

# POVEZANOST STRESORA NA RADNOM MJESTU I SPOSOBNOSTI EMOCIONALNE REGULACIJE I KONTROLE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U BOLNIČKIM USTANOVAMA

---

Kadović, Marija

Doctoral thesis / Disertacija

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:374977>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Marija Kadović

POVEZANOST STRESORA NA RADNOM MJESTU I  
SPOSOBNOSTI EMOCIONALNE REGULACIJE I  
KONTROLE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U  
BOLNIČKIM USTANOVAMA

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Marija Kadović

POVEZANOST STRESORA NA RADNOM MJESTU I  
SPOSOBNOSTI EMOCIONALNE REGULACIJE I  
KONTROLE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U  
BOLNIČKIM USTANOVAMA

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

Mentor doktorske disertacije: izv. prof. dr. sc. Štefica Mikšić, mag. med. techn.

Komentor: prof. dr. sc. Ivica Mihaljević, dr. med.

Doktorska disertacija sadržava 97 stranica, 51 tablica, dvije slike.

## ZAHVALE

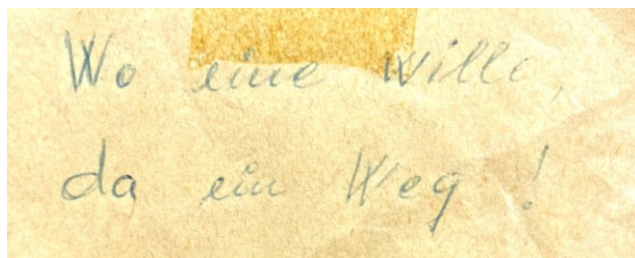
Prije više desetljeća od tate sam na papiriću dobila rukom napisanu poruku: *Wo eine wille da ein Weg* (u prijevodu: *Gdje ima volje, ima i načina.*). Tijekom čitavog profesionalnog razvoja i katkad teško vidljivog puta ona me osnaživala da pronađem smisao, razbistrim misli, odmaknem „malu“ sebe i osvojim cilj.

**I zato zahvaljujem svima SVOJIMA koji u meni jačaju volju i zajedno sa mnom traže načine.**

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Štefici Mikšić, mag. med. techn., i prof. dr. sc. Ivici Mihaljeviću, dr. med., komentoru, na potpori, dragocjenim uputama i savjetima koji su bili potrebni za istraživanje i izradu doktorske disertacije.

Posebno zahvaljujem prijatelju Robertu Lovriću na nesebičnoj pomoći i razumijevanju.

Rad posvećujem svima koji mudro i predano traže put do svojeg osobnog uspjeha.



## SADRŽJ

<b>Popis kratica</b> .....	IV
<b>Popistablica</b> .....	V
<b>Popis slika</b> .....	VII
<b>1. UVOD</b> .....	1
1.1. Stres i vrste stresora.....	1
1.1.1. Kvaliteta života zdravstvenih djelatnika .....	2
1.1.2. Radno okruženje.....	4
1.1.3. Stres na radnom mjestu.....	5
1.1.4. Reakcije na stres.....	6
1.2. Emocionalna regulacija i kontrola.....	8
1.2.1. Emocionalna jasnoća.....	8
1.2.2. Ruminacija stresnih događaja.....	9
1.2.3. Upravljanje emocionalnim reakcijama.....	10
1.2.4. Emocionalna iscrpljenost i sindrom sagorijevanja.....	10
<b>2. HIPOTEZA</b> .....	12
<b>3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA</b> .....	13
<b>4. ISPITANICI I METODE</b> .....	14
4.1. Ustroj studije.....	14
4.2. Ispitanici.....	14
4.3. Metode.....	15
4.3.1. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika.....	15
4.3.2. Skala emocionalne kontrole i regulacije (ERIK).....	16
4.3.3. Statističke metode.....	17
<b>5. REZULTATI</b> .....	18
5.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	18
5.2. Procjena stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika.....	24
5.2.1. Organizacija radnog mjesta i financije.....	24
5.2.2. Javna kritika i sudske tužbe.....	26
5.2.3. Opasnosti i štetnosti na poslu.....	27
5.2.4. Sukobi i komunikacija na poslu.....	28

5.2.5. Smjenski rad.....	29
5.2.6. Profesionalni i intelektualni zahtjevi.....	30
5.3. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali stresa prema općim obilježjima ispitanika.....	31
5.4. Procjena emocionalne regulacije i kontrole (ERIK).....	40
5.4.1. Efekt emocija i raspoloženja.....	40
5.4.2. Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja.....	42
5.4.3. Kontrola vlastitih emocionalnih sadržaja.....	43
5.5. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali emocionalne regulacije i kontrole prema općim obilježjima ispitanika.....	44
5.6. Povezanost stresa s emocionalnom regulacijom i kontrolom.....	49
5.7. Utjecaj pojedinih čimbenika na jače doživljeni stres (regresijska analiza).....	50
<b>6. RASPRAVA.....</b>	<b>53</b>
6.1. Procjena stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika.....	54
6.2. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali stresa prema općim obilježjima ispitanika.....	60
6.3. Procjena emocionalne regulacije i kontrole.....	62
6.4. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali emocionalne regulacije i kontrole prema općim obilježjima ispitanika.....	65
6.5. Povezanost stresa s emocionalnom regulacijom i kontrolom i utjecaj pojedinih čimbenika na jače doživljeni stres .....	69
6.6. Daljnje mogućnosti istraživanja i šire implikacije.....	72
<b>7. ZAKLJUČAK.....</b>	<b>74</b>
<b>8. SAŽETAK.....</b>	<b>76</b>
<b>9. SUMMARY.....</b>	<b>77</b>
<b>10. LITERATURA.....</b>	<b>79</b>
<b>11. ŽIVOTOPIS.....</b>	<b>92</b>
<b>12. PRILOZI.....</b>	<b>97</b>
12.1. Prilog 1 - Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika	
12.2. Prilog 2 - Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK)	
12.3. Prilog 3 - Obavijest za ispitanike o istraživanju	
12.4. Prilog 4 - Izjava o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju	

- 12.5. Prilog 5 - Zaključak Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara/tehničara KBC Osijek o provođenju istraživanja
- 12.6. Prilog 6 - Korišteni normativni akti



## POPISI KRATICA I POKRATA

<b>SZO</b>	Svjetska zdravstvena organizacija
<b>ERIK</b>	emocionalna regulacija i kontrola
<b>KBC</b>	klinički bolnički centar
<b>VSS</b>	visoka stručna sprema
<b>COVID 19</b>	Coronavirus Disease (broj 19 odnosi se na godinu kad se infekcija pojavila u populaciji)
<b>JIL</b>	jedinica intenzivnog liječenja
<b>OHBP</b>	objedinjeni hitni bolnički prijem
<b>P - O fit</b>	Person - Organisation Fit (označava usklađenost pojedinca i organizacije u kojoj radi)
<b>ASA</b>	Attraction – Selection - Attrition Model (teorija privlačnosti – odabira – gubitka koja pretpostavlja ostanak grupe sličnih pojedinaca u radnom okružju)
<b>QWL</b>	Quality of Work Life (označava mehanizam organizacije i razvoja radnog okružja djelatnika na svim poslovnim razinama)
<b>EU</b>	Europska unija
<b>AŽS</b>	autonomni živčani sustav
<b>UERK</b>	upitnik emocionalne regulacije i kontrole
<b>HZJZ</b>	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
<b>HKMS</b>	Hrvatska komora medicinskih sestara
<b>HLK</b>	Hrvatska liječnička komora
<b>PTSP</b>	posttraumatski stresni poremećaj

## POPIS TABLICA

Tablica 5.1.	Osnovna obilježja ispitanika.....	18
Tablica 5.2.	Osnovni podatci o zanimanju, mjestu stanovanja, razini obrazovanja i radnom vremenu.....	19
Tablica 5.3.	Raspodjela specijalizanata i liječnika specijalista prema vrsti specijalizacije.....	20
Tablica 5.4.	Raspodjela ispitanika prema znanstvenom stupnju.....	21
Tablica 5.5.	Ispitanici prema radnom mjestu.....	21
Tablica 5.6.	Duljina ukupnog radnog staža i radnog staža na sadašnjem radnom mjestu.....	23
Tablica 5.7.	Ispitanici prema radnom vremenu, radu u timu ili samostalno te o obliku radnog odnosa.....	23
Tablica 5.8.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom organizacijom radnog mjesta i financijama.....	25
Tablica 5.9.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom javnom kritikom i sudskim tužbama.....	26
Tablica 5.10.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom opasnostima i štetnostima na poslu.....	27
Tablica 5.11.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom sukobom i komunikacijom na poslu.....	28
Tablica 5.12.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom smjenskim radom.....	29
Tablica 5.13.	Ispitanici prema stresu uvjetovanom profesionalnim i intelektualnim zahtjevima.....	30
Tablica 5.14.	Ocjena pojedinih domena i ukupne skale stresa.....	31
Tablica 5.15.	Ocjena skale stresa prema spolu.....	32
Tablica 5.16.	Ocjena skale stresa prema bračnom statusu.....	33
Tablica 5.17.	Ocjena skale stresa prema razini obrazovanja.....	34
Tablica 5.18.	Ocjena skale stresa prema znanstvenom stupnju.....	35
Tablica 5.19.	Ocjena skale stresa prema izloženosti stresu na radnom mjestu.....	36
Tablica 5.20.	Ocjena skale stresa prema radnom vremenu.....	37
Tablica 5.21.	Ocjena skale stresa prema obliku radnog statusa.....	38
Tablica 5.22.	Povezanost promatranih varijabla s pojedinom domenom i ukupnom skalom stresa (Spearmanov koeficijent korelacije).....	38
Tablica 5.23.	Raspodjela ispitanika prema prisutnom stresu i općim obilježjima ispitanika.....	39

Tablica 5.24. Razlike u dobi ispitanika, broju djece, ukupnoj duljini radnog staža i duljini radnog staža na sadašnjem radnom mjestu u odnosu na prisutnost stresa.....	40
Tablica 5.25. Samoprocjena efekta emocija i raspoloženja.....	41
Tablica 5.26. Samoprocjena pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja.....	42
Tablica 5.27. Samoprocjena 3kontrola vlastitih emocionalnih sadržaja.....	43
Tablica 5.28. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole u odnosu na spol.....	44
Tablica 5.29. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema bračnom statusu.....	45
Tablica 5.30. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema razini obrazovanja.....	45
Tablica 5.31. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema znanstvenom stupnju.....	46
Tablica 5.32. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema izloženosti stresu na radnom mjestu.....	47
Tablica 5.33. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema radnom vremenu.....	47
Tablica 5.34. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole s obzirom na to rade li na određeno ili neodređeno vrijeme.....	48
Tablica 5.35. Povezanost dobi ispitanika, broja djece, ukupnog radnog staža i staža na sadašnjem radnom mjestu s domenama i ukupnom skalom emocionalne regulacije i kontrole.....	48
Tablica 5.36. Povezanost domena i ukupne skale doživljenog stresa s domenama emocionalne regulacije i kontrole.....	49
Tablica 5.37. Predviđanje vjerojatnosti jače doživljenog stresa (bivarijatna i multivarijatna regresijska analiza).....	51
Tablica 5.38. Funkcionalna veza između ukupnog stresa i emocionalne regulacije i kontrole (multivarijatna linearna regresija, <i>Stepwise metoda</i> ).....	52

## POPIS SLIKA

Slika 5.1.	Raspodjela ispitanika prema broju djece koju imaju.....	19
Slika 5.2.	Ispitanici prema radnom mjestu.....	22

## 1. UVOD

### 1.1. Stres i vrste stresora

Istraživači Lazarus i Folkman stres definiraju kao „odnos između osobe i njezina okružja, koji s jedne strane uzima u obzir karakteristike osobe, a s druge strane prirodu okolinskog događaja“ (1). U literaturi se stresu pristupalo i definiralo ga se kao podražaj, kao reakcija te kao proces (2, 3, 4). Promatran kao podražaj, stres je usmjeren na područje čimbenika koji mogu utjecati na našu ravnotežu. Kroz prizmu reakcije, stres objašnjavamo kao nemir, stanje koje se javlja kad se suočimo s novom situacijom. Stres promatran kao proces podrazumijeva razmjenu između resursa pojedinca i zahtjeva okoline. Različite osobe mogu različito reagirati na stres (5). Modernizacija i ubrzanje procesa svakodnevnog života za posljedicu ostavljaju stres, sve važniji čimbenik povezan sa zdravljem pojedinca. U kontekstu rada, a ovisno i o temperamentu i vanjskim čimbenicima, stresu su podložniji pojedinci koji se bave pomagačkim profesijama. „Stres je pojam koji označava stanje organizma u kojem doživljavamo prijatnu vlastitom integritetu. Fiziološki je stres prirodni mehanizam koji organizam dovodi u stanje prikladno za obranu ili bijeg.“ Podrijetlo izraza *stres* pronalazi se u srednjovjekovnom engleskom jeziku gdje se rabio kao pojam u značenju 'patnje, muke, neprilike, tegobe, nesreće ili tuge' (6). „Događaje i okolnosti koji su povezani sa stresom ili uzrokuju stres nazivamo stresorima“ (7).

Mnoge životne situacije mogu biti uzrokom nastanka stresa, a uzimajući u obzir karakter svakoga pojedinca, brojnost i različitost stresora povećava se pa postaje jasna potreba usustavljivanja izvora stresa. Načelno, stresore dijelimo u tri skupine (7):

- fizički stresori – izloženost tjelesno neugodnim uvjetima poput buke, vrućine, hladnoće, boli
- psihološki stresori – uzrokovani međuljudskim negativnim odnosima (nesporazumi, sukobi)
- socijalni stresori – uzrok nalaze u sveobuhvatnim kriznim situacijama i nepogodama koje potresaju sve ljude u nekoj zajednici (ratovi, ekonomske krize, promjene društvenih odnosa).

Duljina i snaga stresnog djelovanja i povezanost s ostalim stresnim utjecajima bitni su za ishode.

Prema duljini utjecaja se stres dijeli na (8):

- akutni stres – siloviti, iznenadni utjecaj stresa koji izaziva u pojedincu strah od izravne opasnosti
- kronični stres – dugotrajna, katkad sasvim slabo primjetna izloženost stresnoj situaciji ili stresnim uvjetima (8).

Prema intenzitetu stresovi se mogu podijeliti (7, 8):

- mali životni stresovi – iscrpljujuće, često nekontrolirane, svakodnevne situacije koje tijekom vremena iscrpe osobu ostavljajući neželjene posljedice na njegovo sveopće zdravlje, no takvi mali stresovi često pomažu u stvaranju jačeg obrambenog mehanizma pojedinca i modela svladavanja svakodnevnih problema (pojedinaac mora ulagati više napora kako bi bio zadovoljniji)
- veliki životni stresovi – pojedinac ih ne doživljava svakodnevno, ali se gotovo svima katkad dogode (npr. bolest ili smrt bliskih osoba); uzrokuju poremećaje tjelesne i psihičke stabilnosti u manjeg broja ljudi, ali većina, uz kvalitetnu podršku i razumno suočavanje sa stresom, nema trajne negativne posljedice
- traumatski životni stresovi – iako se događaju rijetko, većini ljudi ostavljaju dugotrajnije tjelesne i psihičke posljedice (izloženost svim vrstama nasilja, svjedočenje masovnim ubojstvima), a najvažnije je obilježje dugoročna destrukcija izloženih pojedinaca (7, 8).

### **1.1.1. Kvaliteta života zdravstvenih djelatnika**

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao „percepciju vlastitog položaja u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem pojedinac živi te u odnosu s njegovim vlastitim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima“ (9).

Često se sama kvaliteta života povezuje uz sreću ili zadovoljstvo životom. U više istraživanja koja su se bavila proučavanjem kvalitete života zdravstvenih djelatnika pokazalo se da neke sociodemografske osobitosti (dob, radni staž i obrazovanje), ali i stres na radnom mjestu, nepovoljno utječu na različite segmente kvalitete života zdravstvenih djelatnika zaposlenih u bolničkim ustanovama na svim odjelima (8, 10, 11).

Kvalitetu života kao višedimenzionalni koncept može se podijeliti na dvije osnovne

značajke: objektivnu i subjektivnu. Prema Cummins (12, 13) postoji sedam područja važnih za subjektivizaciju kvalitete života koje obuhvaćaju zdravlje, materijalne mogućnosti, sigurnost, intimnost, produktivnost, status u društvu te emocionalno osobno zadovoljstvo.

Koncept kvalitete života usko se povezuje s definiranjem osnovnih potreba pojedinca te je razvijeno nekoliko teorijskih klasifikacija u kojima su opisane razdiobe osnovnih potreba, među kojima su najpoznatije one Maslowa, Alderferu, Allardta i Galtunga (14). Tako se može istaknuti Allardtova trijada potreba „Imati, Voljeti, Biti“ (15,16) kojom se potvrđuje složenost kvalitete života. „Imati“ podrazumijeva materijalne izvore i mogućnosti poput prihoda, stanovanja, uvjeta rada i svih čimbenika potrebnih za njihovo postizanje. Tu su uključeni svi segmenti koji se odnose na osnovni životni standard. Potreba „Voljeti“ (14) definira društvene potrebe pojedinca obuhvaćene međuljudskim stvarnim i virtualnim (društvene mreže) odnosima, prijateljstvo, pripadnost zajednici i emocionalnu podršku. Potrebe koje istraživač Allardt (14) naziva „Biti“ odražavaju osjećaj ukupnog osobnog ostvarenja, društvenu integraciju i život u skladu s prirodom. U literaturi se navodi i četvrta dimenzija „Djelovanje“ (14) objedinjuje se aktivno pomaganje i zagovaranje osoba iz zajednice, uključenost u politike i humanitarno djelovanje kao i poboljšanje mogućnosti za rekreiranje i provođenje slobodnog vremena uopće.

Kako se radi o izrazito složenom i sveobuhvatnom konceptu, za lakše razumijevanje potrebna je terminološka dekonstrukcija prema temeljnim komponentama, odnosno ključnim procesima koja sudjeluju u njegovu formiranju (14):

- unutarnji postupci kompatibilni s psihofizičkim mehanizmima kreiranja osjećaja životnog zadovoljstva na osobnoj ili skupnoj razini
- vanjski postupci koji aktiviraju unutarnje mehanizme pojedinca.

U okviru ovakve dekonstrukcije razvila su se dva diskursa u proučavanju kvalitete života. U prvome je uočljiva objektivizacija vanjskih životnih utjecaja (17). U drugom pristupu prevladavaju subjektivni pokazatelji (18) kojima se pokušava razumjeti samoprocjena i samovrednovanje uvjeta u kojima pojedinci žive.

Već je spomenuto da je u operacionalizaciji koncepta kvalitete života (14) prisutan velik broj različitih definicija.

Navedeni pristupi tumačenja kvalitete života potaknuli su sektorska istraživanja u smislu rada, slobodnog vremena, financija, zdravlja koja se provode sukladno potrebama razvoja određenog sektora (14).

U okviru kvalitete života zdravstvenih djelatnika neizostavna je komponenta kvalitete radnog života.

„Kvaliteta radnog života (engl. *Quality of Work Life* – QWL) smatra se ključnom za osobni razvoj, razvoj karijere, zadovoljstvo poslom i za opću kvalitetu života“ (19).

