwi Fibriansari, Slamet Riyadi Yuwono, Muhammad Hadi, Ferry Efendi i Angeline Bushy. 2018. Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences* 5(4): 390–395.
154. OECD/EU. 2018. *Health at a Glance Europe 2018: State of health in the Eu cycle*. Dostupno na: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf
155. Okwaraji, Friday E. i Emmanuel N. Aguwa. 2014. Burnout and Psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African Health Sciences* 14(1): 237.
156. Özçakar, Nilgün, Mehtap Kartal, Gülay Dirik, Nil Tekin i Dilek Güldal. 2012. Burnout and relevant factors in nursing staff: What affects the staffworking in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics* 15(3): 266–272.
157. Paylab. 2023. *Worldwide salaries*. Dostupno na: <https://www.paylab.com/salary-report> (17. ožujka 2023).
158. Pekçetin, Serkan. 2018. Ageist attitudes and their association with burnout and job satisfaction among nursing staff: a descriptive study. *Turkish Journal of Geriatrics* 21(1): 25–32.
159. Pérez-Fuentes, María del Carmen, María del Mar Molero-Jurado, José J. Gázquez-Linares i María del Mar Simón-Márquez. 2019. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *The European Journal of Psychology* 11(1): 33–40.
160. Pieters, Wesley R. i Letisha Matheus. 2020. Improving general health and reducing burnout of nurses in Namibia. *SA Journal of Human Resource Management* 18(0): a 1138.
161. Pirker-Binder, Ingrid. 2017. Mindful Prevention of Burnout in Workplace Healt Management: Workplace Health Management, Interdisciplinary Concepts, Biofeedback. Belin, Heidelbe. rg: *Springer*.
162. Profit, Jochen, Paul P. Sharek, Amber B. Amspoker, Mark A. Kowalkowski, Courtney C. Nisbet, Eric J. Thomas, Whitney A. Chadwick i Bryan Sexton. 2014. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* 23: 806–13.

163. Rees, Clare S., Lauren J. Breen, Lynette Cusack i Hegney Desley. 2015. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Front. Psychol.* 6: 73.
164. Republika Hrvatska Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2014. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.* Dostupno na: [https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14\[1\].pdf](https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14[1].pdf) (24.travnja 2023).
165. Republika Hrvatska MROSP. 2023. *O ministarstvu.* Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/o-ministarstvu/9> (24. lipnja 2023.).
166. Republika Slovenija Statistični urad. 2020. *V letu 2020 manj porok in manj razvez kot v 2019.* Dostupno na: <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9580> (19. ožujka 2023).
167. Sarbooji Hoseinabadi, Tahere, Samaneh Kakhki, Gholamheidar Teimori i Somayyeh Nayyeri. 2020. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease - COVID-19- in Iran. *Invest Educ Enferm.* 38(2): e3.
168. Smith, Melinda, Jeanne Segal i Lawrence Robinson. 2019. *Burnout Prevention and Treatment.* Dostupno na: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm/> (27. travnja 2023).
169. Škes, Marija. 2012. *Sindrom sagorijevanja na radnom mjestu.* Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/21524/Sindrom-sagorijevanja-na-radnom-mjestu.html> (2. lipnja 2022).
170. Tan, Benjamin Y.Q., Abhiram Kanneganti, Lucas J.H. Lim, Melanie Tan, Ying Xian Chua, Lifeng Tan, Ching Hui Sia, Max Denning, Ee Teng Goh, Sanjay Purkayastha, James Kinross, Kang Sim, Yiong Huak Chan i Shirley B.S. Ooi. 2020. Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *JAMDA* 21: 1751–1758.
171. Taleghani, Fariba, Elaheh Ashouri i Morteza Sabur. 2017. Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research* (22): 41–5.

172. Tomljenović, Morana. 2020. Sindrom profesionalnog sagorijevanja „*Burnout syndrom*“ - *Da ne postanemo pepeo*. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/83/sagorjevanje.htm> (5. lipnja 2022).
173. Qu, Hai-Ying i Chun-Mei Wang. 2015. Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research* 2(2–3): 61–66.
174. Queiro, Cristina, Mary Sandra Carlotto, Mariana Kaiseler, Sofia Dias i Ana Monica Pereira. 2013. Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema* 25(3): 330–335.
175. Rupert, Patricia A., Alisha O. Miller i Katherine E. Dorociak. 2015. Preventing burnout: What does the research tell us?. *Professional Psychology: Research and Practice* 46(3): 168–174.
176. Salaryexplorer. 2021. *Nurse average salary in Slovenia 2021*. Dostupno na: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=198&loctype=1&job=865&jobtype=3> (31. srpnja 2021).
177. Salaryexplorer. 2023. *Salary and cost of living Comparison*. Dostupno na: <http://www.salaryexplorer.com/> (23. travnja 2023).
178. Sambolec, Mario i Danica Železnik. 2018. Sindrom izgaranja medicinskih sestara i tehničara u radu s infektivnim bolesnicima. *SG/NJ* 23: 5–10.
179. Sarbooji Hoseinabadi, Tahere, Samaneh Kakhki, Gholamheidar Teimori i Somayyeh Nayyeri. 2020. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease - COVID-19 in Iran. *Invest Educ Enferm*. 38(2): e3.
180. Schmidt, Sascha G., Martin N. Dichter, Sabine Bartholomeyczik i Hans Martin Hasselhorn. 2014. The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: A longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing* 35(1): 42–46.
181. Shah, Megha K., Nikhila Gandrakota, Jeannie P. Cimiotti, Neena Ghose, Miranda Moore i Mohammed K. Ali. 2021. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open* 4(2): e2036469.
182. Shahriari, Mohsen, Mahdi Shamali i Ahmadreza Yazdannik. 2014. The relationship between fixed and rotating shifts with job burnout in nurses working in critical care areas. *Iran Journal Nurs Midwifery Res*. 19(4): 360–365.

183. Sheppard, Kate. 2015. Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research* 28(1): 57–59.
184. Skovholt, Thomas M. i Michelle Trotter-Mathison. 2016. The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions. London and New York: *Routledge Taylor and Francis Group*.
185. Slišković, Ana, Irena Burić, Vera Čubela Adorić, Matilda Nikolić i Ivana Tucak Junaković. 2018. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 9. *Zadar: Sveučilište u Zadru*.
186. Ślusarz, Robert, Klaudia Cwiekala-Lewis, Mariusz Wysokiński, Karolina FiliPSka-Blejder, Wiesław Fidecki i Monika Biercewicz. 2022. Characteristics of Occupational Burnout among Nurses of Various Specialties and in the Time of the Time of the COVID-19 Pandemic Review. *Int J Environ Res Public Health* 19(21): 13775.
187. Slyngstad, Line i Berit Irene Helgheim. 2022. How Do Different Health Record Systems Affect Home Health Care? A Cross-Sectional Study of Electronic-versus Manual Documentation System. *International Journal of General Medicine* (15): 1945–1956.
188. Smiley Richard A., Clark Ruttinger, Carrie M. Oliveira, Laura R. Hudson, Richard Allgeyer, Kyrani A. Reneau, Josephine H. Silvestre i Maryann Alexander. 2021. The 2020 National Nursing Workforce Survey. *Journal of nursing regulation* (12): 1, S1–S96.
189. Sodeify, Roghieh, Zohreh Vanaki i Eesa Mohammadi 2013. Nurses' experiences of perceived support and their contributing factors: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 18(3): 191–197.
190. Stamm, B. Hudnall. 2002. Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Fatigue and Satisfaction Test. Treating Compassion Fatigue. Philadelphia: Brunner/Mazel. *Traumatic Stress Research Group* 1995–1999.
191. Staten, Adam. 2019. Combatting Burnout: A Guide for Medical Students and Junior Doctors. New York: *Taylor and Francis Group*.
192. Staten, Adam i Euan Lawson. 2018. GP Wellbeing: Combatting Burnout in General Practice. *CRC Press Taylor and Francis Group*.