### 1.1.2. Radno okruženje

Kvaliteta radnog života definira se kao „povoljnost i nepovoljnost ukupnog radnog okruženja za radnika“ (20). Serey i suradnici (21) u svom istraživanju kvalitetu života na radnom mjestu temelje na ispunjenosti koju pojedinac pronalazi u profesiji kojom se bavi i ukupnim poslovnim zadovoljstvom. Zdravstveni djelatnici rade u okruženju suprotnom od uobičajenoga; ured, mir i ergonomski povoljne uvjete zamijenili su bolesničkim odjelima, suradnjom s bolesnim pojedincima, višesatnim stajanjem u operacijskim dvoranama. Kvaliteta radnog života definira se i kao mogućnost iskazivanja osobne nadarenosti djelatnika i sposobnosti za suočavanje s izazovnim prilikama koje zahtijevaju donošenje osobnih odluka i utječu na daljnji smjer pojedinca (12). Davis je u svom istraživanju (22) definirao kvalitetu radnog života kao učinkovitost suradnje između djelatnika i općeg okruženja na radnom mjestu. Radno okruženje zdravstvenih djelatnika dio je vanjskih čimbenika koji sveukupno utječu na kvalitetu života. Vanjski čimbenici još uključuju okruženje, obitelj, prijatelje i radnu atmosferu (23).

Sukladno povoljnim zakonskim propisima (24, 25) (prilog 12.6.) poslodavac mora zaposleniku osigurati zdravo radno okruženje i sigurnost na radnom mjestu. Radno mjesto treba pojedincu osiguravati mentalni, fizički i socijalni mir (26). U domeni kvalitete, a u cilju zaštite zdravlja djelatnika u zdravstvenim ustanovama, važan je element adekvatne radne sposobnosti osoblja koje provodi zdravstvenu njegu (10, 27).

Europska agencija za sigurnost i zdravlje na radu upozorava na visok postotak zaposlenih u sektoru zdravstva (10 % ukupno zaposlenih u EU) koji su na radnom mjestu izloženi opasnostima i tvarima koji štetno djeluju na zdravlje i životni balans djelatnika (28).

U okviru Hrvatskog nacionalnog programa za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015. – 2020. godine (26) (prilog 12.6) naznačeno je da ekonomski i psihosocijalni čimbenici predstavljaju većinu uzroka nastanka štetnih djelovanja na radnom mjestu. U više izvješća o profesionalnim bolestima i ozljedama na radu opisan je visok utjecaj navedenih čimbenika na zdravlje zdravstvenih djelatnika u cjelini. U usporedbi s drugim profesijama, djelatnici u sektoru zdravstva i socijalne skrbi imaju veću incidenciju nastanka s radom povezanih bolesti uzrokovanih stresom, anksioznošću, depresijom i mišićno-koštanih poremećaja (29).



### 1.1.3. Stres na radnom mjestu

Stres na radnom mjestu pojava je povezana s kvalitetom života djelatnika u različitim profesijama (30). Stres na radu specifična je vrsta stresa uzrokovana čimbenicima iz radnog okružja poput organizacije rada, ali i prirode samog posla (10). Osobna procjena neke objektivne situacije u velikoj mjeri definira vrstu stresnog odgovora pojedinca. Individualna osjetljivost, stresori i vanjske okolnosti općenito preklapaju se u svom utjecaju na reakciju pojedinca na stres. Individualna osjetljivost povezana je s dobi pojedinca, njegovim životnim stilom i osobnošću (10).

U više hrvatskih istraživanja došlo se do sličnih rezultata gdje je utvrđeno da su najizraženiji stresori za zdravstvene djelatnike iz domene organizacije posla (10, 30 – 33). Naime, manjak osoblja, nepredviđena dežurstva, nedostatak vremena za bolesnika, rad za vrijeme stanke, dodatna administracija, prekovremeni i smjenski rad spadaju u tu domenu (10, 30 – 33).

Larsson i suradnici navode da su mogući uzroci radnog stresa niske plaće, smjenski rad, loša organizacija i nedefiniran opis posla, manjak vremena, odnosno prevelika odgovornost s obzirom na preopterećenost poslom (34). Također, nepovoljan profesionalni status, nezadovoljstvo i loši odnosi sa suradnicima, nezainteresiranost za posao te opterećenost osobnim brigama i obvezama mogu biti jaki stresori (34).

Istraživanja su dokazala da stres na radnom mjestu može demotivirajuće djelovati na radnu učinkovitost zdravstvenih djelatnika što za cilj izravno ima smanjenu razinu kvalitete skrbi i sigurnosti bolesnika (30, 35 – 37). Isto tako, dugotrajno izlaganje stresu na radnom mjestu može dovesti do stanja nazvanog sindrom sagorijevanja koji se očituje cjelokupnom iscrpljenošću osobe (31). Također, sve je više istraživanja koja sugeriraju kako stresori na radnom mjestu pridonose sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole (nadalje ERIK) zdravstvenih djelatnika (38, 39).

U pokušaju tumačenja stresa na radu utvrđeno je šest različitih mogućih uzročnih faktora u vidu zahtjeva, kontrole, odnosa, uloga, promjena i podrške (40). Pravilna identifikacija tih čimbenika pomaže u postupcima upravljanja, a propusti u njihovu otkrivanju i upravljanju rezultiraju padom produktivnosti i izbjegavanjem posla uz osjećaj smanjene osobne dobrobiti djelatnika, a u konačnici narušavanjem njegova zdravlja (40). Mogući rizični faktori nalaze se i u disbalansu između poslovnog i privatnog života. Pojedinac se zbog prelijevanja stresa iz jednog životnog djelokruga u drugi može naći u začaranom krugu stresa koji ga uvlači u još dublje i teže stresne situacije zbog nerješavanja svakodnevnih neugodnih situacija (41).

Izloženost svim navedenim čimbenicima, ali i običnim, svakodnevnim stresovima, nastalim u čitavom nizu socijalnih interakcija pojedinca, s vremenom mogu dovesti do nastanka izgaranja na poslu (42). Pojedinci iz uslužnih djelatnosti, posebno iz zdravstvenog sektora, koji su svakodnevno izloženi mogućnostima neuspjeha s teškim posljedicama za osobu kojoj se skrb pruža, imaju na poslu veću izloženost stresu (42, 43).

Kako je u više istraživanja organizacija posla opisana kao vodeći prediktor u nastanku stresa na radnom mjestu, glavna inicijativa za preveniranje stresa koju predlažu istraživači jest reorganizacija posla. U suvremenom radnom okružju javljaju se potpuno novi stresori poput zlostavljanja na poslu (eng. *mobbing*), seksizma, zlouporabe ovlasti i dužnosti, motrenja zaposlenika putem elektroničkih uređaja, političkih preferencija (44). Zdravstveni djelatnici u bolničkim uvjetima izloženi su i nedavno opisanom tehnostresu koji je posljedica informatizacije i uvođenja sve naprednije medicinske tehnologije, robotike, a i umjetne inteligencije u svakodnevni rad s bolesnicima (45). Učenje, prilagođavanje i odgovornost pri primjeni modernih tehnologija nije u skladu s kadrovskim mogućnostima, informatičkom predznanju zdravstvenih djelatnika i trenutačnoj organizaciji rada u zdravstvenom sustavu.

#### 1.1.4. Reakcije na stres

Prema jednoj od najpoznatijih teorija stresa autora R. S. Lazarusa stres se tumači dvama mehanizmima: prvo, bihevioralnom procjenom pojedinca kojom on klasificira događaje kao prijeteće, a potom biranjem načina suočavanja na percipiranu prijetnju. Ako se ugrožavajući uvjeti u okružju mogu promijeniti, pojedinac odabire kontrolu nad problemom ili promjenu uvjeta okružja, no ako je nemoguće mijenjati uvjete, on odabire upravljanje emocionalnim reakcijama (1, 30). Upravo je zbog navedenoga, ali i definiranih ciljeva, Lazarusova teorija polazište ove studije.

Reakcije na stres odraz su osobina ličnosti pojedinca, zahtjeva okoline i vrste stresora, ali i procjene mogućnosti odupiranja stresu kao i moguće socijalne podrške okoline. Svaki pojedinac drukčije reagira na moguću stresnu situaciju. Upravo procjena pojedinca da se nekoj stresnoj situaciji može oduprijeti pokazuje da ta situacija za njega neće biti stresna ni dugoročno ugrožavajuća (10).

Određeni životni događaji ipak izazivaju u većine ljudi istu stresnu reakciju: gubitak bliske osobe, člana obitelji, teška bolest, gubitak imovine, tjelesno, psihičko ili emocionalno nasilje, prirodne i ostale masovne katastrofe. One se pojavljuju u tri oblika.

### Fiziološke reakcije

Ove su reakcije pod djelovanjem AŽS-a i sustava žlijezda s unutrašnjim izlučivanjem. Tjelesne reakcije poput pojačanog znojenja, suhoće usta, osjećaja vrućine, drhtanja ruku, ubrzanog disanja, pojačanog lupanja srca pojedinac primjećuje tijekom stresa te se definiraju kao subjektivne reakcije na stres. Pojedinac nije svjestan objektivnih reakcija koje se događaju tijekom djelovanja stresa poput izlučivanja adrenalina i posljedično pojačanog rada srca i pluća te porasta krvnog tlaka, razine glukoze u krvi, proširenja zjenica, povećanja mišićne napetosti (46).

Organizam nakon tjelesne ulazi u fazu biološke stresne reakcije „borbe ili bijega“ u kojoj se dodatnom energijom u situaciji stvarne opasnosti, akutnog stresa, još snažnije odupire uzrocima stresa. Znatno je manja korist ovakve reakcije u kroničnom stresu (1,36,47).

### Psihičke reakcije

Među psihičkim reakcijama treba istaknuti one emocionalne, uvjetovane specifičnim stresnim situacijama. Najčešće su akutne reakcije mržnja, strah, bijes, dok su apatija, bespomoćnost, osjećaj krivnje, potištenost, tjeskoba, specifične reakcije kroničnog stresa (46). Akutne reakcije regrutiraju snage pojedinca za aktivnosti usmjerene prema odupiranju stresu ili prihvaćanju stresa s posljedicama koje on donosi (1, 36).

Za bolju reakciju na stresnu situaciju kvalitetnijim prosuđivanjem i pojačanom koncentracijom pomažu kognitivne reakcije (46). No, ovisno o jačini stresne situacije i osobnoj procjeni pojedinca hoće li se moći oduprijeti stresu, kognitivne reakcije mogu spriječiti djelotvorno suočavanje sa stresom u vidu poremećaja u koncentraciji, logičkom mišljenju i prosuđivanju (1, 36).

Kako je već spomenuto, u akutnom stanju stresa organizam se odupire ili izbjegava stresnu situaciju. No postupanje pojedinca u stresnoj je situaciji usredotočeno i na prihvaćanje situacije koja se neminovno mora dogoditi što ne zahtijeva borbu ili bježanje (1, 36). To je vidljivo u stanjima kroničnog stresa u kojima se mogu javiti i negativna ponašanja kao što su destrukcija (agresija) te samodestrukcija (ovisnosti) (36, 40, 48). Negativne reakcije u kroničnom stresu pogotovo su opasne kod zdravstvenih djelatnika. Zasićenost količinom posla, prekovremenim radom, nezadovoljavajućim uvjetima rada dovode do samodestrukcije, umora i sagorijevanja, a samim tim do smanjene kvalitete isporučene zdravstvene usluge te profesionalnih pogrešaka. Naime, kao i većina, zdravstveni djelatnici pod stresom griješe više,

ali njihove pogreške mogu biti tragične, stoga je potrebno jačanje unutarnjih snaga potrebnih za minimiziranje stresora kod zdravstvenih djelatnika.

## **1.2. Emocionalna regulacija i kontrola**

„Emocionalna se regulacija definira kao skup procesa kojima osoba pokušava djelovati na to kakve će emocije doživjeti i izraziti, u koje vrijeme i na koje načine“ (38, 49, 50). Ona omogućuje pojedincu uravnotežiti izražavanje doživljenih osjećaja sa zahtjevima okoline, samozaštitu od negativnih emocija te njihovo obuzdavanje i preoblikovanje kako ne bi ometali vlastitu učinkovitost (51). Iako se koncept ERIK-a upotrebljava u mnogim situacijama, općenito on obuhvaća pojedinčevu vještinu reagiranja na emocionalno stresne zahtjeve na prihvatljiv, socijalno prilagodljiv način (51 – 53).

Posljednjih godina ispitivanje utjecaja stresnih situacija na sposobnost ERIK-a čini važnu i neizostavnu komponentu u razvoju mehanizama institucijske potpore radnicima (30). No, istraživanja je vrlo malo među zdravstvenim djelatnicima koji rade u bolničkim ustanovama. Emocionalna iscrpljenost temeljno je obilježje sindroma izgaranja (30, 35). Profesionalci u takvu stanju osjećaju se preopterećeno, nesposobno nositi se s poslom, demotivirani su, a sve to na kraju utječe na njihovu kvalitetu rada i učinkovitost (30, 36).

Refleksna regulacija emocija, odnosno sposobnost prihvaćanja vlastitih i tuđih pozitivnih i negativnih emocija te njihova kontrola također su važne regulativne komponente.

Neprihvatanje ili nedostatak razumijevanja mogu produljiti emocionalni stres stvaranjem negativnih sekundarnih emocija na primarnu negativnu emociju (npr. osjećaj sramote zbog iskustva tjeskobe ili straha) (54).

### **1.2.1. Emocionalna jasnoća**

ERIK uključuje niz procesa u cilju nadzora negativnih emocija i posljedičnih reakcija. Taj proces obuhvaća analizu čimbenika rizika za doživljene emocije, izbor reakcije, ali i spremnost odgode zadovoljenja određene želje ili potrebe. Regulacijom pojedinac jasno balansira između vanjskog ponašanja i dobrog vlastitog emocionalnog stanja (51). U tom se kontekstu pojavljuje zanimljiva teorija jasnoće osjećaja. „Jasnoća osjećaja pojavila se kao suprotan kraj ambivalenciji u izražavanju osjećaja“ (55). Jasnoća osjećaja bila je ključan pojam u eksperimentu istraživača Takšića u kojem je inducirao negativna raspoloženja u

pojedince, a zatim pratio tijekom oporavka od nastalog stresa. Pokazalo se da pojedinci kojima su vlastiti osjećaji jasniji brže kreću u pronalaženje učinkovitih strategija suočavanja sa stresom. Definitivno je jasnoća osjećaja preduvjet za učinkovito upravljanje raspoloženjem jer pomaže pri ublažavanju negativnih utjecaja stresnog događaja (55).

Osim znanja o vrstama emocionalnih reakcija, emocionalna jasnoća uključuje i svjesnost o uzrocima nastanka stresa. Kod vrlo intenzivnih i neugodnih osjećaja, jasnoća može biti korisna za odabir prikladne strategije ERIK-a. Tako je razvijena podjela osjećaja odgovorna za djelotvorno razlikovanje srama i krivnje, dok emocionalna jasnoća osigurava razumijevanje uzroka koji dovode do takvih emocija (56).

### **1.2.2. Ruminacija stresnih događaja**

Model koji su predložili Roger i suradnici (57, 58) tumači četiri dimenzije emocionalne regulacije: inhibiciju, ruminaciju, benignu kontrolu i kontrolu agresivnosti. Emocionalna inhibicija implicira supresiju iskazivanja osjećaja dok se ruminacija u naravi definira kao podložnost ponavljanja misli, osjećaja i epizoda povezanih s proživljenim stresnim događajem. Ona također obuhvaća emocionalno nezadovoljstvo i sukobe koji iz njega proizlaze. Benigna kontrola obuhvaća senzibilnost u kontroli impulzivnosti i spontanosti, a kontrola agresivnosti zatumljivanje hostilnih reakcija.

Praćenje i evaluacija emocionalnih reakcija također su važne regulatorne komponente; razumijevanje i prihvaćanje vlastitih emocija smatraju se ključnim komponentama regulacije emocija. Neprihvatanje ili nedostatak razumijevanja mogu produljiti emocionalni stres stvaranjem negativnih sekundarnih emocija u odnosu na primarnu negativnu emociju (npr. osjećaj sramote zbog iskustva tjeskobe ili straha) (54). Prema Pennebakeru potiskivanje emocija dalekosežno nije zdravo iz dvaju razloga: može se razviti u kumulativni stresni podražaj zato što sprječava misaono-perceptivni mehanizam asimilacije. Naime, nerazrađeni stresni događaji ostaju u svijesti pojedinca kao potencijalno opasne i ponavljajuće misli. Prema definiciji opisanog učinka istraživačice Zeigarnik (38, 59), pojedinci su podložniji pamćenju nedovršene zadatke, stoga im neasimilirani doživljaji ostaju u svijesti i potiču ruminaciju. Istraživanja potvrđuju da ruminacija stresnih događaja provocira negativne emocije, što za uzrok ima kognitivno i ponašajno zaobilaženje uzroka stresnog događaja (38, 60). Svoja osobna raspoloženja pojedinac doživljava na dvjema razinama: neposrednoj i refleksivnoj (55). Osim neposrednog doživljaja iskustva s ugodnim ili neugodnim osjećajima

tijekom života, pojedinac stječe spoznaje o svojim i tuđim raspoloženjima. Te spoznaje osposobljuju pojedinca za praćenje, procjenu i regulaciju emocija. Pojedincu mogu koristiti u cilju regulacije svojeg i usmjeravanju tuđeg ponašanja (55).

### **1.2.3. Upravljanje emocionalnim reakcijama**

Navedena dva suprotna konstrukta ključna su u upravljanju emocionalnim reakcijama. Dok se stalnom ruminacijom i neasimilacijom stresnih osjećaja oni talože u pojedincu tvoreći nezadovoljstvo, sve slabiji stresni odgovor te, u konačnici, stanje kroničnog stresa, razvijanjem emocionalne jasnoće pojedinac učinkovito dolazi do samoupravljanja reakcijama. On upravlja negativnim mislima stalnom ponovnom procjenom moguće stresne situacije i prilagođavanjem svojih stavova. Istraživači Chabot i suradnici dokazuju da čak i kad se situacija ne može promijeniti, može se promijeniti njezino značenje, odnosno emocionalna reakcija na nju (61).

Upravljanje reakcijama uvelike ovisi o emocionalnoj inteligenciji, čiji je dio, te se vježba iskustvom i usmjerenim treninzima. Istraživač Lantieri naglašava da vježbanjem socijalnih vještina, upravljanja osjećajima te razvojem motivacije, empatije i kompletne svijesti o sebi, razvija i emocionalna inteligencija. Ako se pojedinac izravno i kontinuirano suočava s teškim životnim situacijama, emocionalna inteligencija razvija se automatizmom. „Samosvijest se jača vježbanjem razumijevanja uzroka vlastitih emocija i osjećaja u nekoj situaciji“ (61).

### **1.2.4. Emocionalna iscrpljenost i sindrom sagorijevanja**

Emocionalna iscrpljenost osnovna je posljedica sindroma sagorijevanja (30, 35). Profesionalci koji sagorijevaju osjećaju se preopterećeno, nesposobno su nositi se s poslom, demotivirani su, a sve to utječe na njihovu kvalitetu rada i učinkovitost (30, 36). Neodgovarajuće upravljanje emocionalnim reakcijama naposljetku može dovesti do najmanje jednog oblika emocionalne iscrpljenosti. U istraživanju Hudek-Knežević i suradnika (38) prikazano je da svaka sastavnica doživljenog stresa na radnom mjestu uvelike pridonosi profesionalnom sagorijevanju, pojedinačno ili u interakciji s emocionalnom supresijom. Ruminacija kao sastavnica ERIK-a čak je nezavisan preduvjet za razvoj emocionalne iscrpljenosti (38). „Koncept profesionalnog sagorijevanja definiran je trima dimenzijama: iscrpljenošću, depersonalizacijom te percepcijom smanjenoga osobnog postignuća“ (62, 63).

Literatura potvrđuje tvrdnju da je veća zahtjevnost radnog mjesta snažno i sveobuhvatno povezana sa sagorijevanjem na radnom mjestu, a naročito s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti (62). Greenglas i suradnici u svom istraživanju među medicinskim sestrama potvrđuju da je preopterećenost na radnom mjestu snažno povezana s emocionalnom iscrpljenošću, što rezultira oportunističkim ponašanjem i psihosomatskim poremećajima, a posljedično smanjenjem radne učinkovitosti (38). Isprepletenost svih čimbenika u procesu razvoja stresa kod zdravstvenih djelatnika u bolničkom sustavu, koji posljedično dovode do profesionalnog sagorijevanja, evidentno je usko povezana te ih treba ispitivati u kontekstu ERIK-a.

Pregledom srodne stručne i znanstvene literature uočava se kako je unatoč brojnim istraživanjima o stresu zdravstvenih djelatnika još uvijek nedostatan broj studija u kojima se istražuje izdvojeni doprinos sposobnosti ERIK-a u predikciji stresa zdravstvenih djelatnika, osobito u bolničkim ustanovama. Ovaj deficit može ukazivati na potrebu globalnog razumijevanja važnosti koncepta ERIK-a zdravstvenih djelatnika pri utjecaju određenih stresora. Upravo su navedene znanstvene činjenice, kao i istraživačka pitanja i moguće dvojbe, glavno polazište ovog istraživanja.

## **2. HIPOTEZA**

Stresori na radnom mjestu povezani su s emocionalnom regulacijom i kontrolom i pridonose razvoju sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama. Djelatnici koji su pod manjim utjecajem stresora na radnom mjestu procjenjuju vlastitu sposobnost emocionalne regulacije i kontrole boljom u odnosu na djelatnike koji su pod većim utjecajem stresora na radnom mjestu.



### 3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni je cilj istraživanja dobiti uvid u emocionalnu regulaciju i kontrolu i vrstu stresora na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi te utvrditi povezanost i utjecaj stresora na sposobnost emocionalne regulacije i kontrole. Cilj je utvrditi doprinos sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole na razvoj stresa među zdravstvenim djelatnicima.

Specifični ciljevi su sljedeći:

- ispitati samoprocijenjenu sposobnost emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi – ispitati samoprocijenjenu razinu stresora na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi
- ispitati postoje li razlike u samoprocjeni sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole na radnom mjestu s obzirom na opća obilježja (spol, dob, bračno stanje, broj djece, stručni stupanj, znanstveni stupanj, radno mjesto, dužinu radnog staža, radno vrijeme i vrstu radnog odnosa)
- ispitati postoje li razlike u samoprocjeni razine stresora na radnom mjestu s obzirom na opća obilježja (spol, dob, bračno stanje, broj djece, stručni stupanj, znanstveni stupanj, radno mjesto, dužinu radnog staža, radno vrijeme i vrstu radnog odnosa)
- ispitati postoji li povezanost stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi
- ispitati doprinos emocionalne kontrole u tumačenju ukupnog utjecaja stresora na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi.

## 4. ISPITANICI I METODE

### 4.1. Ustroj studije

Tijekom mjeseca svibnja 2022. godine provelo se prosječno istraživanje (64) u Kliničkom bolničkom centru Osijek, Republika Hrvatska, na odjelima gdje se liječe bolesnici od akutnih ili kroničnih bolesti. Istraživanje se provelo u jednoj fazi u kojoj su se istodobno ispitivali stresori na radnom mjestu i sposobnost ERIK-a zdravstvenih djelatnika u bolničkoj ustanovi.

Kriteriji odabira zdravstvene institucije odabrane za ispitivanje podrazumijevali su da je to bolnička ustanova kategorizirana kategorijom I. Prema hrvatskoj klasifikaciji to je nacionalna bolnica u kojoj su najmanje tri klinike i gdje se izvode najkompleksniji dijagnostičko-terapijski postupci na bolesnicima. Drugi kriterij odabira bilo je dobrovoljno sudjelovanje institucije u kojoj će se provesti istraživanje, odnosno da je institucija ujedno i nastavna baza autorima studije.

Kriterij odabira bolesničkih odjela na kojima će se provesti istraživanje bio je taj da se na odjelu pruža 24-satna skrb za bolesnika.

### 4.2. Ispitanici

Kriteriji uključivanja ispitanika u istraživanje bili su sljedeći: zdravstveni djelatnici iz odabrane zdravstvene ustanove koji rade u neposrednoj skrbi za bolesnika, stariji od 20 godina (55, 65), koji razumiju hrvatski jezik te njihovo dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. Za uočavanje srednjeg efekta u razlici numeričkih varijabla, uz razinu značajnosti od 0.05 i snagu 0.8, minimalna je potrebna veličina uzorka 180 ispitanika (G\*Power inačica 3.1.2, Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka). U istraživanje je bilo uključeno 300 zdravstvenih djelatnika, a konačna veličina uzorka bila je 203 ispitanika, što čini stopu odgovora od 67,6 %.

Prikupljanje podataka obavilo se slanjem mrežnog obrasca (izrađenog s pomoću Alchemer survey softwera) koji je uključivao pojedinosti studije, smjernice i stavke upitnika. Ispitanicima je poslana poveznica za ispunjavanje upitnika na adresu njihove elektroničke pošte, a oni su potvrđivanjem završetka ispunjavanja automatski poslali svoje odgovore.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a ispitanici su elektroničkim putem uz upitnik dobili i obavijest o istraživanju te izjavu o pristanku i suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Obavijest upućena ispitanicima o istraživanju stresa na radnom mjestu i sposobnosti ERIK-a zdravstvenih djelatnika sadržavao je osnovne informacije o istraživanju: postupak, cilj, povjerljivost i dobrovoljnost sudjelovanja. Prikupljanje podataka mrežnim putem obavljeno je kako bi se smanjili mogući rizici i omogućilo održavanje više razina povjerljivosti (66, 67). Time se izbjegao i osjećaj obveze ili prisile ispitanika na sudjelovanje u istraživanju i ublažio strah od moguće osvete nadređenih (66, 68). Kako su ispitanici bili zaposlenici bolničke ustanove u kojoj je od početka pandemije bolesti COVID-19 bio zabranjen ulazak osobama nezaposlenima u bolničkoj ustanovi, osim u svrhu liječenja, prikupljanje podataka virtualnim putem povećao je broj dobrovoljnih ispitanika zbog dostupnosti sudjelovanja u istraživanju. Za prikupljanje podataka rabile su se poslovne adrese e-pošte ispitanika. Uz dobrovoljnost, ispitanici su imali pravo odustati od istraživanja bez ikakvih posljedica. Anonimnost sudionika bila je zajamčena, a iz odgovora se nije moglo utvrditi njihov identitet. Pristup podacima imali su samo istraživači. Istraživanje je provedeno nakon odobrenja etičkog povjerenstva ustanove (Broj: R1-4960-4/2022; Osijek, 14. 4. 2022.).

### 4.3. Metode

#### 4.3.1. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika

Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika izrađen je na temelju standardiziranog upitnika o stresu na radnom mjestu (engl. *Occupational Stress Questionnaire*) (69, 70) i preliminarnih istraživanja (69, 71 – 74).

Prema opisu autora upitnik se sastoji od dva dijela (69).

U prvom su se dijelu upitnika (prilog 12.1.) nalazili opći podatci koji se odnose na sociodemografske karakteristike ispitanika (spol, dob, razina naobrazbe i stručni stupanj, zanimanje i trenutačno radno mjesto, ukupna duljina radnog staža i staža na trenutačnom radnom mjestu te vrsta radnog vremena).

Drugi dio upitnika bazirao se na pitanjima u vezi sa stresorima na radnom mjestu. Ispitanicima je bilo ponuđeno 37 pitanja s definiranim stresorima na radu koji se odnose na šest osnovnih domena u okviru organizacije radnog mjesta i financijskih pitanja, javne kritike, opasnosti i

štetnosti na poslu, sukoba i komunikacije na poslu, smjenskog rada te profesionalnih i intelektualnih zahtjeva. Ispitanici su doživljaj stresa ocjenjivali na Likertovoj skali ocjenama od 1 (nije uopće stresno), 2 (rijetko), 3 (ponekad), 4 (stresno) do 5 (izrazito stresno). Unutar domena bile su čestice, odnosno skup pitanja koja su se odnosila na pojedine izvore stresa. Tako je u prvoj domeni bilo 11 čestica povezanih s adekvatnošću primanja i radnog prostora, brojem djelatnika, nepredviđenim situacijama na poslu, financijskim ograničenjima, organizacijom i preopterećenošću poslom, administracijom, vremenskim ograničenjima, nemogućnošću napredovanja, vremenskim rokovima. Pouzdanost unutarnje konzistencije Cronbach  $\alpha$  pri validaciji upitnika iznosila je 0,855. U domeni javne kritike bilo je šest čestica s obuhvaćenim pitanjima o sudskim tužbama, javnoj kritici, sukobima s bolesnicima ili članovima obitelji te njihovim nerealnim očekivanjima i pogrešnom informiranju te o profesionalnom i privatnom životu. Cronbach  $\alpha$  iznosila je 0,845. Domena opasnosti i štetnosti na poslu imala je pet čestica povezanih s procjenom izloženosti zračenju, inhalacijskim anestheticima, citostaticima, zarazama, oštrim predmetima te radu s neizlječivim bolesnicima. Pouzdanost Cronbach  $\alpha$  iznosila je 0,840. U četvrtoj domeni bilo je pet čestica u vezi s komunikacijom i sukobima s nadređenima, kolegama i drugim suradnicima, s pouzdanošću pri validaciji upitnika od  $\alpha = 0,830$ . U domeni smjenskog rada također je bilo pet čestica u kojima se procjenjivao utjecaj vrste radnog vremena na ispitanike, npr. prekovremeni, smjenski, noćni rad ili dežurstva. Cronbach  $\alpha$  iznosila je 0,783. U domeni profesionalnih i intelektualnih zahtjeva bile su obuhvaćene nove tehnologije, informacije, nedostatak edukacije i nedostupnost literature uz pouzdanost Cronbach  $\alpha$  koja iznosi 0,744 (69).

#### 4.3.2. Skala emocionalne regulacije i kontrole

ERIK skala dio je upitnika emocionalne regulacije i kontrole (UERK), a nastala je odabirom čestica iz komponente regulacije i kontrole emocija dobivene faktorizacijom skala samoprocjena (55, 75) sastavljenih u cilju empirijske provjere i operacionalizacije jednog modela emocionalne inteligencije. Sadržava izjave kojima se procjenjuju negativni efekti osjećaja i posljedičnih raspoloženja na mišljenje, pamćenje i ponašanje, kao i mogućnost ERIK-a. Sadržaj velike većine tvrdnji ERIK skale odnosi se na procjenu negativnih emocija i raspoloženja (55, 75). Sastoji se od 20 čestica podijeljenih u tri domene: efekt emocija i raspoloženja na mišljenje i ponašanje (čestice 3 – 7, 9, 10, 18), pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja (čestice 1, 13 – 15, 17, 19) te kontrolu vlastitih emocionalnih reakcija

(čestice 2, 8, 11, 12, 16, 20). Prve dvije domene imaju stabilnu strukturu i zadovoljavajuću unutarnju pouzdanost (Cronbach alfa  $> 0,70$ ), dok je unutarnja pouzdanost treće domene slabija (Cronbach alfa =  $0,60$ ) (55, 75).

Budući da se upitnik provodio anonimno, iz originalnog upitnika isključeni su osobni podatci o ispitaniku (ime i prezime), a isključeni su i sociodemografski (spol, dob, stručna sprema) jer se ispitivanje provodilo s pomoću upitnika o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika u kojem su ti podatci navedeni.

### 4.3.3. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike kategorijskih varijabla testirane su hi-kvadrat testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabla testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabla između dviju nezavisnih skupina testirane su Studentovim t-testom. Povezanost normalno raspodijeljenih numeričkih varijabla ocijenjena je Pearsonovim koeficijentom korelacije ( $r$ ) i Spearmanovim koeficijentom korelacije ( $\rho - \text{rho}$ ). Unutarnja pouzdanost svakog upitnika provjerila se koeficijentom Cronbach Alpha. Regresijskom analizom (bivarijatna i multivarijatna) ispitalo se koji čimbenici utječu na jače izražen stres i lošiju emocionalnu kontrolu (10, 30). Sve P vrijednosti bile su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na Alpha =  $0,05$ . Za statističku analizu rabili su se statistički programi MedCalc® Statistical Software version 20.100 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022) i SPSS Statistics for Windows, Version 23.0 (Released 2015. IBM. Armonk, NY: IBM Corp.) (76, 77).

## 5. REZULTATI

### 5.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 203 ispitanika, od kojih je 40 (19,7 %) muškaraca i 162 (80,3 %) žene. Medijan dobi ispitanika iznosi 42 godine (uz granice interkvartilnog raspona od 35 do 50 godina) u rasponu od najmanje 21 do najviše 72 godine.

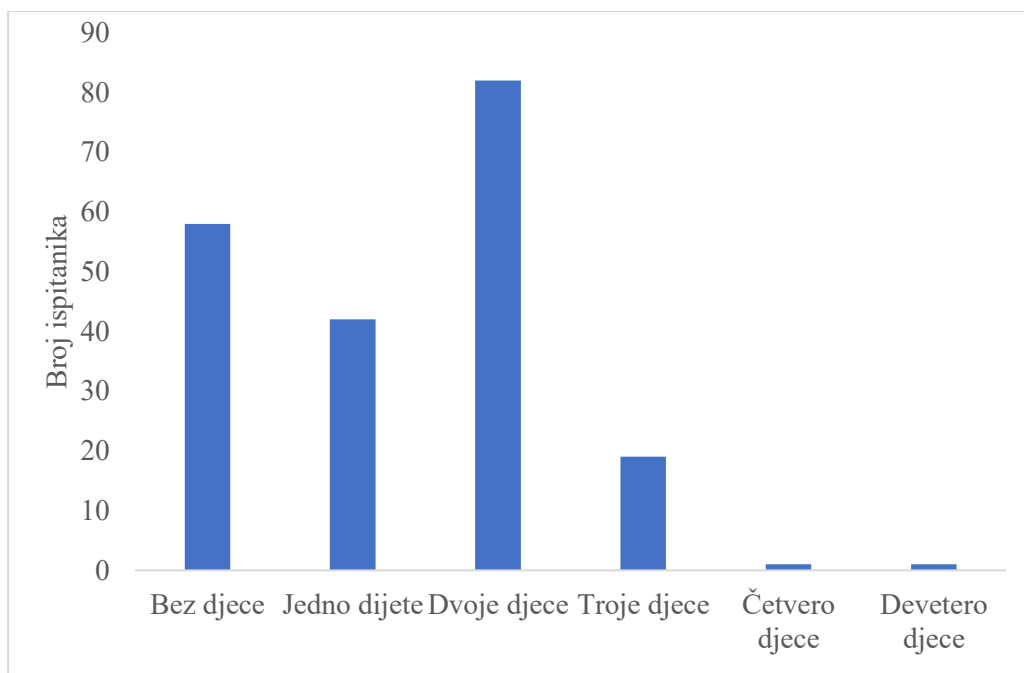
S obzirom na bračno stanje najviše ispitanika, 126 (62,1 %) u braku je, a 43 (21 %) ih je neoženjeno/neudano (tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanika

	<i>Broj (%) ispitanika</i>
Spol	
muškarci	40 (19,7)
žene	163 (80,3)
Bračno stanje	
neoženjen/neudana	43 (21,2)
oženjen/udana	126 (62,1)
izvanbračna zajednica	19 (9,4)
razveden/razvedena	10 (4,9)
udovac/udovica	5 (2,5)
Ukupno	203 (100)

Djecu nema 58 (28,6 %) ispitanika, a najviše, njih 81 (39,9 %) imaju dvoje djece.

Od ukupno 145 (71,4 %) ispitanika koji imaju djecu, medijan broja djece su dva djeteta (interkvartilnog raspona od 1 do 2 djeteta) u rasponu od najmanje jednog do najviše devetero djece (slika 5.1.).



Slika 5.1. Raspodjela ispitanika prema broju djece koju imaju

S obzirom na zanimanje najviše je medicinskih sestara/tehničara opće njege, njih 62 (30,5 %) i 61 (30 %) liječnik specijalist (tablica 5.2.).

Tablica 5.2. Osnovni podatci o zanimanju, mjestu stanovanja, razini obrazovanja i radnom vremenu

	<i>Broj (%) ispitanika</i>
Stručni stupanj	
liječnik bez specijalizacije	1 (0,5)
liječnik na specijalizaciji	3 (1,5)
liječnik specijalist	61 (30)
primarijus	1 (0,5)
medicinska sestra / tehničar opće njege	62 (30,5)
prvostupnik/prvostupnica sestrinstva	38 (18,7)
magistar/magistrice sestrinstva	32 (15,8)
primalja / primaljska asistentica	3 (5)
prvostupnica primaljstva	2 (1)

Najviše specijalista, po 9 (15,8 %) iz područja je anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja ili pedijatrije, a po 3 (5,3 %) iz abdominalne kirurgije ili opće interne, dok su ostale specijalizacije zastupljene kod manjeg broja ispitanika (tablica 5.3.).

Tablica 5.3. Raspodjela specijalizanata i liječnika specijalista prema vrsti specijalizacije

	<i>Broj (%) ispitanika</i>
Specijalizacije specijalizanata:	
maksilofacijalna kirurgija	1 / 3
nuklearna medicina	1 / 3
opća interna	1 / 3
Specijalisti:	
abdominalna kirurgija	3 (5,3)
anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje	9 (15,8)
dermatologija	1 (1,8)
pedijatrija	9 (15,8)
psihijatrija	2 (3,5)
kardiologija	2 (3,5)
interna opća	3 (5,3)
endokrinologija	1 (1,8)
onkologija	2 (3,5)
transfuziologija	2 (3,5)
vaskularna kirurgija	1 (1,8)
kardiokirurgija	2 (3,5)
otorinolaringologija	1 (1,8)
ortopedija	1 (1,8)
opća kirurgija / plastična kirurgija	1 (1,8)
radiologija	1 (1,8)
hitna	1 (1,8)
nuklearna	1 (1,8)
neurologija	1 (1,8)
intenzivist	1 (1,8)
oftalmologija	2 (3,5)
oralna kirurgija	1 (1,8)
fizijatrija	1 (1,8)
ginekologija i opstetricija	1 (1,8)
sudska medicina i patologija	4 (7)
nefrologija	2 (3,5)
urologija	1 (1,8)



Znanstveni stupanj ima 46 (22,7 %) ispitanika, od kojih je po 15 (33 %) magistara znanosti ili docenata / znanstvenih suradnika. Pet ispitanika (11 %) profesori su u trajnom zvanju / znanstveni savjetnici (tablica 5.4.).