193. SURS. 2023. *Statistički ured Republike Slovenije* (Statistični urad Republike Slovenije). Dostupno na: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Statisti%C4%8Dni+urad+republika+slovenija> (17. lipnja 2023).
194. Škrinjarić, Jasna Sunčana i Dubravka Šimunović. 2018. Izvori profesionalnoga stresa medicinskih sestara u ambulantama obiteljske medicine. *Med Jad* 48(1–2): 13–22.
195. Tan, Benjamin Y.Q., Abhiram Kanneganti, Lucas J.H. Lim, Melanie Tan, Ying Xian Chua, Lifeng Tan, Ching Hui Sia, Max Denning, Ee Teng Goh, Sanjay Purkayastha, James Kinross, Kang Sim, Yiong Huak Chan i Shirley B.S. Ooi. 2020. Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *JAMDA* (12): 1751–1758.
196. Tavakoli, Nader, Seyed Hosein Shaker, Siamak Soltani, Mohsen Abbasi, Milad Amini, Ali Tahmasebi i Seyed Mohammad Hosseini Kasnavie. 2018. Job Burnout, Stress, and Satisfaction among Emergency Nursing Staff after Health System Transformation Plan in Iran. *Emergency* 6(1): e41.
197. Tay, Wei Yi, Arul Earnest, Shu Yun Tan i Matthew Joo Ming Ng. 2014. Prevalence of Burnout among Nurses in a Community Hospital in Singapore: A Cross-Sectional Study. *Proceedings of Singapore Healthcare* 23(2): 93–99.
198. Todaro-Franceschi, Vidette. 2013. Compassion fatigue and burnout in nursing: enhancing professional quality of life. New York: *Springer publishing company*.
199. Ugwu, Fabian O., Chidi Ugwu, Vivian Chizoma Njemanze i Innocent Nwosu. 2018. Family cohesion and family size moderating burnout and recovery connection. *Occupational Medicine* 69(1): 28–34.
200. Vargas, Cristina, Guillermo Cañadas-De la Fuente, Raimundo Aguayo, Rafael Fernández i Emilia I. de la Fuente. 2014. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 14(1): 28–38.
201. Vidotti, Viviane, Renata Perfeito Ribeiro, Maria José Quina Galdino i Julia Trevisan Martins. 2018. Burnout syndrome and shiftwork among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem* (26): e3022.
202. Wang, Enjian, Hongwei Hu, Shan Mao i Hongting Liu. 2019. Intrinsic Motivation and Turnover Intention among Geriatric Nurses Employed in Nursing

- Homes: The Roles of Job Burnout and Pay Satisfaction. *Contemporary Nurse* 55(2–3): 195–210.
203. Wang, Shanshan, Yanhui Liu i Linlin Wang. 2015. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice* 21(1): 78–86.
 204. Wang, Xu, Wipada Kunaviktikul i Orn-anong Wichaikhum. 2013. Work empowerment and burnout among registered nurses in two tertiary general hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 22(19–20), 2896–2903.
 205. Westermann, Claudia, Agnessa Kozak, Melanie Harling i Albert Nienhaus. 2014. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies* 51(1): 63–71.
 206. White, Elizabeth M., Linda Aiken i Matthew D. McHugh. 2019. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 67(10): 2065–2071.
 207. White, Elizabeth M., Linda Aiken, Douglas M. Sloane i Matthew McHugh. 2019. Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric Nursing* 41(2): 158–164.
 208. White, Elizabeth M., Terrie Fox Wetle, Ann Reddy i Rosa R. Baier. 2020. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association* 22(1).
 209. Winblad, Ulrika, Paula Blomqvist i Andreas Karlsson. 2017. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research* 17: 487.
 210. Witkoski Stimpfel, Amy, Douglas M. Sloane i Linda H.Aiken. 2012. The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction. *Health Affairs* 31(11), 2501–2509.
 211. Wollesen, Bettina, Diane Hagemann, Katharina Pabst, Ramona Schlueter, Laura L. Bischoff, Ann-Kathrin Otto, Carolin Hold i Annika Fenger. 2019. Identifying Individual Stressors in Geriatric Nursing Staff-A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(19): 3587.

212. Wong, Carol, Edmund J. Walsh, Kayla N. Basacco, Monica C. Mendes Domingues i Darrin R.H. Pye. 2020. Authentic leadership and job satisfaction among long-term care nurses. *Leadership in Health Services* 33(3): 247–263.
213. Woo, Tiffany, Roger Ho, Arthur Tang i Wilson Tam. 2020. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric Research* 123: 9–20.
214. Woodhead, Erin L., Lynn Northrop i Barry Edelstein. 2014. Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Applied Gerontology* 35(1): 84–105.
215. World Health Organization. 2019. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Dostupno na : <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (10. travnja 2023).
216. World Health Organization. 2020. *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (10. travnja 2023).
217. World Health Organization. 2022. *Long-term care*. Dostupno na: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care> (10. travnja 2023).
218. Yang, Ying i Jeffrey A.Hayes. 2020. Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy* 57(3): 426–436.
219. Yao, Yongcheng, Wu Yao, Wei Wang, Hong Li i Yajia Lan. 2013. Investigation of risk factors of Psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. *International Journal of Nursing Practice* (19): 530–538.
220. Yeatts, Dale E., Gul Seckin, Yuying Shen, Michael Thompson, Dana Auden i Cynthia M. Cready. 2018. Burnout Among Direct-Care Workers in Nursing Homes: Influences of Organizational, Work Place, Interpersonal and Personal Characteristics. *Journal of Clinical Nursing* 27(19–20): 3652–3665.
221. Yeh, TeâFeng, YuâChia Chang, YaâHui Hsu, LiâLing Huang i ChengâChia Yang. 2020. Causes of nursing staff burnout: Exploring the effects of emotional exhaustion, workâfamily conflict, and supervisor support. *Japan Journal of Nursing Science* e12392.

222. You, Li-ming, Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane, Ke Liu, Guo-ping He, Yan Hu, Xiao-lian Jiang, Xiao-han Li, Xiao-mei Li, Hua-ping Liu, Shao-mei Shang, Ann Kutney-Lee i Walter Sermeus. 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2): 154–161.
223. Zakom HR. 2022. *Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga*. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/cms.htm?id=53743>(24. travnja 2023).
224. Zakon HR. 2023. *Zakon o radu*. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/307/Zakon-o-radu> (17. ožujka 2023).
225. Zhang, Li-feng, Li-ming You, Ke Liu, Jing Zheng, Jin-bo Fang, Min-min Lu, Ai –li Lv, Wei-guang Ma, Jian Wang, Shu-hong Wang, Xue Wu, Xiao-wen Zhu i Xiu-qing Bu. 2014. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook* 62(2): 128–137.
226. Zhang, Ying-ying, Cheng Zhang, Xiao-Rong Han, Wei Lid i Ying-lei Wang. 2018. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine Baltimore* 97(26): 11086.
227. Zhang, Wen i Yi-Lan Liu. 2016. Demonstration of caring by males in clinical practice: A literature review. *International Journal of Nursing Sciences* 3(3): 323–327.
228. Zhang, Wenyu, Ran Miao, Jingping Tang, Qingqing Su, Lynn Htet Htet, Hongying Pi i Xiaoyong Sai. 2020. Burnout in nurses working in China: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice* 27(6): e12908.
229. Zwakhalen, Sandra, Jan Hamers, Erik van Rossum, Ton Ambergen, Gertrudis Kempen i Hilde Verbeek. 2018. Working in small-scale, homelike dementia care: effects on staff burnout symptoms and job characteristics. A quasi-experimental, longitudinal study. *Journal of Research in Nursing* 23(2–3): 109–122.
230. Živković, Ivan. 2016. Učeca organizacija i suvremeni stilovi vodstva. *Diplomski rad. Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet*.

PRILOZI

Prilog A: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta

Tablica 104: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

	Shapiro-Wilk		
Profesionalno sagorijevanje	Statistic	df	p
	,991	240	,165

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 104 je vidljivo da se kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod Shapiro-Wilk testa distribucija značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 105: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim skupinama (N = 240)

		Shapiro-Wilk		
Profesionalno sagorijevanje	Dob	Statistic	df	p
	18 – 24	,956	31	,230
	25 – 33	,982	40	,763
	34 – 44	,968	56	,141
	45 – 54	,981	69	,390
	55 – 65	,978	44	,570

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 105 je vidljivo da se kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod Shapiro-Wilk testa ni jedna distribucija značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 106: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijable radnog staža ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja (N = 240)

Profesionalno sagorijevanje	Radni staž	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Radni staž	,956	240	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 106 je vidljivo da rezultat Shapiro-Wilk testa ($p = ,000$) pokazuje da distribucija varijable radnog staža kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno odstupa od normalne raspodjele.

Tablica 107: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije varijable razine obrazovanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja

Profesionalno sagorijevanje	Razina obrazovanja	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Njegovatelj	,715	76	,000
	Srednja sestra	,671	99	,000
	Bacc. med. techn.	,623	35	,000
	Dipl. med. techn.	,640	12	,000
	Ostalo	,743	18	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 107 je vidljivo da rezultat Shapiro-Wilk testa pokazuje da distribucija varijable razina obrazovanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno odstupa od normalne raspodjele kod svih skupina ($p = ,000$).