Tablica 5.4. Raspodjela ispitanika prema znanstvenom stupnju

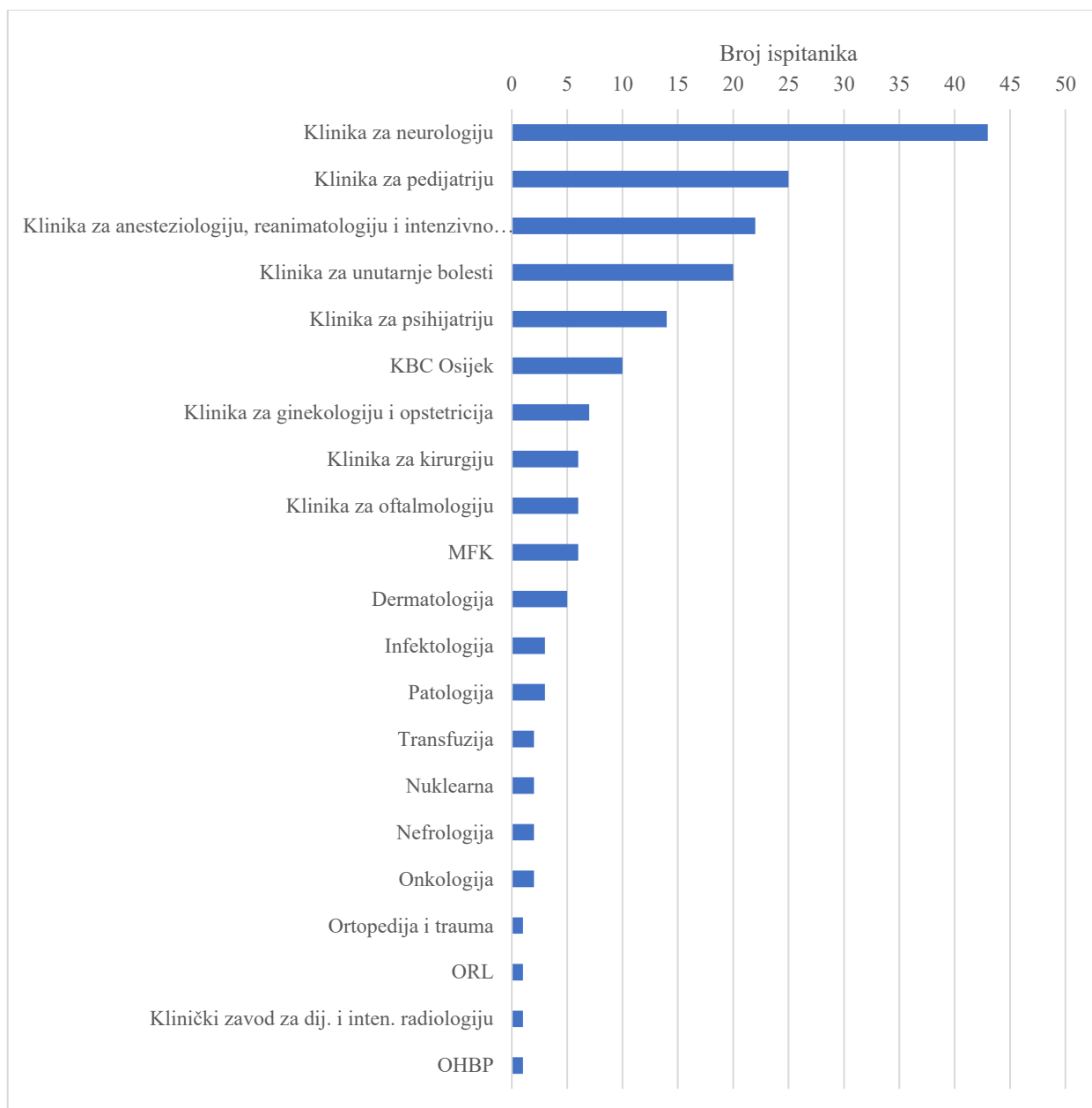
	<i><b>Broj (%) ispitanika</b></i>
Znanstveni stupanj (n = 46)	
magistar znanosti (mr. sc.)	15 (33)
doktor znanosti (dr. sc.)	9 (20)
docent / znanstveni suradnik	15 (33)
izvanredni profesor / viši znanstveni suradnik	2 (4)
profesor u trajnom zvanju / znanstveni savjetnik	5 (11)

Najviše je ispitanika zaposleno u klinici, njih 158 (77,8 %), a na fakultetu ih radi 13 (6,4 %) (tablica 5.5.).

Tablica 5.5. Ispitanici prema radnom mjestu

	<i><b>Broj (%) ispitanika</b></i>
Radno mjesto	
klinika	158 (77,8)
odjel	58 (28,6)
ordinacija	4 (2)
fakultet	13 (6,4)
znanstvena ustanova	5 (2,5)
nešto drugo	10 (4,9)

Najviše je ispitanika s Klinike za neurologiju, 43 (21,2 %), s Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje je 22 (10,8 %) ispitanika, 25 (12,3 %) s Klinike za pedijatriju, a s Klinike za unutarnje bolesti 20 (9,9 %) ispitanika. S obzirom na izloženost stresu, 39 (19,2 %) ispitanika rade na odjelu gdje je izloženost stresu veća (Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinika za psihijatriju, Onkologija i OHBP) (slika 5.2.).



Slika 5.2. Ispitanici prema radnom mjestu

Na Medicinskom fakultetu radi 10 (4,9 %) ispitanika, na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo njih 2 (0,9 %), a na Pravnom fakultetu jedan (0,5 %) ispitanik. Da radi i u privatnoj praksi, naveo je samo jedan ispitanik (0,5 %).

Medijan ukupnog radnog staža je 18 godina u rasponu od 1 do 45 godina, a radnog staža na sadašnjem radnom mjestu 11 godina, u rasponu od 3 mjeseca do 44 godine (tablica 5.6.). 76 (37,4%) ispitanika ima ukupno radno iskustvo između 11-20 godina.

Tablica 5.6. Duljina ukupnog radnog staža i radnog staža na sadašnjem radnom mjestu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>	<i>Minimum – maksimum</i>
duljina radnog staža (godine)	18 (12 – 28)	1 – 45
duljina radnog staža na sadašnjem radnom mjestu (godine)	11 (5 – 19)	3 mjeseca – 44 godine

Samo jutarnju smjenu rade 42 (20,7 %) ispitanika, a jutarnju + dežurstvo (24 sata) 51 (25,1 %) ispitanik. Od ukupno 54 (26,6 %) ispitanika koji su naveli da rade neki drugi oblik radnog vremena, najviše je onih koji rade u turnusu. U timu rade 174 (85,7 %) ispitanika, a na neodređeno njih 189 (93,1 %) (tablica 5.7.).

Tablica 5.7. Ispitanici prema radnom vremenu, radu u timu ili samostalno te prema obliku radnog odnosa

	<i>Broj (%) ispitanika</i>
<b>Radno vrijeme</b>	
samo u jutarnjoj smjeni	42 (20,7)
samo u popodnevnoj smjeni	1 (0,5)
u dvije smjene (jutarnja, popodnevna)	19 (9,4)
u tri smjene (jutarnja, popodnevna, noćna)	36 (17,7)
jutarnja smjena + dežurstvo (24 sata)	51 (25,1)
drugo	54 (26,6)
<b>Drugi oblik radnog vremena (n = 54)</b>	
turnus	44 (81,5)
dežurstvo 12 h / 24 h	1 (1,9)
jutarnja smjena + popodnevna smjena + dežurstvo	9 (16,7)
<b>Rade</b>	
u timu	174 (85,7)
samostalno	29 (14,3)
<b>Oblik radnog odnosa</b>	
na određeno	14 (6,9)
na neodređeno	189 (93,1)

## **5.2. Procjena stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika (*Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika*)**

Skalu stresa tvori šest domena (organizacija radnog mjesta i financijska pitanja, javna kritika, opasnosti i štetnosti na poslu, sukobi i komunikacija na poslu, smjenski rad, profesionalni i intelektualni zahtjevi) koje se smatraju glavnim izvorima stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika.

Koeficijent pouzdanosti cijele skale doživljaja stresa Cronbach Alpha je 0,914, što znači da je upitnik dobar alat kojim ćemo ocijeniti stres na našem uzorku.

Koeficijenti pouzdanosti pojedinih domena jesu sljedeći: organizacija radnog mjesta i financije 0,848; javna kritika i sudske tužbe 0,892; opasnosti i štetnosti na poslu 0,881; sukobi i komunikacija na poslu 0,889; smjenski rad 0,862 i profesionalni i intelektualni zahtjevi 0,796.

### **5.2.1. Organizacija radnog mjesta i financije**

U domeni organizacija radnog mjesta i financije izrazito je stresno za 92 (45,3 %) ispitanika nedostatan broj djelatnika, a za 65 (32 %) neadekvatan radni prostor.

Stresna je za 120 (59,1 %) ispitanika preopterećenost poslom, za 74 (36,5 %) ispitanika loša organizacija posla, a za 73 (36 %) neadekvatan radni prostor.

Uopće nije stresno za 22 (11 %) ispitanika mala mogućnost napredovanja i promaknuća (tablica 5.8.).

Tablica 5.8. Ispitanici prema stresu uvjetovanom organizacijom radnog mjesta i financijama

<i>Organizacija i financije</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	ukupno
neadekvatna osobna primanje	8 (4)	31 (15,3)	61 (30)	70 (34,5)	33 (16,3)	203 (100)
neadekvatna materijalna sredstva za rad (financijska ograničenja)	5 (2)	17 (8,4)	60 (29,6)	79 (38,9)	42 (20,7)	203 (100)
neadekvatan radni prostor	2 (1)	18 (8,9)	45 (22,2)	73 (36)	65 (32)	203 (100)
mala mogućnost napredovanja i promaknuća	22 (11)	52 (25,6)	62 (30,5)	44 (21,7)	23 (11,3)	203 (100)
oskudna komunikacija s nadređenima	10 (5)	48 (23,6)	60 (29,6)	50 (24,6)	35 (17,2)	203 (100)
nedostatan broj djelatnika	1 (0,5)	11 (5,4)	31 (15,3)	68 (33,5)	92 (45,3)	203 (100)
loša organizacija posla	3 (1)	13 (6,4)	70 (34,5)	74 (36,5)	43 (21,2)	203 (100)
svakodnevno nepredviđene ili neplanirane situacije	1 (0,5)	19 (9,4)	70 (34,5)	67 (33)	46 (22,7)	203 (100)
administrativni poslovi	7 (3)	23 (11,3)	54 (26,6)	67 (33)	52 (25,6)	203 (100)
preopterećenost poslom	2 (1)	6 (3)	50 (24,6)	120 (59,1)	25 (12,3)	203 (100)

### 5.2.2. Javna kritika i sudske tužbe

Da je u domeni javna kritika i sudske tužbe izrazito stresna 24-satna odgovornost, navodi 58 (28,6 %) ispitanika, a njih 77 (37,9 %) navodi da je katkad stresno nerealno očekivanje od strane bolesnika/obitelji.

Rijetko je stresno za 35 (17,2 %) ispitanika pitanje sudske tužbe i parničenja, a za 54 (26,6 %) sukob s bolesnikom ili članovima obitelji bolesnika (tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Ispitanici prema stresu uvjetovanom javnom kritikom i sudskim tužbama

<i>Javna kritika i sudske tužbe</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	ukupno
prijetnja sudske tužbe i/ili parničenja	13 (6)	35 (17,2)	53 (26,1)	55 (27,1)	47 (23,2)	203 (100)
neadekvatna očekivanja od strane bolesnika/ obitelji	4 (2)	17 (8,4)	77 (37,9)	71 (35)	34 (16,7)	203 (100)
izloženost neprimjerenoj javnoj kritici	8 (4)	35 (17,2)	71 (35)	52 (25,6)	37 (18,2)	203 (100)
pogrešno informiranje bolesnika od strane medija i drugih izvora	2 (1)	24 (11,8)	63 (31)	72 (35,5)	42 (20,7)	203 (100)
sukobi s bolesnikom ili članovima obitelji bolesnika	13 (6)	54 (26,6)	65 (32)	44 (21,7)	27 (13,3)	203 (100)
nemogućnost odvajanja profesionalnog od privatnog života	15 (7)	36 (17,7)	60 (29,6)	59 (29,1)	33 (16,3)	203 (100)
24-satna odgovornost	7 (3)	12 (5,9)	44 (21,7)	82 (40,4)	58 (28,6)	203 (100)

### 5.2.3. Opasnosti i štetnosti na poslu

U domeni opasnosti i štetnosti na poslu stresno je ili izrazito stresno suočavanje s neizlječivim bolesnicima prema navodima 133 (65,5 %) ispitanika, a uopće nije stresno za 78 (38 %) ispitanika strah od izloženosti citostaticima. Strah zbog mogućnosti ozljede oštrim predmetom katkad je stresna za 64 (31,5 %) ispitanika (tablica 5.10.).

Tablica 5.10. Ispitanici prema stresu uvjetovanom opasnostima i štetnostima na poslu

<i>Opasnosti i štetnosti na poslu</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	ukupno
suočavanje s neizlječivim bolesnicima	5 (2)	17 (8,4)	48 (23,6)	82 (40,4)	51 (25,1)	203 (100)
strah od izloženosti ionizacijskom zračenju	54 (27)	63 (31)	42 (20,7)	32 (15,8)	12 (5,9)	203 (100)
strah zbog izloženosti inhalacionim anestheticima	66 (33)	69 (34)	38 (18,7)	21 (10,3)	9 (4,4)	203 (100)
strah zbog izloženosti citostaticima	78 (38)	59 (29,1)	31 (15,3)	22 (10,8)	13 (6,4)	203 (100)
strah zbog mogućnosti zaraze od oboljelih	17 (8)	54 (26,6)	50 (24,6)	52 (25,6)	30 (14,8)	203 (100)
strah zbog mogućnosti ozljede oštrim predmetom	32 (16)	59 (29,1)	64 (31,5)	34 (16,7)	14 (6,9)	203 (100)

#### 5.2.4. Sukobi i komunikacija na poslu

Katkad je stresno u domeni sukobi i komunikacija na poslu sukob s nadređenima, kako navodi 57 (28,1 %) ispitanika, a njih 66 (32,5 %) sukob s kolegama.

Rijetko je stresno za po 66 (32,5 %) ispitanika sukob s kolegama ili sukob s drugim suradnicima. Oskudna komunikacija s kolegama stresna je ili izrazito stresna za 49 (24,1 %) ispitanika (tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Ispitanici prema stresu uvjetovanom sukobom i komunikacijom na poslu

<i>Sukobi i komunikacija na poslu</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					ukupno
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	
sukobi s nadređenima	17 (8)	58 (28,6)	57 (28,1)	39 (19,2)	32 (15,8)	203 (100)
sukobi s kolegama	20 (10)	66 (32,5)	66 (32,5)	27 (13,3)	24 (11,8)	203 (100)
sukobi s drugim suradnicima	16 (8)	66 (32,5)	62 (30,5)	45 (22,2)	14 (6,9)	203 (100)
oskudna komunikacija s kolegama	15 (7)	60 (29,6)	79 (38,9)	39 (19,2)	10 (4,9)	203 (100)



### 5.2.5. Smjenski rad

Stresan je ili je izrazito stresan noćni rad i dežurstva za 48 (55,1 %) ispitanika, smjenski rad za njih 42 / 106 (39,6 %), a prekovremeni rad za 72 (35,5 %) (tablica 5.12.).

Tablica 5.12. Ispitanici prema stresu uvjetovanom smjenskim radom

<i>Smjenski rad</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	ukupno
noćni rad i dežurstva	4 (5)	7 (8)	28 (32,2)	31 (35,6)	17 (19,5)	87 (100)
smjenski rad	8 (8)	13 (12,3)	43 (40,6)	33 (31,1)	9 (8,5)	106 (100)
prekovremeni rad	16 (8)	36 (17,7)	79 (38,9)	55 (27,1)	17 (8,4)	203 (100)
24-satna dežurstva	0	2 (3,9)	13 (25,5)	24 (47,1)	12 (23,5)	51 (100)

### 5.2.6. Profesionalni i intelektualni zahtjevi

U kategoriji profesionalnih i intelektualnih zahtjeva ispitanici, njih 100 (49,3 %) navode kao stresan ili izrazito stresan pritisak vremenskih rokova za obavljanje zadataka te nedostatak odgovarajuće trajne edukacije kako navodi 89 (43,3 %) ispitanika (tablica 5.13.).

Tablica 5.13. Ispitanici prema stresu uvjetovanom profesionalnim i intelektualnim zahtjevima

<i>Profesionalni i intelektualni zahtjevi</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće nije stresno	rijetko je stresno	ponekad je stresno	stresno je	izrazito stresno	ukupno
uvođenje novih tehnologija	18 (9)	58 (28,6)	73 (36)	41 (20,2)	13 (6,4)	203 (100)
bombardiranje novim informacijama iz struke	9 (4)	60 (29,6)	74 (36,5)	46 (22,7)	14 (6,9)	203 (100)
nedostatak odgovarajuće trajne edukacije	9 (4)	33 (16,3)	73 (36)	61 (30)	27 (13,3)	203 (100)
nedostupnost potrebne literature	19 (9)	60 (29,6)	76 (37,4)	37 (18,2)	11 (5,4)	203 (100)
pritisak vremenskih rokova za izvršenje zadataka	3 (1)	22 (10,8)	78 (38,4)	70 (34,5)	30 (14,8)	203 (100)
vremensko ograničenje za pregled pacijenata	10 (5)	23 (11,3)	77 (37,9)	68 (33,5)	25 (12,3)	203 (100)

Preračunavanjem ukupne skale stresa na vrijednosti od 0 do 100, gdje veće vrijednosti (sve iznad 60) pokazuju prisutnost stresa, dobili smo srednju ocjenu skale 52,7 (interkvartilnog raspona 42,6 do 62,2) u rasponu od 12,8 do 92,6.

Ako je doživljeni stres sve iznad vrijednosti 60, uočavamo da je najviše zabilježeni stres u domeni organizacija radnog mjesta i financije (kod 130 (64 %) ispitanika) te u domeni javna kritika i sudske tužbe (za 107 (52,7 %) ispitanika) (tablica 5.14.).

Tablica 5.14. Ocjena pojedinih domena i ukupne skale stresa

	<i>Broj (%) ispitanika prema doživljenom stresu</i>	
	bez stresa ( $\leq 60$ )	stresno ( $> 60$ )
Organizacija radnog mjesta i financije	73 (36)	130 (64)
Javna kritika i sudske tužbe	96 (47,3)	107 (52,7)
Opasnosti i štetnosti na poslu	172 (84,7)	31 (15,3)
Sukobi i komunikacija na poslu	146 (71,9)	57 (28,1)
Smjenski rad	152 (74,9)	47 (23,2)
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	166 (81,8)	37 (18,2)
<b>Ukupna skala stresa</b>	140 (69)	63 (31)

Osim navedenih stresora, ispitanici navode da im velik stres pričinjava i izloženost ogovaranju od strane kolega; izloženost lošim uvjetima rada (bez svjetla, loš protok zraka, kvarenje uređaja); ljubomora kolega koji imaju manju razinu obrazovanja; nedostatak sna; nemogućnost korištenja godišnjeg odmora u željenom razdoblju ili broju željenih dana; neprimijećenost od strane nadređenih, odnosno neprepoznavanje i priznavanje stručnosti; nesankcioniranje neradnika; stalne promjene radnog vremena; ispomoć na drugim radnim mjestima; odgovornost za ljudski život; premorenost te zasićenost rutinom.

### 5.3. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali stresa prema općim obilježjima ispitanika

Najveći je stres u domeni organizacija radnog mjesta i financije, medijana 70 (interkvartilnog raspona od 55 do 77,5), a najmanji u domeni smjenski rad. Medijan je cijele skale stresa 52,7 (interkvartilnog raspona od 42,6 do 62,2).

Žene su značajno izloženije stresu u domeni opasnosti i štetnosti na poslu u odnosu na muškarce, medijana 35,7 (interkvartilnog raspona od 25 do 50) (Mann Whitney U test,  $P = 0,04$ ) (tablica 5.15.).

Tablica 5.15. Ocjena skale stresa prema spolu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>			<b>P*</b>
	muškarci	žene	ukupno	
Organizacija radnog mjesta i financije	66,3 (50,6 – 75)	70 (55 – 77,5)	70 (55 – 77,5)	0,20
Javna kritika i sudske tužbe	62,5 (46,4 – 78,6)	60,7 (46,4 – 75)	60,7 (46,4 – 75)	0,91
Opasnosti i štetnosti na poslu	28,6 (15,2 – 42,9)	35,7 (25 – 50)	35,7 (21,4 – 50)	<b>0,04</b>
Sukobi i komunikacija na poslu	46,9 (26,6 – 62,5)	50 (31,3 – 62,5)	50 (31,3 – 62,5)	0,56
Smjenski rad	37,5 (18,8 – 67,2)	25 (12,5 – 56,3)	25 (12,5 – 56,3)	0,16
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	42,9 (35,7 – 50)	46,4 (35,7 – 57,1)	46,4 (35,7 – 57,1)	0,05
<b>Ukupna skala stresa</b>	54,1 (42,6 – 60,8)	52,7 (43,2 – 62,2)	52,7 (42,6 – 62,2)	0,60

\* Mann Whitney U test

Nema značajne razlike u ocjeni pojedine domene i ukupne skale stresa u odnosu na bračni status (tablica 5.16.).

Tablica 5.16. Ocjena skale stresa prema bračnom statusu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>					<b>P*</b>
	neoženjen/ neudana	oženjen/ udana	izvanbračna zajednica	razveden/ razvedena	udovac/ udovica	
Organizacija radnog mjesto i financije	70 (52,5 – 75)	67,5 (55 – 77,5)	70 (47,5 – 77,5)	66,25 (58,75 – 74,4)	60 (37,5 – 78,8)	0,93
Javna kritika i sudske tužbe	57,1 (46,4 – 67,9)	60,7 (46,4 – 75,9)	64,3 (53,6 – 85,7)	62,5 (51,9 – 75,9)	50 (23,2 – 80,4)	0,48
Opasnosti i štetnosti na poslu	35,7 (21,4 – 46,4)	35,7 (25 – 50)	32,1 (21,4 – 39,3)	33,9 (19,6 – 45,5)	50 (19,6 – 57,1)	0,94
Sukobi i komunikacija na poslu	50 (31,3 – 68,8)	50 (25 – 62,5)	50 (31,3 – 75)	46,9 (31,3 – 59,4)	31,3 (28,1 – 87,5)	0,79
Smjenski rad	25 (12,5 – 62,5)	31,3 (12,5 – 56,3)	43,8 (25 – 68,8)	25 (18,8 – 59,4)	25 (–6,3 – 34,4)	0,15
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	42,9 (39,3 – 53,6)	46,4 (35,7 – 57,1)	42,9 (28,6 – 53,6)	50 (41,1 – 57,1)	42,9 (23,2 – 51,8)	0,51
<b>Ukupna skala stresa</b>	50 (43,9 – 60,8)	53 (42,6 – 62,2)	55,41 (37,84 – 62,16)	52,7 (47 – 58,8)	48,6 (25,3 – 65,2)	0,97

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

S obzirom na razinu obrazovanja, u domeni opasnosti i štetnosti na poslu značajno je najmanje izražen stres kod liječnika u odnosu na sve ostale (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ), dok u domeni smjenski rad značajno je najmanje izražen stres kod magistara sestrinstva, a značajno veći stres kod liječnika u odnosu na ostale (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ) (tablica 5.17.).

Nema značajne razlike u ocjeni pojedine domene i ukupne skale stresa u odnosu na znanstveni stupanj (tablica 5.18.).

Tablica 5.17. Ocjena skale stresa prema razini obrazovanja

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>				<b>P*</b>
	liječnici	medicinske sestre / tehničari	prvostupnici sestrinstva	magistri/ magistre sestrinstva	
Organizacija radnog mjesta i financije	62,5 (50 – 75,6)	67,5 (50 – 80)	73,8 (63,1 – 77,5)	68,8 (58,8 – 76,9)	0,07
Javna kritika i sudske tužbe	57,1 (50 – 75,9)	60,7 (44,6 – 73,2)	67,9 (47,3 – 78,6)	58,93 (40,2 – 76,9)	0,49
Opasnosti i štetnosti na poslu	28,6 (17,9 – 36,6)	39,3 (28,6 – 58,9)	39,3 (25,9 – 52,7)	35,7 (22,3 – 45,5)	< <b>0,001</b> <sup>†</sup>
Sukobi i komunikacija na poslu	46,9 (31,3 – 62,5)	50 (25 – 59,4)	56,3 (37,5 – 68,8)	50 (25 – 54,7)	0,14
Smjenski rad	50 (25 – 68,8)	25 (12,5 – 56,3)	25 (18,8 – 42,2)	18,8 (6,3 – 29,7)	< <b>0,001</b> <sup>‡</sup>
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	42,9 (35,7 – 57,1)	42,9 (32,1 – 53,6)	50 (40,2 – 57,1)	46,4 (36,6 – 57,1)	0,40
<b>Ukupna skala stresa</b>	51,7 (43,8 – 60,3)	50 (39,2 – 62,8)	56,08 (48,6 – 61,9)	47,3 (39 – 61,5)	0,32

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

<sup>†</sup> na razini  $P < 0,05$  značajno najmanje izražen stres u ovoj je domeni kod liječnika u odnosu na sve ostale

<sup>‡</sup> na razini  $P < 0,05$  značajno je najmanje izražen stres u ovoj domeni kod magistara sestrinstva u odnosu na sve ostale, a najveći kod liječnika u odnosu na sve ostale

Tablica 5.18. Ocjena skale stresa prema znanstvenom stupnju

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>				<b>P*</b>
	mr. sc.	dr. sc.	docent	izvanredni/redoviti profesor	
Organizacija radnog mjesta i financije	62,5 (50 – 77,5)	55 (42,5 – 63,8)	75 (60 – 80)	62,5 (30 – 90)	0,12
Javna kritika i sudske tužbe	57,1 (35,7 – 78,6)	53,6 (51,8 – 73,2)	67,9 (50 – 89,3)	46,4 (28,6 – 57,1)	0,11
Opasnosti i štetnosti na poslu	42,9 (17,9 – 64,3)	21,4 (10,7 – 33,9)	32,1 (25 – 42,9)	32,1 (17,9 – 42,9)	0,19
Sukobi i komunikacija na poslu	50 (18,8 – 56,3)	31,3 (25 – 56,3)	50 (37,5 – 81,3)	50 (31,3 – 50)	0,36
Smjenski rad	25 (18,8 – 43,8)	50 (21,9 – 68,8)	43,8 (25 – 75)	31,3 (0 – 81,3)	0,27
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	50 (39,3 – 57,1)	39,3 (32,1 – 50)	42,9 (39,3 – 60,7)	42,9 (35,7 – 57,1)	0,50
<b>Ukupna skala stresa</b>	53,4 (37,8 – 62,8)	48 (38,5 – 53,7)	58,8 (47,3 – 65,5)	48 (29,1 – 62,2)	0,27

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

Nema značajne razlike u ocjeni pojedine domene i ukupne skale stresa u odnosu na izloženost stresu na radnom mjestu (tablica 5.19.).

Tablica 5.19. Ocjena skale stresa prema izloženosti stresu na radnom mjestu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon) prema izloženosti stresu na radnom mjestu</i>		<b>P<sup>†</sup></b>
	manja izloženost stresu	veća izloženost stresu*	
Organizacija radnog mjesta i financije	68,8 (55 – 77,5)	70 (55 – 77,5)	0,52
Javna kritika i sudske tužbe	60,7 (46,4 – 75)	57,1 (46,4 – 78,6)	0,72
Opasnosti i štetnosti na poslu	33,9 (25 – 50)	39,3 (21,4 – 50)	0,55
Sukobi i komunikacija na poslu	50 (31,3 – 62,5)	43,8 (25 – 56,3)	0,50
Smjenski rad	25 (12,5 – 56,3)	31,3 (12,5 – 68,8)	0,30
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	44,6 (35,7 – 57,1)	46,4 (35,7 – 53,6)	0,59
<b>Ukupna skala stresa</b>	<b>52,7 (42,7 – 61,5)</b>	<b>53,4 (42,6 – 62,8)</b>	<b>0,64</b>

\* Onkologija, intenzivna, hitna, psihijatrija; † Mann Whitney U test

Ispitanici koji rade samo jutarnju smjenu + dežurstva značajno su manje ocijenili stres u domeni opasnosti i štetnosti na poslu u odnosu na one koji rade samo jednu smjenu prijepodne ili poslijepodne, na one koji rade u sve tri smjene ili na one koji rade neki drugi oblik radnog vremena (turnus) (Kruskal Wallis test,  $P = 0,002$ ).

U domeni smjenski rad značajne su razlike u ocjeni stresa između svih oblika radnog vremena. Najjače je izražen stres u ovoj domeni kod ispitanika koji rade sve tri smjene (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ) (tablica 5.20.).

Nema značajne razlike u ocjeni pojedine domene i ukupne skale stresa u odnosu na oblik radnog statusa (tablica 5.21.).



Tablica 5.20. Ocjena skale stresa prema radnom vremenu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>					<b>P*</b>
	samo jutarnja / samo popodne	u dvije smjene	u tri smjene	jutarnja smjena + dežurstvo	drugo	
Organizacija radnog mjesta i financije	70 (55 – 77,5)	60 (52,5 – 72,5)	72,5 (58,8 – 79,4)	62,5 (52,5 – 75)	70 (54,4 – 80)	0,35
Javna kritika i sudske tužbe	60,7 (42,9 – 78,6)	57,1 (39,3 – 67,9)	64,3 (43,8 – 91,1)	57,1 (50 – 71,4)	64,3 (53,6 – 79,5)	0,16
Opasnosti i štetnosti na poslu	35,7 (25 – 57,1)	32,1 (21,4 – 50)	42,9 (29,5 – 60,7)	25 (17,9 – 35,7)	35,7 (28,6 – 47,3)	<b>0,002<sup>†</sup></b>
Sukobi i komunikacija na poslu	50 (31,3 – 62,5)	50 (25 – 62,5)	56,3 (37,5 – 75)	50 (31,3 – 56,3)	40,6 (25 – 56,3)	0,22
Smjenski rad	12,5 (6,3 – 18,8)	25 (18,8 – 43,8)	62,5 (43,8 – 79,7)	56,3 (43,8 – 68,8)	18,8 (12,5 – 25)	<b>&lt; 0,001<sup>‡</sup></b>
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	42,9 (35,7 – 57,1)	50 (39,3 – 60,7)	46,4 (39,3 – 59,8)	46,4 (35,7 – 53,6)	44,6 (32,1 – 57,1)	0,81
<b>Ukupna skala stresa</b>	48 (37,2 – 61,5)	48,6 (39,2 – 61,5)	57,4 (50 – 67,9)	52,7 (47,3 – 60,8)	50,3 (41,9 – 59,6)	0,07

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

† na razini  $P < 0,05$  značajno je najmanje izražen stres kod onih koji rade jutarnju smjenu + dežurstvo u odnosu na one koji rade samo jednu smjenu, sve tri smjene, drugo‡ na razini  $P < 0,05$  značajne su razlike u ocjenama između svih oblika radnog vremena

Tablica 5.21. Ocjena skale stresa prema obliku radnog statusa

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>		<b>P*</b>
	određeno vrijeme	neodređeno vrijeme	
Organizacija radnog mjesta i financije	65 (49,4 – 75,6)	70 (55 – 77,5)	0,54
Javna kritika i sudske tužbe	64,3 (31,3 – 77,7)	60,7 (46,4 – 76,8)	0,66
Opasnosti i štetnosti na poslu	23,2 (9,8 – 64,3)	35,7 (25 – 50)	0,18
Sukobi i komunikacija na poslu	40,6 (31,3 – 57,8)	50 (31,3 – 62,5)	0,75
Smjenski rad	21,9 (4,7 – 43,8)	31,3 (12,5 – 56,3)	0,15
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	42,9 (32,1 – 55,4)	46,4 (35,7 – 57,1)	0,61
<b>Ukupna skala stresa</b>	<b>45,6 (37,7 – 56,8)</b>	<b>52,7 (42,9 – 62,2)</b>	<b>0,25</b>

\* Mann Whitney U test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost dobi ispitanika, broja djece i duljine ukupnog radnog staža i staža na sadašnjem radnom mjestu s pojedinom domenom i ukupnom skalom stresa. Uočavamo da je jedina značajna, slaba i negativna povezanost ukupnog radnog staža s domenom smjenskog rada, odnosno da su oni ispitanici koji imaju dulji ukupni radni staž slabije ocijenili utjecaj stresa zbog smjenskog rada ( $Rho = -0,164$ ) (tablica 5.22.).

Tablica 5.22. Povezanost promatranih varijabla s pojedinom domenom i ukupnom skalom stresa (Spearmanov koeficijent korelacije)

	<i>Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost)</i>			
	dob ispitanika	broj djece	ukupni radni staž	staž na sadašnjem radnom mjestu
Organizacija radnog mjesta i financije	-0,079 (0,26)	-0,028 (0,74)	-0,064 (0,36)	-0,079 (0,26)
Javna kritika i sudske tužbe	-0,102 (0,15)	-0,010 (0,90)	-0,073 (0,30)	-0,102 (0,15)
Opasnosti i štetnosti na poslu	-0,114 (0,11)	-0,035 (0,68)	-0,040 (0,57)	-0,114 (0,11)
Sukobi i komunikacija na poslu	-0,085 (0,23)	0,017 (0,84)	-0,098 (0,16)	-0,085 (0,23)
Smjenski rad	-0,063 (0,37)	-0,006 (0,94)	<b>-0,164 (0,02)</b>	-0,063 (0,37)
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	0,055 (0,44)	0,067 (0,42)	0,052 (0,47)	0,055 (0,44)
<b>Ukupna skala stresa</b>	<b>-0,070 (0,32)</b>	<b>-0,006 (0,95)</b>	<b>-0,074 (0,30)</b>	<b>-0,070 (0,32)</b>

Podijelimo li ispitanike na one koji su s minimalnim stresom (vrijednost ukupne skale stresa do 60) i na one koji su pod stresom (vrijednost ukupne skale stresa veća je od 60), uočavamo da su 63 (31 %) ispitanika pod stresom. Nema značajne razlike u raspodjeli ispitanika prema izraženosti stresu i općih obilježja (tablica 5.23.).

Tablica 5.23. Raspodjela ispitanika prema prisutnom stresu i općim obilježjima ispitanika

	<i>Broj (%) ispitanika prema prisutnom stresu</i>			<b>P*</b>
	bez stresa	prisutan stres	ukupno	
Spol				
muškarci	28 (20)	12 (19)	40 (20)	0,88
žene	112 (80)	51 (81)	163 (80)	
Bračno stanje				
neoženjen/neudana	31 (22)	12 (19)	43 (21)	0,90*
oženjen/udana	85 (61)	41 (65)	126 (62)	
izvanbračna zajednica	13 (9)	6 (10)	19 (9)	
razveden/razvedena	8 (6)	2 (3)	10 (5)	
udovac/udovica	3 (2,1)	2 (3,2)	5 (2,5)	
Stručna sprema				
liječnici	47 (34)	19 (30)	66 (33)	0,53
medicinske sestre / tehničari	45 (32)	20 (32)	65 (32)	
prvostupnici sestrinstva	24 (17)	16 (25)	40 (20)	
magistri/magistre sestrinstva	24 (17)	8 (13)	32 (16)	
Znanstveni stupanj				
mr. sc.	11 (33)	4 (31)	15 (33)	0,53
dr. sc.	8 (24)	1 (8)	9 (20)	
docent	9 (27)	6 (46)	15 (33)	
izvanredni profesor / redoviti profesor	5 (15)	2 (15)	7 (15)	
Radno mjesto				
odjeli s manjom izloženosti stresu	115 (82)	49 (78)	164 (81)	0,47
odjeli s većom izloženosti stresu	25 (18)	14 (22)	39 (19)	
Radno vrijeme				
samo u jutarnjoj/popodnevnoj smjeni	30 (21)	13 (21)	43 (21)	0,47
u dvije smjene (jutarnja, popodnevna)	13 (9)	6 (10)	19 (9)	
u tri smjene (jutarnja, popodnevna, noćna)	20 (14)	16 (25)	36 (18)	
jutarnja smjena + dežurstvo (24 sata)	36 (26)	15 (24)	51 (25)	
drugo	41 (29,3)	13 (20,6)	54 (26,6)	
Radni odnos				
na određeno vrijeme	12 (9)	2 (3)	14 (7)	0,23
na neodređeno vrijeme	128 (91)	61 (97)	189 (93)	
Ukupno	140 (100)	63 (100)	203 (100)	

\*  $\chi^2$  test

S obzirom na prisutnost stresa nema značajnih razlika u dobi ispitanika, broju djece, ukupnoj duljini radnog staža i duljini radnog staža na sadašnjem radnom mjestu (tablica 5.24.).

Tablica 5.24. Razlike u dobi ispitanika, broju djece, ukupnoj duljini radnog staža i duljini radnog staža na sadašnjem radnom mjestu u odnosu na prisutnost stresa

	<i>Medijan</i>		<i>razlika</i> <b>(95 % raspon pouzdanosti)</b>	<i>P*</i>
	<i>(interkvartilni raspon)</i>			
	bez stresa	prisutan stres		
dob (godine)	42 (35 – 50)	42 (35 – 48)	–1 (–4 do 2)	0,58
broj djece	2 (1 – 2)	2 (2 – 2)	0 (0 do 0)	0,30
duljina radnog staža (godine)	19 (12 – 28)	18 (12 – 28)	0 (–4 do 3)	0,86
duljina radnog staža na sadašnjem radnom mjestu (godine)	11 (4 – 19)	10 (5 – 19)	0,5 (–2 do 3)	0,63

\* Mann Whitney U test

#### 5.4. Procjena emocionalne regulacije i kontrole

Procjenu negativnih efekata emocija i raspoloženja na mišljenje, pamćenje i ponašanje, kao i sposobnost ERIK-a procijenili smo skalom s 20 čestica, koje tvore tri domene: efekt emocija i raspoloženja, pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja i kontrola vlastitih emocionalnih reakcija.

Koeficijent pouzdanosti cijele skale Cronbach Alpha je 0,903, što znači da je upitnik dobar alat kojim ćemo ocijeniti emocionalnu regulaciju i kontrolu na našem uzorku.

Koeficijenti pouzdanosti pojedinih domena jesu: efekt emocija i raspoloženja 0,865; pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja 0,801; kontrola vlastitih emocionalnih reakcija 0,696.

##### 5.4.1. Efekt emocija i raspoloženja

U domeni efekt emocija i raspoloženja uglavnom ili u potpunosti izjasnilo se 72 (35,5 %) ispitanika da kad su lošeg raspoloženja, primjećuju uglavnom loše stvar, a 86 (42,4 %) ispitanika osjeća se kao da su im „sve lađe potonule“ kad im se dogodi nešto loše. Na 36 (18 %) ispitanika uopće se ne odnosi tvrdnja da im se mali problem čini nesavladiv u slučaju lošeg raspoloženja (tablica 5.25.).

Tablica 5.25. Samoprocjena efekta emocija i raspoloženja

<i>Efekt emocija i raspoloženja</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće ne	uglavnom ne	kako kada	uglavnom da	u potpunosti da	ukupno
Kada me strah nečega ili nekoga, obično ne mogu reći ništa pametno.	20 (10)	68 (33,5)	69 (34)	43 (21,2)	3 (1,5)	203 (100)
Kada mi se nešto loše dogodi, osjećam se kao da su mi „sve lađe potonule“.	9 (4)	31 (15,3)	77 (37,9)	73 (36)	13 (6,4)	203 (100)
Kada sam lošeg raspoloženja, primjećujem uglavnom loše stvari.	10 (5)	51 (25,1)	70 (34,5)	68 (33,5)	4 (2)	203 (100)
Kada sam lošeg raspoloženja, problem mi je riješiti čak i jednostavan zadatak.	29 (14)	96 (47,3)	50 (24,6)	26 (12,8)	2 (1)	203 (100)
Kada se jako razbjesnim, kao da mi „padne mrak na oči“.	29 (14)	73 (36)	57 (28,1)	39 (19,2)	5 (2,5)	203 (100)
Kada se razljutim, slabo primjećujem događaje oko sebe.	25 (12)	86 (42,4)	68 (33,5)	22 (10,8)	2 (1)	203 (100)
Kada sam lošeg raspoloženja, čak mi se i mali problem čini nesavladiv.	36 (18)	82 (40,4)	59 (29,1)	22 (10,8)	4 (2)	203 (100)
Raspoloženje mi snažno utječe na razmišljanje.	21 (10)	54 (26,6)	94 (46,3)	30 (14,8)	4 (2)	203 (100)

#### 5.4.2. Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja

Na 99 (48,7 %) ispitanika uglavnom ili u potpunosti odnosi se tvrdnja da dobro pamte situacije u kojima su bili ljutiti, na 122 (60,1 %) tvrdnja da osobi koja ih je povrijedila ubuduće prilaze s povećanim oprezom, a na 46 (22,6 %) ispitanika uglavnom se i u potpunosti odnosi tvrdnja da teško zaboravljaju stvari koje su ih uzrujale (tablica 5.26.).