Tablica 108: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema razini ageizma

Profesionalno sagorijevanje	Ageizam	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Da	,600	7	,000
	Ne	,695	233	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 108 je vidljivo da se obje distribucije rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuju od normalne raspodjele kod ispitanika koji pokazuju ageistično ponašanje ($p = ,000$) i kod onih koji to ne pokazuju ($p = ,000$).

Tablica 109: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji

Profesionalno sagorijevanje	Skrb o članu obitelji	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Ne skrbe ni o kome	,679	225	,000
	Skrbe o članu obitelji	,755	15	,001

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 109 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe koji provode skrb o nekom članu obitelji statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele ($p = ,001$) kao i kod distribucije rezultata one skupine ispitanika koja ne skrbi o članovima ($p = ,000$).

Tablica 110: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status

Profesionalno agorijevanje	Bračni status	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Sam/a	,977	26	,813
	Udana/oženjen	,989	133	,404
	U vezi	,970	51	,212
	Rastavljen/a	,965	22	,602
	Udovac/ica	,857	8	,113

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 110 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe s obzirom na bračni status kod svih skupina statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 111: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno

Profesionalno sagorijevanje	Radni sati tjedno	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Ispod 40	,838	7	,095
	40 sati	,990	146	,364
	Više od 40 manje od 60	,962	76	,022
	Više od 60 sati	,948	11	,619

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 111 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje kod skupine ispitanika koja radi više od 40 sati, ali manje od 60 sati tjedno ($p = ,022$).

Tablica 112: Rezultati Shapiro-Wilk testa normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade

Profesionalno sagorijevanje	Ustanova	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Državni dom	,990	216	,133
	Privatni dom	,978	22	,880
	Ostalo		2	

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 112 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje kod skupine ispitanika koji rade u državnim domovima za starije osobe ($p = ,133$), kao ni kod distribucije rezultata kod ispitanika koji rade u privatnim domovima ($p = ,880$). Pod ostalo su samo dva ispitanika koja nisu označila vrstu doma te zbog malog broja nisu uvršteni u daljnju statističku obradu.

Tablica 113: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo uvjetima rada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,979	92	,154
	NE	,987	148	,162

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 113 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe kod obje skupine statistički značajno ne razlikuje što se vidi kod skupine ispitanika koji su nezadovoljni uvjetima rada ($p = ,154$) i skupine koja nije nezadovoljna uvjetima rada ($p = ,162$).

Tablica 114: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,982	118	,124
	NE	,989	122	,441

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 114 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe kod obje skupine statistički značajno ne razlikuje što se vidi kod skupine ispitanika koji su nezadovoljni međuljudskim odnosima na poslu ($p = ,124$), dok kod skupine koja izvor nezadovoljstva ne vidi u lošim međuljudskim odnosima na poslu ($p = ,441$).

Tablica 115: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema neslaganju s nadređenima

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,982	46	,709
	NE	,991	194	,252

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 115 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje ni kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva vidi u neslaganju s

nadređenima ($p = ,709$) kao ni kod ispitanika koji izvor zadovoljstva ne vide u neslaganju s nadređenima ($p = ,252$).

Tablica 116: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu složenosti posla

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo složenosti posla	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,978	80	,192
	NE	,988	160	,214

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 116 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje. Kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva na poslu vidi u složenosti posla ($p = ,192$), dok kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva ne vidi u složenosti posla ($p = ,214$).

Tablica 117: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka sredstava za rad

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,981	95	,172
	NE	,985	145	,108

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 117 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje. Kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva na poslu vidi u nedostatku sredstava za rad ($p = ,172$), dok kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva ne vidi u nedostatku sredstava za rad ($p = ,108$).

Tablica 118: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,982	151	,047
	NE	,981	89	,230

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 118 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva na poslu vidi u nedostatku pohvala i nagrada ($p = ,047$), dok kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva ne vidi u nedostatku pohvala i nagrada distribucija je normalne raspodjele ($p = ,230$).

Tablica 119: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u Hrvatskoj i Sloveniji

Profesionalno sagorijevanje	Mjesto rada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Hrvatska	,991	240	,165
	Slovenija	,991	196	,229

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 119 je vidljivo da se obje distribucije rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika iz domova u Republici Hrvatskoj ($p = ,165$) i ispitanika u Republici Sloveniji ($p = ,229$) statistički značajno ne razlikuju od normalne raspodjele.

Tablica 120: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali otuđenosti

Profesionalno sagorijevanje	Otudenost	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Hrvatska	,987	240	,035
	Slovenija	,990	196	,197

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 120 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika iz domova u Republici Hrvatskoj na subskali otuđenosti (“disengagement”) statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele ($p = ,035$).

Tablica 121: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim i slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema subskali iscrpljenosti

Profesionalno sagorijevanje	Iscrpljenost	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Hrvatska	,984	240	,009
	Slovenija	,983	196	,018

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 121 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika iz domova u Republici Hrvatskoj na subskali iscrpljenosti (“exhaustion”) statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele ($p = ,009$) kao i kod ispitanika u Sloveniji ($p = ,018$).

Tablica 122: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete

Profesionalno sagorijevanje		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Percepcija učinaka COVID-a 19	,913	240	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 122 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete ($p = ,000$) od normalne raspodjele.

Tablica 123: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Broj korisnika na medicinsku sestru	N	Percent
od 1 do 5	3	100,0%
od 6 do 10	6	100,0%
od 11 do 20	30	100,0%
od 21 do 30	25	100,0%
više od 30	176	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 123 je vidljiv broj korisnika prema skupinama na jednu medicinsku sestru u hrvatskim domovima za starije osobe.

Tablica 124: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe

Broj korisnika na medicinsku sestru	N	Percent
od 1 do 10	9	100,0%
od 11 do 20	30	100,0%
od 21 do 30	25	100,0%
više od 30	176	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 124 je vidljiv broj korisnika prema skupinama na jednu medicinsku sestru u hrvatskim domovima za starije osobe nakon spajanja prvih dviju kategorija zbog malog broja ispitanika.

Tablica 125: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru

Profesionalno sagorijevanje	Broj korisnika	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	od 1 do 10	,902	9	,262
	od 11 do 20	,989	30	,986
	od 21 do 30	,949	25	,242
	više od 30	,987	176	,119

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 125 je vidljivo da se distribucije rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuju od normalne raspodjele kod svih skupina ispitanika.

Tablica 126: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim primanjima

Profesionalno sagorijevanje	Osobna primanja	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	do 7500 kn	,991	204	,273
	od 7501 kn	,955	36	,154

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 126 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u hrvatskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele prema osobnim primanja.

Tablica 127: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema dobnim skupinama (N = 196)

Profesionalno sagorijevanje	Dob	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	18 - 24	,958	16	,630
	25 - 33	,965	53	,123
	34 - 44	,986	49	,825
	45 - 54	,983	53	,631
	55 - 65	,950	25	,251

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 127 je vidljivo da se kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe prema rezultatu na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod Shapiro-Wilkovog testa ni jedna distribucija značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 128: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli radnog staža (N = 196)

		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
Profesionalno sagorijevanje	Radni staž	,918	196	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 128 je vidljivo da rezultat Kolmogorov-Smirnov testa pokazuje da distribucija varijable radnog staža kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno odstupa od normalne raspodjele ($p = ,000$).

Tablica 129: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema varijabli razine obrazovanja

		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
Profesionalno sagorijevanje	Razina obrazovanja			
	Njegovatelj	,975	29	,702
	Srednja sestra	,982	77	,327
	Bacc. med. techn.	,985	74	,553
	Dipl. med. techn.	,915	5	,497
	Ostalo	,949	11	,631

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 129 je vidljivo da rezultat Shapiro-Wilk testa pokazuje da distribucija varijable razina obrazovanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne odstupa od normalne raspodjele.

Tablica 130: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema razini ageizma

Profesionalno sagorijevanje	Ageizam	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Da	,881	4	,344
	Ne	,992	192	,322

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 130 je vidljivo da je broj ispitanika s ageističnim ponašanjem ($N = 4$) pa se ne može govoriti o distribuciji rezultata što ukazuje daljnje testiranje neparametrijskim testom.