Tablica 5.26. Samoprocjena pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja

<i><b>Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja</b></i>	<i><b>Broj (%) ispitanika</b></i>					
	uopće ne	uglavnom ne	kako kada	uglavnom da	u potpunosti da	ukupno
Dobro pamtim situacije u kojima sam bio ljut/ljuta.	4 (2)	16 (7,9)	84 (41,4)	77 (37,9)	22 (10,8)	203 (100)
Najbolje se sjećam događaja uz koje me vežu negativne emocije.	45 (22)	93 (45,8)	42 (20,7)	20 (9,9)	3 (1,5)	203 (100)
Ne zaboravljam lako ljudima koji su me naljutili ili rastužili.	24 (12)	61 (30)	63 (31)	46 (22,7)	9 (4,4)	203 (100)
Osobi koja me povrijedila ubuduće prilazim s povećanim oprezom.	5 (2)	18 (8,9)	58 (28,6)	102(50,2)	20 (9,9)	203 (100)
Posebno se dobro sjećam trenutaka u kojima sam bio žalostan/žalosna.	20 (10)	58 (28,6)	71 (35)	46 (22,7)	8 (3,9)	203 (100)
Teško zaboravljam stvari koje su me uzrujale.	12 (6)	54 (26,6)	91 (44,8)	37 (18,2)	9 (4,4)	203 (100)

### 5.4.3. Kontrola vlastitih emocionalnih sadržaja

U domeni kontrola vlastitih emocionalnih sadržaja uglavnom je ili u potpunosti ustvrdilo 77 (37,9 %) ispitanika da kad su lošeg raspoloženja, sitne popravke po kući radije obavljaju drugi put, a njih 47 (23,1 %) odmah i vrlo burno reagira kad ih tko naljuti. Po 54 (27 %) ispitanika navodi da se na njih uopće ne odnosi tvrdnja da se u bijesu i ljutnji izviču i na onoga koji im nije ništa skrivio ili da ozbiljno počinju raditi tek kad im preostane malo vremena za obavljanje posla (tablica 5.27.).

Tablica 5.27. Samoprocjena kontrole vlastitih emocionalnih sadržaja

<i>Kontrola vlastitih emocionalnih sadržaja</i>	<i>Broj (%) ispitanika</i>					
	uopće ne	uglavnom ne	kako kada	uglavnom da	u potpunosti da	ukupno
Kada me netko naljuti, odmah i vrlo burno reagiram.	8 (4)	63 (31)	85 (41,9)	40 (19,7)	7 (3,4)	203 (100)
Kada se jako uživim u raspravu, katkad imam osjećaj da sam u svemu u pravu.	22 (11)	52 (25,6)	90 (44,3)	36 (17,7)	3 (1,5)	203 (100)
Kada sam lošeg raspoloženja, sitne popravke u kući radije ću obaviti drugi put.	26 (13)	43 (21,2)	57 (28,1)	67 (33)	10 (4,9)	203 (100)
Moji su osjećaji katkad izvan moje kontrole.	32 (16)	78 (38,4)	73 (36)	17 (8,4)	3 (1,5)	203 (100)
Ozbiljno počnem raditi tek kad mi ostane malo vremena za obavljanje posla.	54 (27)	91 (44,8)	33 (16,3)	18 (8,9)	7 (3,4)	203 (100)
U bijesu i ljutnji izvičem se i na onoga koji mi nije ništa skrivio.	54 (27)	82 (40,4)	56 (27,6)	9 (4,4)	2 (1)	203 (100)

### 5.5. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali emocionalne regulacije i kontrole prema općim obilježjima ispitanika

Najizraženiji je efekt emocija i raspoloženja, medijana 21 (interkvartilnog raspona od 18 do 25), a najniže su ocjene u kontroli vlastitih emocionalnih reakcija. Medijan cijele skale ERIK je 55 (interkvartilnog raspona od 48 do 61).

Nema bitnih razlika u ocjeni ERIK-a u odnosu na spol (tablica 5.28.) i bračni status (tablica 5.29.).

Tablica 5.28. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole u odnosu na spol

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>			<b>P*</b>
	muškarci	žene	ukupno	
Efekt emocija i raspoloženja	20,5 (17 – 23)	21 (18 – 26)	21 (18 – 25)	0,12
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	17,5 (14,3 – 19)	18 (15 – 21)	18 (15 – 20)	0,24
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	16 (13 – 18)	15 (13 – 18)	15 (13 – 18)	0,35
<b>Ukupna skala ERIK</b>	52 (46 – 59,8)	56 (48 – 62)	55 (48 – 61)	0,27

\* Mann Whitney U test



Tablica 5.29. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema bračnom statusu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>					<b>P*</b>
	neoženjen/ neudana	oženjen/ udana	izvanbračna zajednica	razveden/ razvedena	udovac/ udovica	
Efekt emocija i raspoloženja	21 (18 – 26)	21 (18 – 25)	21 (17 – 26)	21 (16,8 – 28)	19 (15 – 24)	0,94
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	18 (15 – 21)	18 (15 – 20)	17 (14 – 20)	18,5 (16,8 – 20,3)	16 (11 – 19,5)	0,59
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	15 (13 – 18)	15 (13 – 18)	16 (14 – 18)	15 (14 – 16)	14 (10,5 – 17,5)	0,86
<b>Ukupna skala ERIK</b>	56 (48 – 61)	55,5 (48 – 61)	53 (47 – 62)	52,5 (48 – 63)	49 (37 – 60,5)	0,86

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

Domena kontrole vlastitih emocionalnih reakcija značajno je najniže ocijenjena kod medicinskih sestara, odnosno tehničara u odnosu na liječnike ili prvostupnice sestrinstva (Kruskal Wallis test,  $P = 0,03$ ) (tablica 5.30.).

Tablica 5.30. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema razini obrazovanja

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>				<b>P*</b>
	liječnici	medicinske sestre / tehničari	prvostupnici sestrinstva	magistri/ magistre sestrinstva	
Efekt emocija i raspoloženja	21 (17 – 25)	21 (16 – 25)	21 (18 – 27,8)	22 (19 – 27)	0,47
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	18 (15 – 20)	17 (14 – 20)	19 (17 – 21,8)	17 (16 – 19)	0,05
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	16 (13 – 18)	15 (12,5 – 16)	16 (14 – 19)	15 (13 – 18)	<b>0,03<sup>†</sup></b>
<b>Ukupna skala ERIK</b>	54 (48 – 61)	52 (44,5 – 59)	58 (49 – 66,8)	54,5 (50 – 62)	0,10

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

<sup>†</sup> na razini  $P < 0,05$  značajno je najmanje izražena kod medicinskih sestara / tehničara u odnosu na liječnike ili prvostupnice sestrinstva

Nema znatnih razlika u ocjeni ERIK-a u odnosu na znanstveni stupanj (tablica 5.31.).

Tablica 5.31. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema znanstvenom stupnju

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>				<b>P*</b>
	mr. sc.	dr. sc.	docent	izvanredni profesor / redoviti profesor	
Efekt emocija i raspoloženja	24 (20 – 28)	22 (16,5 – 26)	20 (19 – 22)	21 (19 – 22)	0,16
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	17 (13 – 19)	18 (16 – 19,5)	15 (14 – 20)	18 (15 – 19)	0,64
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	16 (13 – 18)	16 (13,5 – 18,5)	15 (12 – 18)	14 (13 – 17)	0,82
<b>Ukupna skala ERIK</b>	56 (48 – 63)	56 (47,5 – 62)	52 (49 – 58)	52 (49 – 60)	0,72

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

Ispitanici koji su izloženi stresu na svom radnom mjestu, u odnosu na ispitanike s manjom izloženosti, imaju znatno manje izraženo pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja (Mann Whitney U test,  $P = 0,01$ ) te ukupno nižu skalu ERIK (Mann Whitney U test,  $P = 0,04$ ) (tablica 5.32.).

Tablica 5.32. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema izloženosti stresu na radnom mjestu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon) prema izloženosti stresu na odjelu na kojem rade</i>		<b>P<sup>†</sup></b>
	manja izloženost stresu	veća izloženost stresu*	
Efekt emocija i raspoloženja	21 (18 – 26)	20 (17 – 22)	0,11
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	18 (16 – 20,8)	16 (14 – 19)	<b>0,01</b>
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	15 (13 – 18)	15 (13 – 18)	0,82
<b>Ukupna skala ERIK</b>	57 (49 – 62)	49 (46 – 56)	<b>0,04</b>

\* onkologija, intenzivna, hitna, psihijatrija; † Mann Whitney U test

Znatno je najmanje izražena domena efekta emocija i raspoloženja kod ispitanika koji rade drugi oblik radnog vremena (turnus) u odnosu na druge ispitanike, osim na ispitanike koji rade sve tri smjene (Kruskal Wallis test,  $P = 0,03$ ) (tablica 5.33.).

Tablica 5.33. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole prema radnom vremenu

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>					<b>P*</b>
	samo jutarnja / samo popodne	u dvije smjene	u tri smjene	jutarnja smjena + dežurstvo	drugo	
Efekt emocija i raspoloženja	22 (19 – 25)	24 (19 – 27)	21 (16,3 – 27,5)	22 (18 – 26)	19,5 (16 – 23)	<b>0,03<sup>†</sup></b>
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	18 (15 – 20)	19 (16 – 22)	18 (15 – 19)	18 (15 – 20)	17 (15 – 21)	0,38
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	15 (13 – 18)	18 (14 – 19)	15 (13 – 17)	16 (14 – 18)	14 (13 – 16)	0,06
<b>Ukupna skala ERIK</b>	55 (49 – 63)	61 (51 – 67)	57 (47,3 – 61,8)	56 (48 – 61)	50,5 (45 – 58)	0,06

\* Kruskal Wallis test (post hoc Conover)

<sup>†</sup> na razini  $P < 0,05$  znatno je najmanje izražena kod ispitanika koji rade drugi oblik radnog vremena (turnus) u odnosu na sve, osim na ispitanike koji rade sve tri smjene

Nema znatnih razlika u ocjeni ERIK-a u odnosu na oblik radnog statusa (tablica 5.34.).

Tablica 5.34. Ocjena emocionalne regulacije i kontrole s obzirom na to rade li na određeno ili neodređeno vrijeme

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>		<b>P*</b>
	određeno vrijeme	neodređeno vrijeme	
Efekt emocija i raspoloženja	20 (17,8 – 26,5)	21 (18 – 25)	0,68
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	16,5 (13,8 – 22)	18 (15 – 20)	0,59
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	13 (9,8 – 17)	15 (13 – 18)	0,08
<b>Ukupna skala ERIK</b>	<b>52,5 (45 – 57,8)</b>	<b>55 (48 – 61,5)</b>	<b>0,27</b>

\*Mann Whitney U test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenila se povezanost pojedinih varijabla s domenama i ukupnom skalom ERIK. Samo je broj djece znatno povezan s pamćenjem emocionalno saturiranih sadržaja i s ukupnom skalom ERIK. Te su veze slabe, pozitivne i statistički značajne. Ispitanici s više djece imaju izraženiju domenu pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja ( $Rho = 0,211$ ) i više su ocjene ukupne skale ERIK ( $Rho = 0,168$ ) (tablica 5.35.).

Tablica 5.35. Povezanost dobi ispitanika, broja djece, ukupnog radnog staža i staža na sadašnjem radnom mjestu s domenama i ukupnom skalom emocionalne regulacije i kontrole

	<i>Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost)</i>			
	dob ispitanika	broj djece	ukupni radni staž	staž na sadašnjem radnom mjestu
Efekt emocija i raspoloženja	-0,130 (0,06)	0,121 (0,15)	-0,125 (0,08)	-0,095 (0,18)
Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	-0,063 (0,37)	<b>0,211 (0,01)</b>	-0,058 (0,41)	-0,079 (0,26)
Kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	-0,007 (0,93)	0,083 (0,32)	-0,006 (0,93)	0,024 (0,73)
<b>Ukupna skala ERIK</b>	<b>-0,101 (0,15)</b>	<b>0,168 (0,04)</b>	<b>-0,097 (0,17)</b>	<b>-0,086 (0,22)</b>

### 5.6. Povezanost stresa s emocionalnom regulacijom i kontrolom

Skala doživljenog stresa i skala ERIK značajno su povezane u svim domenama i u ukupnim skalama, osim domene smjenski rad koja nije znatno povezana s domenom pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja i efekt emocija i raspoloženja. Sve su veze pozitivne i slabe ( $Rho < 0,5$ ). Ukupna skala doživljenog stresa viša je ako je višom ocijenjena i skala emocionalne regulacije i kontrole, odnosno što je niža regulacija i kontrola, to je izraženiji doživljeni stres ( $Rho = 0,308$ ) (tablica 5.36.).

Tablica 5.36. Povezanost domena i ukupne skale doživljenog stresa s domenama emocionalne regulacije i kontrole

	<i>Spearmanov koeficijent korelacije Rho</i>			
	<i>(P vrijednost) skale emocionalne regulacije i kontrole</i>			
	efekt emocija i raspoloženja	pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	ukupna skala emocionalne regulacije i kontrole
Organizacija i financije	<b>0,167 (0,02)</b>	<b>0,237 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,191 (0,01)</b>	<b>0,211 (&lt; 0,001)</b>
Javna kritika i sudske tužbe	<b>0,165 (0,02)</b>	<b>0,283 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,196 (0,01)</b>	<b>0,235 (&lt; 0,001)</b>
Opasnosti i štetnosti na poslu	<b>0,193 (0,01)</b>	<b>0,205 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,149 (0,03)</b>	<b>0,222 (&lt; 0,001)</b>
Sukobi i komunikacija na poslu	<b>0,213 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,345 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,272 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,304 (&lt; 0,001)</b>
Smjenski rad	0,135 (0,05)	0,135 (0,05)	<b>0,156 (0,03)</b>	<b>0,146 (0,04)</b>
Profesionalni i intelektualni zahtjevi	<b>0,285 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,272 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,187 (0,01)</b>	<b>0,292 (&lt; 0,001)</b>
<b>Ukupna skala stresa</b>	<b>0,257 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,317 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,260 (&lt; 0,001)</b>	<b>0,308 (&lt; 0,001)</b>

### 5.7. Utjecaj pojedinih čimbenika na jače doživljeni stres (regresijska analiza)

Logističkom regresijom ocijenjen je utjecaj više čimbenika na vjerojatnost da će imati jače doživljeni stres (svi ispitanici kojima je ukupna ocjena doživljenog stresa veća od 60, na skali 0 – 100) (zavisna varijabla). Za nezavisne varijable uzeli smo varijable povezane s obilježjima ispitanika te skalu ERIK. Za izvođenje modela predviđanja jače doživljenog stresa primijenjena je multivarijatna logistička regresija (engl. *Stepwise regression*). Rabila se pri odabiru prediktora te se primijenio kriterij statističke značajnosti veće od 0,10, a kriterij u istraživanju je odabrana granična vrijednost od 0,20.

Izdvojio se samo jedan prediktor, a to je domena pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja. Ispitanici koji tu domenu imaju jače izraženu, imaju veću vjerojatnost (omjer izgleda 1,18 (95 %) s rasponom pouzdanosti od 1,07 do 1,30) za jače doživljeni stres. Model je u cijelosti statistički značajan i objašnjava 11,2 % (po Negelkerkeu) varijance prisutnog jače doživljenog stresa i točno klasificira 72,4 % slučajeva (tablica 5.37.).

Da bismo ocijenili jačinu utjecaja pojedine domene ERIK-a na ukupno doživljeni stres, primijenili smo linearnu logističku regresiju u kojoj nam je zavisna varijabla ukupno doživljeni stres, a nezavisne su domene ERIK-a.

Iz rezultata regresijske analize uočavamo da je u predikciji jače doživljenog stresa značajno pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja i kao model objašnjava 8,8 % promjene ukupno doživljenog stresa.

Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja statistički je značajan prediktor u predikciji stresa u domeni organizacije radnog mjesta i financija (objašnjava 5,0 % promjene stresa), domeni javne kritike i sudske tužbe (objašnjava 7,3 % promjene stresa), domeni sukoba i komunikacija na poslu (objašnjava 10,7 % promjene stresa). Efekt emocija i raspoloženja značajan je prediktor u domeni opasnosti i štetnosti na poslu (objašnjava 3,3 % promjene stresa) i u domeni profesionalni i intelektualni zahtjevi (objašnjava 8,4 % promjene stresa) (tablica 5.38.).

Tablica 5.37. Predviđanje vjerojatnosti jače doživljenog stresa (bivarijatna i multivarijatna regresijska analiza)

	$\beta^*$	Wald	P	Omjer izgleda (95 % raspon pouzdanosti)
<b>Bivarijatna regresija</b>				
spol (Ž)	0,06	0,02	0,87	1,06 (0,50 do 2,26)
dob ispitanika	-0,01	0,20	0,66	0,99 (0,97 do 1,02)
bračni status (neoženjen/neudana)				
<i>oženjen/udana</i>	0,22	0,32	0,57	1,25 (0,58 do 2,67)
<i>izvanbračna zajednica</i>	0,18	0,09	0,77	1,19 (0,37 do 3,86)
<i>razveden/razvedena</i>	-0,44	0,26	0,61	0,65 (0,12 do 3,49)
<i>udovac/udovica</i>	0,54	0,31	0,58	1,72 (0,26 do 11,62)
broj djece	0,06	0,08	0,77	1,06 (0,72 do 1,56)
razina obrazovanja (liječnici)				
<i>medicinske sestre / tehničari</i>	0,09	0,06	0,80	1,10 (0,52 do 2,33)
<i>prvostupnici sestrinstva</i>	0,50	1,41	0,24	1,65 (0,72 do 3,77)
<i>magistri/magistre sestrinstva</i>	-0,19	0,15	0,69	0,82 (0,32 do 2,16)
znanstveni stupanj (mr. sc.)				
<i>dr. sc.</i>	-1,30	1,46	0,23	0,27 (0,03 do 2,24)
<i>docent</i>	0,38	0,46	0,50	1,46 (0,49 do 4,29)
<i>izvanredni/redoviti profesor</i>	-0,13	0,02	0,87	0,87 (0,16 do 4,65)
izloženost stresu na radnom mjestu (da)	0,27	0,53	0,47	1,31 (0,63 do 2,74)
ukupna duljina radnog staža	-0,002	0,02	0,88	0,99 (0,97 do 1,02)
duljina radnog staža na sadašnjem radnom mjestu	0,003	0,04	0,85	1,01 (0,97 do 1,03)
radni status (određeno vrijeme)	1,05	1,82	0,18	2,86 (0,62 do 13,2)
efekt emocija i raspoloženja	0,10	10,99	< <b>0,001</b>	1,11 (1,05 do 1,17)
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	0,15	13,17	< <b>0,001</b>	1,66 (1,07 do 1,27)
kontrola vlastitih emocionalnih reakcija	0,14	9,85	<b>0,002</b>	1,15 (1,06 do 1,26)
ukupna skala ERIK	0,06	14,63	< <b>0,001</b>	1,06 (1,03 – 1,09)
<b>Multivarijatna regresija (Stepwise metoda)</b>				
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	0,16	10,46	<b>0,001</b>	1,18 (1,07 do 1,30)
konstanta	-3,72	15,3	< <b>0,001</b>	

\*  $\beta$  – koeficijent regresije

Tablica 5.38. Funkcionalna veza između ukupnog stresa i emocionalne regulacije i kontrole (multivarijatna linearna regresija, *Stepwise metoda*)

	$\beta$	$P^*$	95% CI za $\beta$	Sažetak modela
Organizacija radnog mjesta i financije				R = 0,233
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	0,94	< 0,001	0,39 – 1,48	R <sup>2</sup> = 0,055
konstanta	48,94	0,001	39,1 – 58,8	korigirani R <sup>2</sup> = 0,050
Javna kritika i sudske tužbe				R = 0,271
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	1,40	< 0,001	0,71 – 2,09	R <sup>2</sup> = 0,073
konstanta	36,64	< 0,001	24,04 – 49,2	korigirani R <sup>2</sup> = 0,069
Opasnosti i štetnosti na poslu				R = 0,195
efekt emocija i raspoloženja	0,71	0,005	0,21 – 1,20	R <sup>2</sup> = 0,038
konstanta	21,94	< 0,001	10,9 – 32,9	korigirani R <sup>2</sup> = 0,033
Sukobi i komunikacija na poslu				R = 0,334
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	1,97	< 0,001	1,19 – 2,74	R <sup>2</sup> = 0,112
konstanta	21,94	0,08	-1,29 – 26,8	korigirani R <sup>2</sup> = 0,107
Smjenski rad				
<i>nema značajnog modela</i>	–	–	–	
Profesionalni i intelektualni zahtjevi				R = 0,298
efekt emocija i raspoloženja	0,83	< 0,001	0,46 – 1,21	R <sup>2</sup> = 0,089
konstanta	27,92	< 0,001	19,7 – 36,2	korigirani R <sup>2</sup> = 0,084
Skala stresa ukupno				R = 0,304
pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja	1,11	< 0,001	0,63 – 1,59	R <sup>2</sup> = 0,092
konstanta	32,74	< 0,001	23,92 – 41,6	korigirani R <sup>2</sup> = 0,088

$\beta$  – koeficijent regresije; R – Pearsonov koeficijent korelacije



## 6. RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je dobiti uvid u pojavnost i razinu doživljenog stresa te sposobnost ERIK-a zdravstvenih djelatnika u ispitivanoj bolničkoj ustanovi. Također, ovim se istraživanjem nastojao ispitati doprinos sposobnosti ERIK-a u analizi doživljenog stresa zdravstvenih djelatnika u bolnici.

Od ukupno 203 ispitanika, obuhvaćenih ovim istraživanjem, 19,7 % je muškaraca, a 80,3 % žena. U zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, prema Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu HZJZ-a iz 2019. godine, među svim zaposlenim liječnicima žena je ukupno 63,2 %, a među medicinskim sestrama / medicinskim tehničarima samo 12,1 % muškaraca (78). U ovom je istraživanju prikazano da djece nema 28,6 % ispitanika, a njih 49,9 % ima po dvoje djece.

Od ukupnog broja ispitanika 30,5 % čine medicinske sestre i medicinski tehničari opće njege, a u ukupnoj raspodjeli 65 % ispitanika medicinske su sestre, odnosno tehničari svih razina obrazovanja, što je u skladu s činjenicom da su u sustavu zdravstva najviše i zastupljeni s čak 43,5 % ukupno zaposlenih zdravstvenih djelatnika i suradnika (78).

Dakle, medijan dobi ispitanika iznosi 42 godine, ali raspon je od 21 do 72 godine života. Najveći broj najmlađih ispitanika upravo su medicinske sestre / medicinski tehničari opće njege koji jako rano ulaze u sustav rada pa im biološka dob ne prati emocionalne potrebe i vještine u suočavanju sa zahtjevima rada u zdravstvenom sustavu. Prema teorijama razvojne psihologije (79) medicinske sestre ulaze u radni odnos na prijelazu iz starije adolescentske u mlađu odraslu dob. Ta je razvojna faza obilježena strahom od tjelesnih povreda, strahovima povezanim s tjelesnim izgledom i osobnom kompetentnošću, strahom od medicinskih intervencija, od socijalne neprihvaćenosti, od javnih nastupa te strahom od rata i nasilja. Prema novijim teoretičarima (80, 81) adolescentsko se vrijeme produljuje zbog produljenja obveznog školovanja, kasnijeg odlaska iz obiteljskog doma te trendova kasnijeg osamostaljivanja i zasnivanja vlastite obitelji, te traje i do 26. godine života. Upravo je to razdoblje kad se naglo razvija sposobnost donošenja samostalnih odluka i kompromisa te sposobnost izražavanja vlastitih osjećaja bez *acting-out* reakcija karakterističnih za dječju dob (79, 81). U toj je dobi otežana asimilacija mogućih stresora kojima je osoba okružena u bolničkom zdravstvenom sustavu.

Nadalje, 15,8 % ispitanika u istraživanju su magistre sestrinstva, što odražava visok postotak zaposlenih magistara u KBC-u Osijek. Većini ispitanika, magistara sestrinstva, nije priznat status VSS-a, a to je bitno iz perspektive ovog istraživanja jer potencijalno može utjecati na razvoj nezadovoljstva i stresa u radnom okružju.

U dosadašnjoj literaturi (35, 40, 79) prikazano je da je najstresniji rad na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinici za psihijatriju, Onkologiji i OHBP-u. Iako je upitnik bio ponuđen svim liječnicima i medicinskim sestrama na bolničkim odjelima gdje se provodi skrb stacionarnih bolesnika, najveći odaziv bio je na Klinici za neurologiju, 21,2 % ispitanika, Klinici za anesteziju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, 10,8 %, a 12,3 % na Klinici za pedijatriju. Uzimajući u obzir da su ispitanici s Klinike za neurologiju i Klinike za pedijatriju većinom djelatnici najstresnijih jedinica (jedinica za intenzivno liječenje), postavlja se pitanje je li velik odaziv tih djelatnika zapravo njihova namjerna želja da pridonese razvoju svjesnosti o stresu na svom radnom mjestu, odnosno razvoju potrebe za emocionalnom regulacijom i kontrolom. Istraživanje je obuhvatilo 17,7 % ispitanika koji rade u tri smjene, njih 25,1 % radi u jutarnjoj smjeni i 24-satnim dežurstvima, a 26,6 % radi u turnusu. Svi oni koji su se izjasnili da rade u turnusu, rade u dnevnoj smjeni 12 sati, zatim sljedeći dan u noćnoj smjeni 12 sati, a nakon toga imaju 48 sati odmora, zatim se turnus ponavlja. U mjesecu prosječno rade 15 smjena od 12 sati i tako tijekom cijele godine. Obuhvaćenost upravo tih djelatnika koji rade u dežurstvima i turnusima u ovom je istraživanju korisna jer su to liječnici i medicinske sestre uz bolesnički krevet koji se nađu u svim situacijama pretpostavljenima u svim domenama predloženih upitnika.

Ukupno 85,7 % ispitanika izjavilo je da radi u timu. Rad u timu stvara nove radne izazove u kojem djelatnici moraju komunicirati i surađivati, što može utjecati na prikladnu emocionalnu reakciju na stres. Obuhvaćenost tolikog postotka ispitanika koji rade u timu bilo je dobro polazište za dobivanje realnih i usporedivih rezultata u ovom istraživanju.

### **6.1. Procjena stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika**

Procjena stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika provela se upitnikom koji sadržava šest faktora. Iz ukupne skale stresa razvidno je da je srednja vrijednost razine doživljenog stresa ispitanika iznosila 52.7, raspona 0 – 100. Navedeni se rezultat može doimati ne pretjerano zabrinjavajuće. Istraživački tim iz Kine prikazao je slične rezultate istraživanja procjene ukupnog stresa zdravstvenih djelatnika u više COVID bolnica (82).

Istraživači su rezultate obrazložili pojačanim altruizmom i profesionalnom predanošću zdravstvenih djelatnika u trenutcima akutne skrbi. Međutim, dubljom analizom rezultata utvrdili su kako je visok postotak ispitanika, zdravstvenih djelatnika, bio izložen vrlo intenzivnim, specifičnim stresorima (82). Upravo je dublja analiza rezultata i u ovom istraživanju ukazala na značajan utjecaj specifičnih stresora, osobito među ispitanicima zaposlenima na akutnim, odnosno intenzivnim odjelima (JIL, OHBP), što na neki način nije bio neočekivan rezultat. Druga istraživanja opisuju bitno stresniji utjecaj bolničkog radnog okruženja na pojavnost stresa, posebice kod zdravstvenih djelatnika koji zbrinjavaju terminalne bolesnike (83, 84 – 86).

Prvi faktor upitnika sastoji se od čestica koje definiraju skalu vrijednosti stresa unutar organizacije radnog mjesta i financija i u ovom istraživanju ima visok koeficijent pouzdanosti,  $\alpha = 0,848$ . Unutar navedene domene dobiveni su rezultati da čak 64 % zdravstvenih djelatnika bilježi pojavnost stresa. Ova se domena prema česticama dijeli na one čestice koje se odnose na uvjete rada ispitanika te na one povezane s organizacijom posla.

Nadalje, 34,5 % ispitanika stresnim navodi neadekvatnost osobnih primanja, a malu mogućnost napredovanja ponekad stresnim navodi njih 30,5 %. Za samo 28,6 % ispitanika komunikacija s nadređenima nije ili je rijetko stresna, a za samo 7,4 % ispitanika nije stresna ni loša organizacija posla. Ispitanicima su vrlo stresne nepredviđene situacije koje se mogu povezati s lošom organizacijom posla, što indirektno implicira potrebu reorganizacije posla kao glavnu strategiju prevencije stresa (87). Naime, u kvalitetno organiziranom bolničkom sustavu, zbog čestih nepredviđenih situacija, postoje standardizirani operativni postupci kojima je cilj osigurati točnost i kvalitetu izvedbe postupaka, a na taj način i sigurnost bolesnika i zdravstvenih djelatnika u raznim nepredviđenim situacijama. Visoku razinu stresa zbog nedostatnog broja zdravstvenih djelatnika u ovom istraživanju izražava čak 45,3 % ispitanika. Ovo je istraživanje provedeno neposredno nakon pandemije COVID-19 kad je evidentno velik broj zdravstvenih djelatnika napustilo bolnički sustav ili na vlastiti zahtjev bio premješten s težega na lakše radno mjesto unutar bolnice. Među čimbenicima koji utječu na fluktuaciju broja medicinskih sestara poznato je da je sestrinski stres važan prediktor (88). Bolničke medicinske sestre imaju presudnu ulogu u pružanju zdravstvene njege bolesnicima i doživljavaju visoku razinu stresa na radnom mjestu (89, 90). Također, prema Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (91) broj liječnika i medicinskih sestara strogo je određen te predviđa i do 30 % više potreba od trenutnog broja zaposlenih na bolničkim odjelima. Podatak iz provedenog istraživanja da samo 9,9 % ispitanika smatra da im rad u neadekvatnom radnom

prostoru nije ili je rijetko stresan može se upotrijebiti kao ishodište za reviziju Pravilnika koji je donesen u vrijeme kad u ordinacijama i bolesničkim sobama nije bilo toliko medicinske opreme kao danas, a promijenili su se i načini pružanja skrbi (zdravstvena njega, specijalistički pregledi, invazivni zahvati). Infrastrukturno je radni prostor ostao isti jer bolnica rijetko ulaže u radni prostor zaposlenika zbog ionako otežanog financiranja državnih i županijskih bolnica, gdje se nakon podmirenja dugova za lijekove, medicinskog potrošnog materijala i održavanja hladnog pogona ne pronalazi dovoljno sredstava za unaprjeđenje radnog prostora i sigurnosti zdravstvenih djelatnika i bolesnika. Tomu ide u prilog i rezultat ovog istraživanja da 38,9 % ispitanika stresnim smatra financijska ograničenja za rad, odnosno nemogućnost primjene najadekvatnije terapije za bolesnika.

Paradoks modernizacije i informatizacije cjelokupnog zdravstvenog sustava vidljiv je u rezultatu da su administrativni poslovi kod većine ispitanika stresni, odnosno samo za 14,3 % nisu stresni. Osim dodatne količine administracije koja se povećava tijekom godina, takav rezultat može ukazivati i na nastanak tehnostresa, novog koncepta opisanoga u literaturi (45), a povezanoga s needuciranošću i općenitom nepripremljenošću zdravstvenih djelatnika za moderne tehnologije, ali i odbijanjem te strahom zdravstvenog menadžmenta od uvođenja jednostavnijih administrativnih rješenja. Izloženost tehnologiji koja izaziva stres može čak rezultirati smanjenom radnom sposobnošću i namjerom napuštanja posla, što bi moglo pogoršati već postojeći nedostatak zdravstvenih djelatnika (92). Značajan je rezultat ovog istraživanja taj da 62,6 % ispitanika izjavljuje da im je uvođenje novih tehnologija u sustav rada (iz domene profesionalnih i intelektualnih zahtjeva) ponekad do izrazito stresno. Golz i suradnici (45) napominju da se dodatni čimbenici, poput stava, motivacije i iskustva služenja digitalnim tehnologijama također smatraju relevantnima u kontekstu digitalne kompetencije. Stoga, uz nedovoljno znanja i vještina za pravilnu implementaciju i korištenje digitalnim tehnologijama, manjak motivacije i predrasude prema digitalizaciji imaju za posljedicu smanjenu primjenu tehnologije (45).

Ukupno gledajući, visokih 59,1 % ispitanika u ovom istraživanju preopterećenost poslom izražava stresnim, a ono uz konflikt i nejasnoću uloge, prema Allenu i suradnicima, često dovodi do negativnih emocionalnih i bihevioralnih reakcija poput nezadovoljstva poslom i psihičke napetosti na radnom mjestu uz smanjenje radne učinkovitosti te posljedično namjere da se promijeni radno mjesto (38).

U faktoru javne kritike i sudske tužbe (alpha 0,892) dominira izražavanje stresa povezanog s komunikacijom s bolesnikom i njegovom obitelji. Naime, 72,9 % ispitanika doživljava stres, što je u skladu i s drugim istraživanjima (93 – 98). Neodgovarajuća i nerealna očekivanja

bolesnika i njegove obitelji, kao i pogrešno informiranje bolesnika od strane medija ispitanicima u ovom istraživanju često izazivaju stres. Takve situacije mogu rezultirati i sukobima zdravstvenih djelatnika s bolesnicima i članovima njihove obitelji, što je stresnim potvrdilo 32 % ispitanika. Posljednjih je godina dosadašnja paradigma odnosa liječnik – bolesnik postala glavni predmet medicinske etike, zdravstvene politike i menadžmenta (93). Od tradicionalnog, jednosmjernog pristupa prijenosa informacija (94), komunikacija između korisnika zdravstvenih usluga i zdravstvenih djelatnika postala je dvosmjerna (95).

Dakle, s obzirom na navedeno, nužno je uspostaviti dinamičan, a istodobno kvalitetan odnos između zdravstvenih djelatnika i bolesnika, odnosno članova njihovih obitelji, što značajno može pridonijeti zadovoljstvu obiju strana (96 – 98), ali isto tako postići ekonomski boljitak za bolesnike i cjelokupni zdravstveni sustav (93).

Sve više bolesnika zdravstvene savjete traži na internetu pa se tijekom vremena kreirao izraz „Google doktor“ koji definira opću populaciju formalno medicinski needuciranu, ali s dobivenim zdravstvenim informacijama. Iako se čini da bolesnici s takvom edukacijom pred zdravstvene djelatnike stavljaju neadekvatna očekivanja, nedavna studija Laugesena i suradnika otkrila je da zdravstvene informacije dobivene na internetu ne utječu znatno na usuglašenost liječenja, pod uvjetom da postoji dobar odnos između korisnika zdravstvenih usluga i zdravstvenih djelatnika (95). U prilog rezultatima ovog istraživanja ide i činjenica da informirajući se putem interneta, opća populacija podiže razinu stupnja zdravstvene pismenosti. Lee i suradnici u svom su istraživanju utvrdili da prevalencija ograničene zdravstvene pismenosti (99 – 102) vodi do lošijih zdravstvenih ishoda i viših stopa bolničkog liječenja, prijema i mortaliteta (95).

Na sve kompleksniji odnos zdravstveni djelatnik – bolesnik ukazuje i rezultat u ovom istraživanju gdje 78,8 % zdravstvenih djelatnika izloženost neprimjerenom javnoj kritici procjenjuje ponekad do izrazito stresnom, a njih 69 % smatra 24-satnu odgovornost pri pružanju skrbi značajno stresnom. Opasnosti i štetnosti na poslu domena su (alfa 0,881) koja se može podijeliti na opasnosti uzrokovane tvarima ili predmetima u radnom okružju zdravstvenih djelatnika te one uzrokovane strahom od pristupa neizlječivom bolesniku i smrti.

Tako strahovi od izloženosti ionizacijskom zračenju, inhalacijskim anestheticima, citostaticima ili strahovi od mogućnosti ozljeđivanja oštrim predmetom ne uvjetuju stresnu reakciju kod ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem. Iako autorica Knežević (103) u svom istraživanju navodi da je kod medicinskih sestara izraženiji strah od zaraze, citostatika, ionizirajućeg zračenja i inhalacijskih anestetika nego u liječnika koji su educiraniji o štetnostima kojima su

izloženi i načinima zaštite na radu, taj bi se strah mogao nadovezati na efekt emocionalnog stresa koji medicinske sestre doživljavaju radeći neposredno sa zaraženim bolesnikom ili citostatskom terapijom, a manje s neznanjem, što može biti temelj za buduća istraživanja. Istraživači Tuna i Baykal (104) sugeriraju da su kao razlozi nezadovoljstva medicinskih sestara koje rade na onkološkom odjelu bolesnici u terminalnom stadiju i visoka stopa mortaliteta, neodgovarajući materijalni prostorni uvjeti, nedostatak sredstava za rad i osoblja. Drugim je istraživanjima utvrđeno da se onkološke medicinske sestre suočavaju s problemima zbog sve većeg broja bolesnika i opterećenja koje s tim dolazi, nedovoljnih zaštitnih mjera tijekom pripreme antineoplastičnih lijekova te ukupnog povećanja radnog opterećenja (105, 106). Istaknuto je da svi ti negativni učinci utječu na pojačanu razinu stresa na poslu onkoloških medicinskih sestara, a posljedično i na razinu izgaranja (107, 108). Slični rezultati prikazani su i u ovom istraživanju gdje 40,4 % ispitanika stresnim navodi suočavanje s neizlječivim bolesnicima, a za 65 % ispitanika ponekad je do izrazito stresna mogućnost zaraze od oboljelih. U više istraživanja objavljenih tijekom pandemije COVID-19 mogu se naći slični rezultati. Tako Balicer i suradnici prikazuju da gotovo 70 % zdravstvenih djelatnika smatra da su izloženi osobnom riziku kad obavljaju svoje dužnosti tijekom pandemije (109). A u istraživanju Wonga i suradnika 90 % zdravstvenih djelatnika bilo je zabrinuto zbog opasnosti od profesionalnih i zaraznih bolesti za njihovo zdravlje tijekom pandemije (110, 111). Osim razlika u poimanju zabrinutosti o uzroku nastanka stresa, navode se i osobne razlike u načinu suočavanja sa stresom. Tako istraživač Lazarus u svojoj teoriji razlikuje dvije osnovne strategije (112). Tu je prvenstveno suočavanje usredotočeno na situaciju (engl. *problem focused coping*), dok je druga strategija usmjerena prema osjećajima (engl. *emotion focused coping*). Fokus na problem odnosi se na nastojanje da se doživljena neugodna situacija izmijeni u smislu otklona uzroka (izvora stresa). Druga se strategija zasniva na ublažavanju posljedica negativnih osjećaja i raspoloženja koje stresor izaziva. Pojedinaac ne odabire samo jednu strategiju suočavanja, ali jedna je, ovisno o temperamentu i vanjskim okolnostima, definitivno dominantna.