Tablica 131: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na skrb o djetetu s posebnim potrebama ili starijem članu obitelji

Profesionalno sagorijevanje	Skrb o članu obitelji	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Ne skrbe ni o kome	,989	171	,200
	Skrbe o članu obitelji	,962	25	,457

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 131 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe koji provode skrb o nekom članu obitelji statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele ($p = ,457$), što pokazuje i distribucija rezultata skupine ispitanika koja ne skrbi o članovima obitelji ($p = ,200$).

Tablica 132: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja s obzirom na bračni status

Profesionalno sagorijevanje	Bračni status	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Sam/a	,950	21	,342
	Udana/oženjen	,987	86	,522
	U vezi	,992	76	,907
	Rastavljen/a	,888	9	,190
	Udovac/ica	,971	4	,850

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 132 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe s obzirom na bračni status statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 133: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema kategorijama radnih sati tjedno

Profesionalno sagorijevanje	Radni sati tjedno	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Ispod 40	,922	8	,447
	40 sati	,979	90	,145
	Više od 40 manje od 60	,984	91	,322
	Više od 60 sati	,906	7	,372

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 133 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 134: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema vrsti ustanove u kojoj rade

Profesionalno sagorijevanje	Ustanova	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Državni dom	,979	116	,069
	Privatni dom	,981	80	,295

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 134 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 135: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu uvjetima rada

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo uvjetima rada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,992	79	,897
	NE	,978	117	,049

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 135 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele kod skupine ispitanika koja ne izražava nezadovoljstvo uvjetima rada ($p = ,049$).

Tablica 136: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema nezadovoljstvu međuljudskim odnosima na poslu

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,981	101	,166
	NE	,991	95	,768

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 136 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 137: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema neslaganju s nadređenima

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo zbog neslaganja s nadređenima	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,979	52	,500
	NE	,987	144	,182

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 137 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 138: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji složenosti posla

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo složenošću posla	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,980	50	,561
	NE	,987	146	,190

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 138 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele.

Tablica 139: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka sredstava za rad

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo zbog nedostatka sredstava za rad	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,985	59	,686
	NE	,986	137	,184

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 139 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele. Kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva na poslu vidi u nedostatku sredstava za rad ($p = ,686$), dok kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva ne vidi u nedostatku sredstava za rad ($p = ,184$).

Tablica 140: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema percepciji nedostatka pohvala i nagrada

Profesionalno sagorijevanje	Nezadovoljstvo nedostatkom pohvala i nagrada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	DA	,986	116	,254
	NE	,980	80	,232

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 140 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno ne razlikuje od normalne raspodjele. Kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva na poslu vidi u nedostatku pohvala i nagrada ($p = ,254$), dok kod skupine ispitanika koja izvor nezadovoljstva ne vidi u nedostatku pohvala i nagrada ($p = ,232$).

Tablica 141: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim i hrvatskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema mjestu rada u Hrvatskoj i Sloveniji

Profesionalno sagorijevanje	Mjesto rada	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Slovenija	,991	196	,229
	Hrvatska	,991	240	,165

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 141 je vidljivo da se obje distribucije rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika iz domova u Sloveniji ($p = ,229$) i ispitanika u Hrvatskoj ($p = ,165$) statistički značajno ne razlikuju od normalne raspodjele.

Tablica 142: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete

Profesionalno sagorijevanje		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	Percepcija učinaka COVID-a 19	,912	196	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 142 je vidljivo da se distribucija rezultata varijable COVID-19 (ukupnog broja stresora vezanih uz COVID-19) kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje prema izraženosti negativne percepcije učinaka COVID-a 19 na radne uvjete ($p = ,000$) od normalne raspodjele.

Tablica 143a: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Broj korisnika na medicinsku sestru	N	Percent
od 1 do 5	2	100,0%
od 6 do 10	6	100,0%
od 11 do 20	14	100,0%
od 21 do 30	33	100,0%
više od 30	141	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 143a je vidljiv broj korisnika prema skupinama na jednu medicinsku sestru u slovenskim domovima za starije osobe.

Tablica 143b: Prikaz broja korisnika na broj medicinskih sestara po skupinama ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe

Broj korisnika na medicinsku sestru	N	Percent
od 1 do 10	8	100,0%
od 11 do 20	14	100,0%
od 21 do 30	33	100,0%
više od 30	141	100,0%

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 143b je vidljiv broj korisnika prema skupinama na jednu medicinsku osobu u slovenskim domovima za starije osobe nakon spajanja prvih dviju kategorija zbog malog broja ispitanika.

Tablica 144: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema broju korisnika na jednu medicinsku sestru

Profesionalno sagorijevanje	Broj korisnika	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p
	od 1 do 10	,858	8	,114
	od 11 do 20	,873	14	,046
	od 21 do 30	,900	33	,005
	više od 30	,907	141	,000

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 144 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele kod tri skupine ispitanika, i to gdje je na jednu medicinsku sestru 11 – 20 korisnika ($p = ,046$), zatim u skupini 21 – 30 korisnika ($p = ,005$) te u zadnjoj skupini gdje na jednu medicinsku sestru ima više od 30 korisnika ($p = ,000$).

Tablica 145: Rezultati testiranja normaliteta distribucije rezultata ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe na upitniku profesionalnog sagorijevanja prema osobnim primanjima

		Shapiro-Wilk		
Profesionalno sagorijevanje	Osobna primanja	Statistic	df	p
	od 500 do 1000 €	,911	48	,002
	od 1001 do 1500 €	,901	110	,000
	od 1501 do 2000 €	,863	26	,003

Izvor: vlastiti izvor 2022.

Iz tablice 145 je vidljivo da se distribucija rezultata na upitniku profesionalnog sagorijevanja kod ispitanika u slovenskim domovima za starije osobe statistički značajno razlikuje od normalne raspodjele prema osobnim primanjima u svim kategorijama gdje je od 500 do 1000 € ($p = ,002$), od 1001 do 1500 € ($p = ,000$) te od 1501 do 2000 € ($p = ,003$).

Prilog B: Anketni upitnik (Hrvatski)

Poštovani,

studentica sam studija Socijalne gerontologije na fakultetu Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor. Ovaj upitnik je izrađen za potrebe izrade doktorske disertacije pod naslovom »Burnout medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije«.

Ispunjavanjem upitnika ujedno dajete informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju gdje Vam je osigurana anonimnost i tajnost podataka. Dobiveni rezultati će se koristiti isključivo u svrhu izrade disertacije i objavu u znanstvenim časopisima, te je Vaš doprinos iznimno važan za stvarni prikaz ove pojave u vašoj ustanovi. Za upitnik je potrebno odvojiti od 10 do 15 minuta.

Unaprijed zahvaljujem na suradnji i vašem uloženom vremenu.

UPUTE ZA ISPUNJAVANJE UPITNIKA

Molimo da ispunite pitanja o demografskim podacima, a kod pitanja s ponuđenim odgovorima odaberite odgovor za koji smatrate da odgovara vašem stanju

Navedite grad i ime doma za starije osobe

.....

Demografski podaci ispitanika

1. Spol ☐ M ☐ Ž ☐ ne bih rekla/o spol

2. Godine starosti.....

3. Bračno stanje:

☐ sama ☐ udana ☐ u vezi ☐ rastavljena ☐ udovica

4. Broj maloljetne djece

☐ nemam maloljetnu djecu ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ više od 3 djece

5. Živate li u kućanstvu u kojem brinete o djetetu s posebnim potrebama ili starijoj osobi koju negujete?

☐ ništa od navedenog ☐ dijete ☐ starija osoba

6. Završeno obrazovanje:

- ☐ Njegovateljica
- ☐ Srednja medicinska sestra
- ☐ Prvostupnica
- ☐ Diplomirana/ Magistra sestrinstva

7. Radite na mjestu:

- ☐ Njegovateljice
- ☐ Srednje medicinske sestre
- ☐ Prvostupnice
- ☐ Diplomirane/ Magistre sestrinstva

8. Navedite vrstu ustanove u kojoj ste zaposleni

- ☐ Državni dom za starije osobe
- ☐ Privatni dom za starije osobe

9. Koliko godina radnog staža imate (do sada ukupno)?

.....

10. Koliko godina radnog staža imate na sadašnjem radnom mjestu u domu za starije osobe?

.....

11. U kojim smjenama radite?

- ☐ jutarnja ☐ dnevna ☐ smjenski rad uključujući noćnu smjenu

12. Koliko sati tjedno provodite na radnom mjestu?

- ☐ ispod 40 sati (manje od punog radnog vremena)
- ☐ 40 sati (puno radno vrijeme)
- ☐ više od 40 sati, ali manje od 60
- ☐ više od 60 sati

U navedenim tvrdnjama svoje mišljenje izrazite kao:

0=Nikad; 1=Rijetko; 2=Ponekad; 3=Često; 4=Vrlo često

13. Tvrdnje o „zamor suosjećanja“					
13a. Sretan/a sam jer imam zadovoljavajuć život i posao	0	1	2	3	4
13b. Rad u domu i korisnici mi donose veliko zadovoljstvo	0	1	2	3	4
13c. Moj posao mi se sviđa i mislim da sam uspješan/a u njemu	0	1	2	3	4
13d. Uživam u radu s kolegama i međusobno si pomažemo	0	1	2	3	4

14.

14. Ako osjećate nezadovoljstvo na poslu, što prema vašem mišljenju kod vas najviše utječe na takav osjećaj	DA	NE
-prekovremeni sati na poslu		
-malo osoblja		
-ne volite raditi s korisnicima jer su stari		
-agresivnost korisnika u domu prema vama		
-niska plaća		
-LOŠI UVJETI RADA		
-loši međuljudski odnosi		
-ne slaganje s nadređenima		
-složenost posla		
- nedostatak sredstava za rad		
- izostanak pohvala i nagrada		

... ili nešto drugo (molimo navedite)

.....

15. Prema vašem mišljenju, da li vam je pandemija Covidom19 donijela neke promjene na radnom mjestu?	DA	NE
više stresa		
emocionalnu iscrpljenost		

duže radno vrijeme			
financijsku dobrobit (povećanje plaće)			
poboljšanje radnih uvjeta			
smjenski rad (ako do sad niste bili u smjenama)			
distanciranost prema kolegama			
ili nešto drugo (molimo navedite)			

16. Na koji način vodite evidenciju/administraciju o radu s korisnicima?

☐ sve je digitalno ☐ mješovito digitalno/papirnatu ☐ papirnatu

17. Vaša mjesečna primanja na radnom mjestu medicinske sestre/njegovateljice:

- ☐ manje od 3.500 kn
☐ 3.501 kn – 7.500kn
☐ 7.501kn – 11.000kn
☐ 11.001kn – 15.000kn
☐ 15.001kn - 18.500kn
☐ više od 18.501kn

Uz svaku navedenu izjavu molimo da odaberite odgovor za koji smatrate da odgovara vašem stanju

**0=Nikad; 1=Par puta godišnje; 2=Jednom mjesečno; 3=Par puta mjesečno;
4=Jednom tjedno; 5=Par puta tjedno; 6=Svakodnevno**

A							
Osjećam da sam emocionalno iscrpljen/a zbog svog posla.	0	1	2	3	4	5	6
Svakodnevni rad s ljudima zahtijeva dosta truda.	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam da me moj posao uništava.	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se frustrirano zbog mog posla.	0	1	2	3	4	5	6
Imam osjećaj da radim previše.	0	1	2	3	4	5	6
Stresno mi je kada sam na poslu prisiljen/a raditi sa ljudima u direktnom kontaktu .	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se kao da mi ponestaje strpljenja.	0	1	2	3	4	5	6

0=Nikad; 1=Par puta godišnje; 2=Jednom mjesečno; 3=Par puta mjesečno; 4=Jednom tjedno; 5=Par puta tjedno; 6=Svakodnevno							
B							
Osjećam se kao da na određene korisnike gledam bezlično, kao da su predmeti.	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se umorno kada se ustanem ujutro i moram suočiti s novim radnim danom.	0	1	2	3	4	5	6
Imam dojam da moji korisnici mene smatraju odgovornim zbog nekih svojih problema.	0	1	2	3	4	5	6
Po završetku mog radnog dana pri kraju sam s strpljenjem.	0	1	2	3	4	5	6
Zaista me nije briga što će se dogoditi nekim mojim korisnicima	0	1	2	3	4	5	6
Postala/o sam više neobazriv/a prema ljudima otkad sam počela/o raditi.	0	1	2	3	4	5	6
Bojim se da me posao čini bezosjećajnom/im	0	1	2	3	4	5	6
0=Nikad; 1=Par puta godišnje; 2=Jednom mjesečno; 3=Par puta mjesečno; 4=Jednom tjedno; 5=Par puta tjedno; 6=Svakodnevno							
C							
Na poslu postizem mnoge stvari zbog kojih sam ponosan.	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se punim energije.	0	1	2	3	4	5	6
Lako shvaćam što osjećaju moji korisnici	0	1	2	3	4	5	6
Vrlo učinkovito rješavam probleme korisnika.	0	1	2	3	4	5	6
Emocionalne probleme na poslu rješavam vrlo smireno	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam da kroz svoj rad imam pozitivan utjecaj na ljude.	0	1	2	3	4	5	6

Lako uspijem stvoriti opuštenu atmosferu s mojim korisnicima	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se osvježeno kad sam blizak s mojim korisnicima na poslu.	0	1	2	3	4	5	6

1=Uopće se ne slažem; 2=Ne slažem se; 3=Slažem se; 4= Potpuno se slažem

1. Uvijek pronalazim nove i zanimljive aspekte u svom poslu	1	2	3	4
2. Ima dana kada se osjećam umorno i prije nego što dođem na posao	1	2	3	4
3. Sve češće se događa da o svom poslu govorim na negativan način	1	2	3	4
4. Nakon posla mi treba više vremena kako bih se opustio/opustila i osjećao/osjećala bolje nego nekad	1	2	3	4
5. Pritisak svoga posla mogu vrlo dobro podnositi	1	2	3	4
6. U posljednje vrijeme sve manje razmišljam na poslu i odrađujem svoj posao gotovo mehanički	1	2	3	4
7. Smatram da je moj posao pozitivan izazov	1	2	3	4
8. Dok radim, često se osjećam emocionalno iscijeđeno	1	2	3	4
9. S vremenom osoba može prestati osjećati povezanost s ovom vrstom posla	1	2	3	4
10. Nakon posla imam dovoljno energije za svoje slobodne aktivnosti	1	2	3	4
11. Ponekad mi je muka od mojih radnih zadataka	1	2	3	4
12. Obično se osjećam istrošeno i umorno nakon posla	1	2	3	4
13. Ovo je jedina vrsta posla u kojem se mogu zamisliti	1	2	3	4
14. Obično se mogu dobro nositi s količinom posla	1	2	3	4
15. Osjećam se sve više uključeno u svoj posao	1	2	3	4
16. Kada radim, obično se osjećam pun/a energije	1	2	3	4

Ako još nešto želite nadodati vezano uz temu molim vas da napišete

.....

Prilog C: Anketni upitnik (Slovenski)

Spoštovani,

Sem študentka socialne gerontologije na Fakulteti Alma Mater Europaea - Evropski center Maribor. Ta vprašalnik je bil pripravljen z namenom priprave doktorske disertacije z naslovom "Izgorelost medicinskih sester v domovih za ostarele - primerjava Hrvaške in Slovenije." Z izpolnjevanjem vprašalnika, informirano soglašate z sodelovanjem v raziskavi, kjer sta vam zagotovljena anonimnost in zaupnost podatkov. Pridobljeni rezultati bodo uporabljeni izključno za disertacijo in objavo v znanstvenih časopisih, vaš prispevek pa je izjemno pomemben za dejansko predstavitev tega pojava v institucijah.

Za vprašalnik si je treba nameniti 10 do 15 minut.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za sodelovanje in čas

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE VPRAŠALNIKA

Prosimo da izpolnite vprašanja o demografskim podatki, in za vprašanja / izjave z navedenimi odgovori, izberete odgovor, kateri vam se zdi primeren za vašo situacijo.

Demografski podatki anketirancev - pred odgovor postavite X

1. Spol ☐ M ☐ Ž ☐ ne bi rekel

2. Dob.....

3. Zakonski status:

☐ sama poročena ☐ v partnerski zvezi ☐ ločena ☐ vdova

4. Število mladoletnikov otrok

☐ Nimam mladoletnikov otrok ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ več kot 3 otroka

5. Ali živite v gospodinjstvu, kjer skrbite za otroka s posebnimi potrebami, ali doma (v družini) negujete starejšo osebo ?

☐ nič od naštetega ☐ otrok ☐ starejša oseba

6. Zaključena izobrazba:

☐ Negovalka/negovalec

☐ Medicinska sestra

☐ Diplomirana medicinska sestra/ diplomiran zdravstvenik

☐ Magister zdravstvene nege

7. Delovno mesto:

- ☐ Negovalka/negovalec
- ☐ Medicinska sestra
- ☐ Diplomirana medicinska sestra/ diplomiran zdravstvenik
- ☐ Magister zdravstvene nege

8. Navedite vrsto ustanove, v kateri ste zaposleni

- ☐ Javni dom za starejše
- ☐ Zasebni dom za starejše
- ☐ Posebni zavod za starejše

9. Koliko let delovne dobe imate (do sedaj skupaj)?

.....

10. Koliko let delovne dobe imate na sedanjem delovnem mestu v domu za starejše osebe?

.....

11. V katerih izmenah delate?

- ☐ zjutraj ☐ dnevno ☐ izmensko delo, vključno z nočno izmeno

12. Koliko ur na teden porabite na delovnem mestu?

- ☐ manj kot 40 ur
- ☐ 40 ur
- ☐ več kot 40 ur, vendar manj kot 60
- ☐ več kot 60 ur

13. V spodnjim izjavah izrazite svoj mnenje kot:
0=Nikoli; 1=Redko; 2=Včasih; 3=Pogosto; 4=Zelo
pogost

13a. Srečna sem ker imam zadovoljivo življenje in službo	0	1	2	3	4
13b. Delo v domu in uporabniki mi prinesejo veliko veselje	0	1	2	3	4
13c. Všeč mi je služba in mislim da sem v njej uspešna	0	1	2	3	4
13d. Uživam delati s sodelavci in pomagamo si med seboj	0	1	2	3	4

14. Če se počutite nezadovoljni pri delu, kaj po vašem mnenju najbolj vpliva na ta občutek	DA	NE
-nadurne ure pri delu		
-nekaj osebja		
-ne maraš delati s strankami, ker su stare		
-agresivnost uporabnikov v domu do vas		
-nizka plača		
-DELOVNI POGOJI ZA PAD		
-slabi medosebni odnosi		
-ne strinjam se z nadrejenimi		
-kompleksnost dela		
- pomanjkanje sredstev za delo		
-pomanjkanje pohvale in nagrad		
ali kaj drugega (prosim navedite)		
15. Po vašem mnenju, vam je pandemija Covidom-19 prinesla kakšne spremembe na delovnem mestu?	DA	NE
več stresa		
emocionalno izčrpanost		
daljši delovni čas		
finančno izboljšanje (povišanje plače)		
izboljšanje delovnih pogojev		
izmensko delo (če prej niste bili v izmenah)		
oddaljenost od kolegov		
ali kaj drugega (prosim navedite)		

16. Kako vodite evidenco / administracijo pri delu z uporabniki?

☐ vse je digitalno ☐ mešan digitalni / papirni ☐ papirni

17. Vaš mesečni dohodek kot medicinska sestra:

- ☐ manj kot 500 €
- ☐ 500€ – 1.000€
- ☐ 1.001€ – 1.500€
- ☐ 1.501€ – 2.000€
- ☐ 2.001€ – 2.500€
- ☐ več kot 2.500€

Za vsako izjavo izberite odgovor, ki se vam zdi primeren za vaše stanje

0=Nikoli; 1=Nekajkrat na leto; 2=Enkrat na mesec; 3=Nekajkrat na mesec; 4=Enkrat na teden; 5=Nekajkrat na teden; 6=Vsak dan

A							
Počutim se čustveno izčrpan/a zaradi svojega dela	0	1	2	3	4	5	6
Vsakodnevno delo z ljudmi zahteva veliko truda	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se da me služba uničuje	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se razočarano zaradi moj službe	0	1	2	3	4	5	6
Imam občutek da preveč delam	0	1	2	3	4	5	6
Stresno mi je ko sem prisiljena delati z ljudmi v neposrednem stiku	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se kot da mi zmanjkuje potrpljenja	0	1	2	3	4	5	6
0=Nikoli; 1=Nekajkrat na leto; 2=Enkrat na mesec; 3=Nekajkrat na mesec; 4=Enkrat na teden; 5=Nekajkrat na teden; 6=Vsak dan							
B							
Počutim se da gledam določene uporabnike brezosebno, kot da bi bili predmeti	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se utrujeno ko zjutraj vstanem in se moram soočiti z novim delovnim dnevom	0	1	2	3	4	5	6

Dobil sem vtis da me uporabniki imeju odgovornim zardi nekaterih svojih težav	0	1	2	3	4	5	6
Ob koncu delovnega dne sem na koncu s potrpljenjem	0	1	2	3	4	5	6
Res me ne zanima kaj se bo zgodilo nekaterim mojim uporabnikom	0	1	2	3	4	5	6
Postal sem bolj nepreviden do ljudi od kdaj sem začel delati	0	1	2	3	4	5	6
Bojim se da me je služba naredila neobčutljivim	0	1	2	3	4	5	6
0=Nikoli; 1=Nekajkrat na leto; 2=Enkrat na mesec; 3=Nekajkrat na mesec; 4=Enkrat na teden; 5=Nekajkrat na teden; 6=Vsak dan							
C							
V službi doosežem marsikaj na kaj sem ponosen	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se s polno energije	0	1	2	3	4	5	6
Z lahkoto razumem kako se počutijo moji uporabniki	0	1	2	3	4	5	6
Zelo učinkovito rešujem težave uporabnikov	0	1	2	3	4	5	6
Čustvene težave v službi rešujem zelo umirjeno	0	1	2	3	4	5	6
Čutim da z svojim delom imam pozitiven vpliv na ljudi	0	1	2	3	4	5	6
Z lahkoto mi uspe ustvariti sproščeno vzdušje z mojimi strankami	0	1	2	3	4	5	6
Počutim se osveženo na delu, ko sem blizek z mojim uporabniki	0	1	2	3	4	5	6

1=Nikakor se ne strinjam; 2=Ne strinjam se; 3=Strinjam se; 4= Popolnoma se strinjam

1. Vedno najdem nove in zanimive vidike svojega dela	1	2	3	4
2. Obstajajo dnevi ko se počutim utrujen še preden pridem v službo	1	2	3	4
3. Vse pogostje se zgodi da o svoji službi govorim negativno	1	2	3	4
4. Po službi potrebujem več časa da se sprostim in počutim bolj kot v	1	2	3	4

časih				
5. Zelo dobro prenašam pritisk svojega dela	1	2	3	4
6. V zadnjih časi v službi vse manj razmišljam in svoje delo opravljam skoraj mehanično	1	2	3	4
7. Svoje delo mi se zdi pozitiven izziv	1	2	3	4
8. Med delom, se pogosto počutim čustveno izčrpano	1	2	3	4
9. Sčasoma se lahko človek neha počutiti povezan z to vrsto dela	1	2	3	4
10. Po službi imam dovolj energije za proste dejavnosti	1	2	3	4
11. Včasih sam bolan od mojih delovnih nalog	1	2	3	4
12. Po navadi se po službi počutim izčrpan in utrujen	1	2	3	4
13. To je jedino delo v katerem se lahko najdem	1	2	3	4
14. Običajno lahko obvladam z to količino dela	1	2	3	4
15. Počutim se bolj in bolj vključen u svoje delu	1	2	3	4
16. Ko delam se običajno počutim poln energije	1	2	3	4

Če želite dodati še kaj v zvezi s temo, prosim navedite

.....

Prilog D: Suglasnost ustanova za provođenje istraživanja



REPUBLIKA HRVATSKA
GRAD ZAGREB
GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU,
ZDRAVSTVO, BRANITELJE
I OSOBE S INVALIDITETOM

KLASA: 550-01/22-001/*ft*
URBROJ: 251-09-22-1/3-22-*2*
Zagreb, 20. siječnja 2022.

n/p Snježane Svitlić-Budisavljević
ssvitlic@yahoo.com

**PREDMET: Provedba istraživanja u domovima za starije osobe
u nadležnosti Grada Zagreba**
- mišljenje, dostavlja se

Poštovani,

Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom zaprimio je Vašu zamolbu za podrškom u provedbi istraživanja u domovima za starije osobe u nadležnosti Grada Zagreba iz koje je razvidno sljedeće:

Istraživanje bi provodila doktorandica Snježana Svitlić-Budisavljević na studiju Socijalne gerontologije pri Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor u svrhu izrade doktorske disertacije pod nazivom „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije“, a pod mentorstvom prof. dr. sc. Lucie Vidovićeve.

Cilj i svrha istraživanja je utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja kod medicinskog i njegovateljskog osoblja u domovima za starije osobe i opisati kontekstualni utjecaj na micro, mezzo i macro razini. Disertacija će odgovoriti na pitanja da li i u kojem omjeru na profesionalno sagorijevanje utječu individualne karakteristike (dob, radno iskustvo, njegovanje starijih ili bolesnih osoba u obitelji i sl.), strukturalni aspekti (vlasništvo doma, radno vrijeme i sl.) i kulturno-socijalno-ekonomska gledišta (razlika između Hrvatske i Slovenije). Retrospektivno će se pokušati ocijeniti, koliko je na profesionalno sagorijevanje utjecala percepcija situacije oko COVID-19. Istraživanje bi se provodilo putem online obrasca za koji će istraživačica domovima dostaviti link, a obuhvatilo bi oko 150 ispitanika (medicinsko i njegovateljsko osoblje). Planirani period provedbe istraživanja je siječanj do ožujak 2022. godine. Istraživanje je dobrovoljno i anonimno te će se svi podaci prikupljeni u istom obrađivati i koristiti na način kojim se osigurava sigurnost i zaštita identiteta ispitanika, uz pridržavanje etičkih načela te propisa struke. U provedbi istraživanja imenovana se mora pridržavati svih epidemioloških mjera i Upute za sprečavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za pružatelje socijalnih usluga u sustavu socijalne skrbi.

Slijedom navedenog, suglasni smo s provođenjem navedenog istraživanja.

S poštovanjem,

O TOME OBAVLJEST:
Domovi za starije osobe
- svima -





REPUBLIKA HRVATSKA

 ZADARSKA ŽUPANIJA

UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE BRANITELJE
UDRUGE, DEMOGRAFIJU I SOCIJALNU POLITIKU

KLASA:551-03/22-03/2

URBROJ: 2198-21-22-3

Zadar, 26. siječnja 2022. godine

Poštovana

Snježana Svitlić Budisavljević

PREDMET: *Provedba istraživanja u Domu za starije i nemoćne osobe u Zadru*
- suglasnost, dostavlja se

Poštovana,

Upravni odjel za hrvatske branitelje, udruge, demografiju i socijalnu politiku zaprimio je Vašu zamolbu za podrškom u provedbi istraživanja u domovima za starije osobe u nadležnosti Zadarske županije iz koje je razvidno da ćete istraživanje provoditi kao doktorandica na studiju Socijalne gerontologije pri Alma Mater Europaea — Europski centar Maribor u svrhu izrade doktorske disertacije pod nazivom „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe — usporedba Hrvatske i Slovenije“, a pod mentorstvom prof. dr. sc. Lucie Vidovićove.

Kako navodite da bi se navedeno istraživanje provodilo dobrovoljno i anonimno te će se svi prikupljeni podaci obrađivati i koristiti na način kojim se osigurava sigurnost i zaštita identiteta ispitanika, uz pridržavanje etičkih načela te propisa struke, molimo da prilikom istraživanja u razdoblju provedbe od siječnja do ožujka 2022. godine osigurate sigurnost i zaštitu identiteta ispitanika, uz pridržavanje etičkih načela te propisa struke.

U provedbi istraživanja dužni ste pridržavati se svih epidemioloških mjera i uputa za sprečavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za pružatelje socijalnih usluga u sustavu socijalne skrbi.

Slijedom navedenog, suglasni smo s provođenjem navedenog istraživanja u Domu za starije i nemoćne osobe u Zadru kojem je Zadarska županija osnivač.

S poštovanjem,



PRIVREMENA PROČELNICA

Dubravka Dragaš, prof.



ELEKTRONIČKA ISPRAVA

REPUBLIKA HRVATSKA
ISTARSKA ŽUPANIJA
REGIONE ISTRIANA

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb
Pula, Flanatička 29
Tel: 052/352-155, Fax: 052/352-154
KLASA: 641-01/22-01/01
URBROJ: 2163-06/6-22-02
Pula, 09. veljače 2022.

gđa Snježana Svitlič-Budisavljević
ssvitlic@yahoo.com

**PREDMET: Provedba istraživanja u domovima za starije čiji je osnivač Istarska županija
- podrška, daje se**

Poštovana,

Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske zaprimio je Vašu zamolbu za podrškom u provedbi istraživanja u domovima za starije osobe u nadležnosti Istarske županije i to: Dom za starije osobe Raša, Dom za starije osobe Novigrad, Dom za starije osobe Alfredo Štiglic Pula i Dom za starije osobe „Domenico Pergolis“ Rovinj.

Iz Vaše zamolbe proizlazi kako bi istraživanje provodili kao doktorandica na studiju Socijalne gerontologije pri Alma Mater Europaea — Europski centar Maribor, u svrhu izrade doktorske disertacije pod nazivom „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe — usporedba Hrvatske i Slovenije“.

Cilj i svrha istraživanja je utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja kod medicinskog i njegovateljskog osoblja u domovima za starije osobe. Retrospektivno će se također pokušati ocijeniti koliko je na profesionalno sagorijevanje utjecala percepcija situacije oko COVID-19.

Istraživanje bi se provodilo putem online obrasca za koji će istraživačica domovima dostaviti link, a obuhvatilo bi oko 150 ispitanika (medicinsko i njegovateljsko osoblje). Planirani period provedbe istraživanja je od siječanja do ožujka 2022. godine. Istraživanje je dobrovoljno i anonimno te će se svi podaci prikupljeni u istom obrađivati i koristiti na način kojim se osigurava sigurnost i zaštita identiteta ispitanika, uz pridržavanje etičkih načela te propisa struke. U provedbi istraživanja imenovana se mora pridržavati svih epidemioloških mjera i uputa za sprečavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 za pružatelje socijalnih usluga u sustavu socijalne skrbi.

Ovim putem izražavamo podršku ovog Upravnog odjela za provedbu predmetnog istraživanja u domovima za starije osobe čiji je osnivač Istarska županija. Napominjemo da prije provedbe zatražite i suglasnost domova te dobrovoljnu suradnju samih djelatnika.

Nadamo se da ćete s rezultatima samog istraživanja upoznati ovaj Upravni odjel, kao i domove, a u svrhu poboljšanja uvjeta rada djelatnika u domovima za starije osobe i sprječavanja profesionalnog sagorijevanja.

S poštovanjem

PROČELNICA
Sonja Grozić-Živolić



DOM ZA STARIJE OSOBE
„Marko A. Stuparić”, Veli Lošinj
Vladimira Nazora 40.
51551 Veli Lošinj
e-mail: dom.v.losinj@email.t-com.hr

Veli Lošinj, 3.02.2022.

SUGLASNOST

Dom za starije osobe „Marko A. Stuparić”, Veli Lošinj daje suglasnost za anketiranje svojih djelatnika – medicinskih sestra i njegovateljica u svrhu izrade doktorske dizertacije na temu „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije,,

S poštovanjem,

Ravnatelj:
Aldo Stipanić, dipl. pedagog





DOM ZA ODRASLE OSOBE ZEMUNIK
Ul.I,br.53, 23222 Zemunik Donji
Ur.br.:01-140/22
Zemunik Donji, 14.veljače 2022.godine

551-03/22-03/2

REPUBLIKA HRVATSKA
ZADARSKA ŽUPANIJA

Primljeno:	16-02-2022
Klasifikacija:	Org. jed.
551-03/22-03/2	21
Uredbeni broj	Prilog Vrijed.
353-22-5	

UPRAVNI ODJEL ZA HRVATSKE BRANITELJE,
UDRUGE, DEMOGRAFIJU I SOCIJALNU POLITIKU
Božidara Petranovića 8, 23000 Zadar
N/p gđa. Dubravka Dragaš, prof.
Privremena pročelnica

Predmet: **Istraživanje,**
- *Ispunjavanje ankete,*
obavijest,
dostavlja se

Poštovani,

Temeljem pismena Naslova, a sukladno Odluci Upravnog vijeća Doma za odrasle osobe Zemunik, koja je donesena na sjednici dana 10.02.2022.godine, u svezi provođenja istraživanja na temu „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe-usporedba Hrvatske i Slovenije“, izvješćujete se, da su zdravstveni radnici, medicinske sestre Doma za odrasle osobe Zemunik, suglasne sudjelovati u navedenom istraživanju.

S poštovanjem,



RAVNATELJICA:

Nataša Petruši, mag.socijalnog rada

Dostaviti:

1. Naslovu, uz dostavnicu,
2. Pismohrana, ovdje.

DOM ZA ODRASLE OSOBE
LOBOR-GRAD
MARKUŠBRIJEG 131, LOBOR 49253
E-mail: dom.lobor-grad@kr.t-com.hr
Telefon/fax: 049/430-015
KLASA: 103-05/22-01/2
URBROJ: 2211-46-01-02-1-22-2
Lobor, 04. veljače 2022.

Temeljem članka 34. Statuta Doma za odrasle osobe Lobor-grad, Markušbrijeg 131, Lobor 49253, a u skladu sa dopisom Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Uprava za obitelj i socijalnu politiku, klasa: 550-06/21-11/88, urbroj: 524-08-01-02/1-21-2, ravnateljica Doma, Darinka Sviben, dipl. soc. radnica, dana 04. veljače 2022. godine donosi

ODLUKU
o davanju suglasnosti za provedbu istraživanja

1. Odobrava se SNJEŽANI SVITLIĆ-BUDISAVLJEVIĆ, OIB: 98191131397, Volme 132, 52100 PULA, koja studira na Fakultetu Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor, Studij socijalne gerontologije da u Domu za odrasle osobe Lobor-grad, Markušbrijeg 131, 49253 Lobor provede istraživanje potrebno za izradu doktorske disertacije na temu: „Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije“.
2. Prilikom provedbe istraživanja navedenog u točki 1. ove Odluke, studentica Snježana Svitlić-Budisavljević dužna je poštivati etička načela, poštivati propise o zaštiti osobnih podataka te čuvati profesionalne tajne na način kako je to definirano Zakonom o socijalnoj skrbi (Narodne novine broj 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 130/17, 98/19, 64/20. i 138/20.).
3. Za vrijeme boravka u prostorijama Doma za odrasle osobe Lobor-grad, prilikom provedbe istraživanja navedenog u točki 1. ove Odluke potrebno je pridržavati se preporučenih mjera Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za sprečavanje i suzbijanje epidemije COVID-19.

Obrazloženje

Dana 21. siječnja 2022. godine zaprimljena je zamolba Snježane Svitlić-Budisavljević, koja studira na Fakultetu Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor, Studij socijalne gerontologije da u Domu za odrasle osobe Lobor-grad, Markušbrijeg 131, 49253 Lobor provede istraživanje potrebno za izradu doktorske

DOM ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE CVJETNI DOM ŠIBENIK

Snježana Svitlić-Budisavljević

Volme 132, Pula

SUGLASNOST

Ovim putem se očitujemo na zahtjev iz Vaše zamolbe od dana 03.veljače 2022. godine kojom tražite suglasnost za anketiranje medicinskih sestara/tehničara i njegovateljica u Domu za starije i nemoćne osobe Cvjetni dom Šibenik, a u svrhu doktorske disertacije s naslovom **„Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije,,**

Temeljem upućene zamolbe ODOBRAVAMO Vam online anketiranje te korištenje podataka u svrhu izrade traženoga.

U Šibeniku, 03.veljače.2022.g.



Tomislav Ninić

Ravnatelj

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod: DOM UPOKOJENCEV IDRİJA,

D.O.O. _____

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): _____ URŠKA MOČNIK,
DIREKTORICA _____

tel.: 05 372 72 70, e-naslov: ursa.mocnik@dudrija.si

Študentu/ki: Snježana Svitlić-Budisavljević (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

_____ DIREKTOR _____

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: _____

Kraj in datum: _____

URŠKA
MOČNIK

Digitarno podpisal
URŠKA MOČNIK
Datum: 2022.07.19
12:45:21 +02'00'

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

DOM VIHARNIK KRAJSKA GORA
Comet d.o.o.

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): KARMEN ROMIH

tel.: 051 251 246, e-naslov: karmen.romih@dom-viharnik.si

Študentu/ki: SNJEŽANI SUTLIČ - BUDESATULJEVA (obkrožite):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
☒ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
☐ c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

direktor KARMEN ROMIH

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: K. Romih

Kraj in datum: Kr. Gora 13. 7. 2022



Datum: 7.2.2022

Datum: 07.02.2022.

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

TALITA KUM ZAVOD
GUBINSKA 28, 6230 POSTOLNA

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto):

MARICA IKAROVIC
DIREKTORICA

tel.: 05 620 24 02, e-naslov: marica.ikarovic@talitakum.si

Študentu/ki: _____ (ustrezno obkrožite):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
☒ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
☐ c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

/

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

/

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

/

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

DIREKTORICA, 14.07.2022

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

MARICA IKAROVIC, DIREKTORICA

Kraj in datum: POSTOLNA, 14.07.2022



**Dom starejših
Idila d.o.o.**

Vukovski Dol 30
2221 Jarenina

Tel.: (02) 655 6 650
Fax.: (02) 655 6 691



Dne: 2.2.22

SOGLASJE

K IZVEDBI RAZISKAVE ZA NAMENE DOKTORSKE DISERTACIJE

Dom starejših Idila d.o.o. dovoljuje Snježani Svitlič-Budisavljević opravljanje raziskave za namene priprave doktorske disertacije z naslovom »Izgorelost medicinskih sester v domovih za ostarele – primerjava Hrvaške in Slovenije« v našem Domu. Objava imena našega Doma je dovoljena le s predhodnim dovoljenjem.

Dom starejših Idila
Alica Renduljč
Dom starejših Idila d.o.o.
Vukovski Dol 30
2221 Jarenina





DOM SV. JOŽEF

Plečnikova 29, 3000 Celje, Slovenija
tel.: (+386)(0)59 073 800
faksi: (+386)(0)35 481 596
info@jozef.si www.jozef.si

SOGLASJE

K IZVEDBI RAZISKAVE ZA NAMENE DOKTORSKE DISERTACIJE

Dom sv. Jožef duhovno prosvetni center dovoljuje Snježani Svitlić-Budisavljević opravljanje raziskave za namen priprave doktorske disertacije z naslovom: »Izgorelost medicinskih sester v domovih za ostarele - primerjava Hrvaške in Slovenije« v našem zavodu. Objava imena zavoda je dovoljena zgolj z predhodnim dovoljenjem.

Celje, 21. 12. 2021

Irena Švab Kavčič
direktorica

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod: _Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): dr. Karmen Arko, direktorica

tel.: /

e-naslov: karmen.arko@dfb.si

Študentu/ki: Snježani Svitlič-Budisavljević (*ustrezno obkrožite*):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
- ☐ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- ☐ c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Direktorica:
dr. Karmen Arko

Kraj in datum: Jesenice, 13. 7. 2022



SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni/drugi zavod:

DOM STAREJŠIH OBCANOV METLIKA
MESTNI TRG 16, 8330 METLIKA

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto):

IVICA LOŽAR, DIREKTORICA

tel.: 07/30-63-151, e-naslov: direktor@dso-metlika.si

Študentu/ki: SUJEŽANA SVITLIČ-BUDISAVLJEVIĆ (ustrezno obkrožite):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
☒ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
☐ c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Kraj in datum: METLIKA, 14.7.2022



SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod:

DUP - enota Muretiinci

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): Monika Cajnkar
dipl. med. sestra - vodja TIMA

tel.: 02/620-7436 e-naslov: monika.cajnkar@guait.com

Študentu/ki: _____ (ustrezno obkrožite):

- ☒ a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
☒ b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: 

Kraj in datum: 11. 02. 2022

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod: SVZ Vitadom, DS Škofljica, Ob potoku 11, 1291 Škofljica

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): Matej Kajtner, po pooblastilu Igor Horvat

tel.: _____, e-naslov: igor.horvat@vitadom.si

Študentu/ki: Snježana Svitlič-Budisavljević (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v zaključnem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda:

Kraj in datum: Škofljica, 25.07.2022

po pooblastilu

vitadom
socialno varstveni zavod
4

IZJAVA O AUTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA



Priimek in ime študenta	Svitlič-Budisavljević Snježana
Vpisna številka	91163040
Študijski program	Socijalna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije
Naslov v angleščini:	"Burnout" of nurses in homes for the elderly – comparison of Croatia and Slovenia
Mentor:	Doc. Mgr. Lucie Vidovićová, Ph.D.
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom - Profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije osobe – usporedba Hrvatske i Slovenije izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagijatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, Uradni list RS, št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a Snježana Svitič-Budisavljević izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

Podpis študent/ke:

14.08.2023., Pula

Snježana Svitič-Budisavljević

POTVRDA O LEKTORIRANJU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

06

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

FABIO STEMBERGA

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

PROFESOR HRVATSKOG I ITALIJANSKOG JEZIKA I KNJIŽEVNOSTI,

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

SNJEŽANA SUTZIC - BUDISAVLJEVIĆ

z naslovom:

PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE MEDICINSKIH SESTARA U
DOMOVINA ZA STARIJE OSOBE - USPOREDBA HRVATSKE I SLOVENIJE

Kraj: LARIN

Datum: 11. kolovoza 2023.

Podpis: Fabio Stemberga