U domeni sukoba i komunikacije na poslu (alfa 0,889) utvrđeno je da sukobi s nadređenima, kolegama i ostalim suradnicima katkad izazivaju stres kod 30 % djelatnika, ali oskudna komunikacija s kolegama je ponekad do izrazito stresna kod čak 63 % ispitanika. Povratne informacije koje zaposlenici dobivaju od nadređenih i komunikacija općenito podrazumijevaju iskrenost, tolerantnost, a time jamče i kvalitetnije odnose na radnom mjestu, uz razumijevanje institucionalnih ograničenja (113). Uspješno preveniranje ili rješavanje

sukoba odlika je timova u kojima su uloge jasno posložene, ali i gdje pojedinci ne počinju osjećati simptome izgaranja na poslu. Činjenica da je u ovom istraživanju 59,1 % ispitanika pod stresom zbog preopterećenosti poslom, vrlo je moguće da sukobi koji su sada povremeno stresni postanu izrazito stresni kod većine ispitanika ako se ne pristupi preveniranju. „Prevenција psihičkog zlostavljanja sastoji se u pravovremenom i primjerenom razrješenju sukoba“ (44). Tijekom proteklih nekoliko godina Seago i suradnici (114) provedli su originalno istraživanje o utjecaju ometajućeg ponašanja liječnika i medicinskih sestara (definirano kao svako neprimjereno ponašanje, sukob ili svađa, u rasponu od verbalnog zlostavljanja do fizičkog ili seksualnog uznemiravanja) i njegova učinka na odnose s osobljem, zadovoljstvo i fluktuaciju osoblja. Ujedno se istraživao učinak na ishode skrbi za bolesnike, uključujući neželjene događaje, medicinske pogreške, sigurnost bolesnika, nekvalitetnu skrb i povezanost sa smrtnošću bolesnika koja se mogla spriječiti. Mnogi od tih neželjenih učinaka bili su povezani s lošom komunikacijom i suradnjom te neučinkovitim timskim radom.

U domeni smjenskog rada (alfa 0,862) svaki rad izvan vremena predviđenog za obavljanje poslova (dnevni rad) izaziva određeni stres. Tako je za 35,6 % ispitanika stresan rad noću, a za 47,1 % 24-satna dežurstva. Prekovremeni je rad ponekad do izrazito stresan za 74,4 % ispitanika što se tumači nepredvidivošću ostanka na poslu izvan očekivanog radnog vremena. Neizvjesnost oko vremena odlaska nakon smjene zbog prekovremenog rada situacija je koja se ponavlja i komplicira ravnotežu između posla i privatnog života (115). Naime, zbog lošije organizacije, nedostatka osoblja, povećanog pritiska zbog neodrađenog administrativnog posla, a rjeđe zbog hitnih situacija povezanih s bolesnicima, zdravstveni su djelatnici primorani ostajati prekovremeno. Obavljanje zahtjevnih procedura nakon radnog vremena, posebno 24-satnog dežurstva, može pridonijeti smanjenoj kvaliteti rada, povećanom broju medicinskih pogrešaka, a time i moguće pravno-etičke posljedice oko utvrđivanja odgovornosti. Produljeno radno vrijeme, zajedno s noćnim radom, može imati štetne učinke na zdravlje djelatnika jer dovodi do sukoba između radnog vremena i ritma tijela (116).

Profesionalni i intelektualni zahtjevi faktor su (alfa 0,796) u kojem je razvidno da vremenska ograničenja i preopterećenost stresno utječu na zdravstvene djelatnike. Tako pritisak vremenskih rokova na obavljanje zadataka ponekad stresno do izrazito stresno doživljava 87,7 % zdravstvenih djelatnika, a vremensko ograničenje za pregled bolesnika njih 83,7 %. Nedostatak odgovarajuće trajne edukacije stresan je za 79,3 % djelatnika unatoč programima koje organiziraju komore zdravstvenih djelatnika (HKMS, HLK) isključivo povezima s

obveznim stručnim relicenciranjem. Predlaže se razmatranje jesu li navedeni programi dovoljni i prikladni za dobivanje dodatnih znanja, vještina i kompetencija uopće. Latten i suradnici (117) napominju da i nova istraživanja pokazuju da interakcija između farmaceutskih tvrtki i pružatelja zdravstvenih usluga poboljšava tehnološke inovacije, potiče stvaranje znanja, pomaže u kontroli bolesti i smanjuje probleme polifarmacije (117 – 119). Daljnji pregled empirijskih istraživanja otkrio je da nedostaju kvantitativni dokazi o interakcijama između farmaceutskih tvrtki i pružatelja zdravstvenih usluga (117). Ta je činjenica posebno zanimljiva u hrvatskom zdravstvenom sustavu jer postoji snažna percepcija da edukacija vođena od strane farmaceutskih tvrtki nije dugoročno planirana, da je stihijska ili prema pojedinačnim zahtjevima zdravstvenih djelatnika. Tu percepciju dodatno pogoršava mogućnost financijske koristi u takvu međusobnom odnosu. Empirijski, studije otkrivaju da bi interakcija između farmaceutskih tvrtki i pružatelja zdravstvenih usluga mogla rezultirati sukobom interesa, negativnom percepcijom zdravstvenih djelatnika ili negativno promijeniti navike liječnika pri propisivanju terapije (117).

## **6.2. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali stresa prema općim obilježjima ispitanika**

Prema spolnoj podjeli razlike u ukupnoj skali stresa nisu značajne, međutim, statistički značajno izraženiji je stres kod ženskih ispitanika u domeni opasnosti i štetnosti na poslu nego kod muških ( $p = 0,04$ ). Razlika je vidljiva i u domeni profesionalnih i intelektualnih zahtjeva gdje su žene također izloženije stresu u usporedbi s muškarcima. Više istraživanja pokazuje da žene češće pate od stresa na radnom mjestu i prijavljuju niži zdravstveni status od muškaraca (120 – 122). Konkretno, La Torre i suradnici (123) dokazali su da su žene koje su izložene visokoj razini zahtjeva na poslu u većem riziku od fizičke nelagode u usporedbi s muškarcima, a da veća sloboda odlučivanja dovodi do poboljšanja fizičkog i mentalnog blagostanja u većoj mjeri kod žena nego kod muškaraca. Žene su sposobnije iskazati više razine doživljenih osjećaja od muškaraca, no primijećen je pad u jačini iskazivanja koji dolazi s godinama, pa se u srednjoj dobi razlike više ne pojavljuju (124). To je vidljivo i u ovom istraživanju u domeni smjenskog rada gdje se pokazalo da zdravstveni radnici s duljim radnim stažem iskazuju manji stres u smjenskom radu ( $p = 0,02$ ). U dosadašnjoj je literaturi prikazano da je među muškarcima statistički značajno prisutnija supresija u odnosu na žene (125). Također, opisano je da su liječnice, u odnosu na liječnike, zaokupljenije obavljanjem zadataka



na radnom mjestu, što se negativno odražava na njihov psihofizički balans i zdravlje uopće (126).

Izraženi stres vidljiv je u domeni opasnosti i štetnosti na poslu gdje postoji značajna razlika prema razini obrazovanja. Opasnosti i štetnosti na poslu najmanje utječu na razvoj stresa kod liječnika u odnosu na sve ostale ( $p = 0,001$ ). Opasnosti i štetnosti na poslu manje utječu na razvoj stresa kod ispitanika koji rade jutarnju smjenu i 24-satna dežurstva (medijan 25), u odnosu na one koji rade tri smjene (medijan 42,9), samo jutarnju ili turnus. Ti rezultati idu u prilog stvarnoj organizaciji posla u bolničkom sustavu gdje su medicinske sestre više u neposrednoj blizini opasnih predmeta/tvari, koje mogu uzrokovati stres, bolesnika koji su moguć izvor zarazne bolesti ili se neminovno suočavaju s neizlječivom bolesti ili smrću bolesnika. Brigom za umiruće i općenito suočavanjem s neizlječivim bolestima razvija se suosjećajni zamor koji može dovesti do stresa. Koncept suosjećajnog zamora (engl. *compassion fatigue*) definiran je kao „emocionalni distress koji mogu doživjeti zdravstveni djelatnici koji su u kontinuiranom odnosu s traumatiziranim bolesnicima“ (127). Zapravo se radi o neizravnoj traumatizaciji u kojoj zdravstveni djelatnici doživljavaju vrstu posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) kao posljedicu stalne skrbi za teško bolesne pojedince. Umor uzrokovan suosjećanjem prema pojedincu koji pati nije istoznačnica sagorijevanju na poslu i oba se konstrukta mogu preklapati (127). U predikciji nastanka suosjećajnog zamora prednjače rizični čimbenici poput nepodržavajuće radne okoline, izbjegavanja razgovora među suradnicima o neizlječivim bolesnicima i ostalim stresnim situacijama, emocionalna iscrpljenost te pripadnost ženskom spolu (127).

Smjenski rad značajno najmanje utječe na razvoj stresa kod magistara sestrinstva u odnosu na sve ostale, a kod liječnika je najveći u odnosu na sve ostale ( $p = 0,001$ ). Statistički značajno veći je stres kod liječnika povezan s radom u dežurstvu i 24-satnom odgovornošću. Zdravstveni djelatnici u velikom su riziku od nastanka psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti uzrokovanih nepredvidivim radnim vremenom, smjenskim radom, odgovornostima koje nose profesionalne i moralne odluke, kontaktima s oboljelima i njihovim obiteljima te emocionalnim iscrpljivanjem (engl. *burnout*) (103). Na to se može nadovezati i rezultat ovog istraživanja koji pokazuje da značajno najviši stres bilježe oni koji rade u tri smjene u odnosu na one koji rade samo u jutarnjoj smjeni. Samo jutarnju smjenu u bolničkom sustavu često rade magistre sestrinstva koje imaju značajno najmanje izražen stres na radnom mjestu. Navedena podudarnost može biti povezana s razvojem boljih emocionalnih mehanizama za suočavanje sa stresom kod magistara sestrinstva, ali i manjom izloženosti stresu u radnom

okružju koje često nije uz krevet bolesnika. Jasnoća odgovornosti u timu koji skrbi za bolesnika također bi se mogla uzeti u razmatranje.

Na odjelima veće izloženosti stresu (Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinika za psihijatriju, Onkologija i OHBP) zdravstveni djelatnici izražavaju da im manji stres pričinjavaju sukobi i komunikacija na poslu u odnosu na zaposlene na bolničkim odjelima gdje je izloženost stresu manja. To se može obrazložiti objektivnom percepcijom veće izloženosti stresu zbog težih uvjeta rada, gdje se pretpostavlja da su ispitanici razvili efikasno suočavanje sa stresom iz aspekta problemskog (kognitivnog), emocionalnog ili izbjegavajućeg rješavanja problema. Adaptacijom na moguće stresne uvjete razvili su bolje mehanizme suočavanja. Otpornost na stres i podnošenje dugotrajnih i snažnih stresora pojedinac može poboljšavati stalnim ponovljenim izlaganjima manjim stresnim događajima (38).

### 6.3. Procjena ERIK-a

Ukupna je srednja vrijednost sposobnosti ERIK-a zdravstvenih djelatnika u ovom istraživanju iznosila prema upitniku 55 (raspon odgovora 20 – 100), što ukazuje da općenito svoju sposobnost ERIK-a na radnom mjestu procjenjuju nedostatnom. Negativni efekti emocija i raspoloženja na mišljenje, pamćenje i ponašanje, kao i sposobnost ERIK-a procjenjivali su se upitnikom koji je sadržavao tri domene. Slične rezultate opisuju i druga istraživanja (18, 54, 128, 129), što može upućivati na fenomen slabije sposobnosti ERIK-a u pomagačkim zanimanjima, moguće zbog njihove emocionalne preopterećenosti. Detaljnija analiza rezultata ovog istraživanja upućuje da 42,4 % ispitanika u slučajevima neugodnih situacija ima osjećaj kao da su im „sve lađe potonule“. Primarna emocija na negativan događaj može se sagledati kroz prizmu jasnoće osjećaja u kojoj njihovo razumijevanje sprječava daljnju eskalaciju nekontroliranih emocionalnih reakcija. Činjenica da skoro polovina ispitanika prepoznaje takvo raspoloženje, potiče na razmatranje razinu emocionalne inteligencije kod ispitanih zdravstvenih djelatnika. U svakodnevnom socijalnom okružju od pojedinca se zahtijeva sposobnost snalaženja u interpersonalnim odnosima. Razina te sposobnosti definira razinu socijalne inteligencije ili kompetencije (130). U većini teorija koje opisuju i razvijaju perspektivu socijalne inteligencije, sposobnost, vještine percepcije, izražavanje i upravljanje emocijama glavni su faktori (131, 132). Tijekom lošeg raspoloženja 35,5 % ispitanika uglavnom i u potpunosti primjećuje samo loše stvari, a u takvu raspoloženju

njih 47,3 % nema problema s obavljanjem zadataka, odnosno njih 40,4 % svladava probleme. Načini svladavanja problema u kriznim situacijama rezultat su razine poznavanja vlastitih osjećaja kao mjere emocionalnog postignuća i baze za razvoj emocionalne inteligencije. Zdravstveni djelatnici imaju razvijene kompetencije za rješavanje profesionalnih izazova, no ovdje se primarno radi o socijalnim vještinama, odnosno općoj sposobnosti da se u nekom trenutku na temelju dobivenih profesionalnih i emocionalnih kompetencija, a sukladno promjenama raspoloženja, obavi određeni posao. Iz navedenoga proizlazi da prema ovom istraživanju manje od polovine zdravstvenih djelatnika kad na posao dođe vidno neraspoložena, možda saturirana stresovima donesenima iz privatnog života, uglavnom uspješno obavlja svoje zadatke i rješava probleme. Evidentno je da ispitanici stavljaju bolesnika u fokus i nastoje mu pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb kompetentno regulirajući svoje emocije, što je najkompleksnija razina emocionalne inteligencije koja usmjerava pojedinca emocionalnom i intelektualnom napredovanju (130). U literaturi pronalazimo i pojam metaevaluacije i metaregulacije koje i u ovom slučaju možemo uzeti u razmatranje (132 – 134). One uključuju pozornost koju pojedinac posvećuje razvoju jasnoće osjećaja i prihvatljivosti raspoloženja te njihovu utjecaju na način mišljenja (135). Dakle, opet je ključna jasnoća osjećaja u prepoznavanju, upotrebi i reguliranju emocionalnih reakcija kao preduvjetu razvoja emocionalne pismenosti (engl. *emotional literacy*).

U slučaju ljutnje 36 % ispitanika navodi da im „ne padne mrak na oči“, odnosno njih 42,4 % u ljutnji primjećuje sve događaje oko sebe. Emocionalno pismeni zdravstveni djelatnici u hitnoj će situaciji iz poznate lepeze mogućnosti znati odabrati adekvatnu reakciju. Cjeloživotna stručna i svakodnevna priprema, učenje i treninzi emocionalne pismenosti ključ su prevencije emocionalne eskalacije, a posljedično i iscrpljenosti, odnosno sagorijevanja na poslu.

Prema Takšiću i suradnicima (135) osjećaji svakom pojedincu, ovisno o okolnostima, dolaze povezani u sklopove. Ljutnja izražena na isti način u jednoj situaciji rezultira osobnim zadovoljstvom, a u drugoj osjećajem krivnje (135). U literaturi je koncept ljutnje opisan kao „mobilizirajuća snaga“ koja može promijeniti stanje emocionalne blokade kako bi u konačnici rezultirala zadovoljstvom (135).

Iako emocije u ljutnji kontrolira manje od polovine ispitanika, bez problema obavljaju dobivene zadatke. Zadatci se često obavljaju i rutinski, čemu ide u prilog da kod samo 16,8 % zdravstvenih djelatnika raspoloženje snažno utječe na razmišljanje. Također, 71,8 % zdravstvenih djelatnika ovog istraživanja izjavilo je da u lošem raspoloženju redovito i posvećeno obavlja i druge poslove. Važan je element emocionalne inteligencije koncept

razumijevanja tijeka razvoja emocija u interpersonalnim odnosima (130, 135). Upravo u ovom istraživanju 67,4 % ispitanika ukazuje na razumijevanje razvoja emocija kad u stanju ljutnje nikad ne viče na osobu koja nije ništa skrivila. Nadalje, 48,7 % zdravstvenih djelatnika dobro pamti situacije u kojima su bili ljuti i kroz perspektivu pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja, mogu se očekivati dijametralno suprotni ishodi u regulaciji emocija. U nekih osoba ljutnja izaziva pojačani stres zbog saturacije negativnim osjećajima i završava eskalacijom agresivnih reakcija. U drugih dolazi do stapanja emocije ljutnje sa zadovoljstvom u kojoj su emocije pod kontrolom i usmjeravaju zdravstvenog djelatnika na pozitivan odgovor na ljutnju. Naime, 41,9 % ispitanika u ovom istraživanju samo katkad odmah vrlo brzo reagira u situaciji ljutnje i bijesa, a 54,4 % ispitanika izjavljuje da svoje osjećaje uvijek ima pod kontrolom.

Novije teorije potvrđuju da osjećaji usmjeravaju misaone procese i motiviraju adaptivne ponašajne aktivnosti (136, 137). Prema ovom istraživanju u trenutcima ljutnje ili žalosti 42 % ispitanika lako oprašta onima koji su im izazvali ljutnju ili tugu, u čemu je vidljivo pokretanje kognitivne aktivnosti, odnosno otvorenost za svoje i tuđe emocije što je dokaz visokog stupnja emocionalne inteligencije. No, osobi koja ih je povrijedila 60,1 % zdravstvenih djelatnika ubuduće će prilaziti s povećanim oprezom. Odabirom pristupa s oprezom zdravstveni djelatnik kratkoročno štiti sebe jer ne želi biti povrijeđen u konfrontaciji s osobom koja ga je povrijedila. Dugoročno, za kvalitetnu suradnju potrebno je pozitivno utjecati na tuđe ponašanje. Najučinkovitija metoda utjecaja na tuđe ponašanje je suradnja s tom osobom (138). Odabir ponašanja dio je emocionalne pismenosti i znanja, odnosno fokus teorije izbora (138) koja će biti dugoročno djelotvorna za pojedinca i okolinu. Iz perspektive teorije izbora, Glasser napominje da je osoba koja je povrijedila drugu osobu u tom času odabrala ponašanje koje je smatrala najboljim pokušajem da zadovolji jednu ili više vlastitih psiholoških potreba. Pokušaj vlastitog zadovoljenja uvijek je u skladu sa znanjima i vještinama pojedinca, bez obzira na stvarnu djelotvornost (138, 139). Treningom zdravstveni djelatnici postaju kompetentni suradnjom utjecati na osobe kojima treba pomoć u cilju razvoja vještine djelotvornog zadovoljavanja potreba.

Među ispitanicima ovog istraživanja 67,8 % zdravstvenih djelatnika procjenjuje da se ne sjeća najbolje događaja uz koje ih vežu negativne emocije. U istraživanju Reić Ercegovac i suradnika, provedenom među školskim nastavnicima, prikazano je da je pamćenje negativnih emocionalnih doživljaja onemogućavalo nastavnike u primjeni jasnih i učinkovitih strategija suočavanja (140). Literatura upućuje da na ublažavanje stresa pozitivno djeluje primjena

strategija suočavanja usmjerenih na problem i traženje potpore od suradnika (140), a usredotočenost nastavnika na negativno emocionalno saturirane sadržaje čini ih nespremnima za upotrebu učinkovitih strategija suočavanja. Razlog nesjećanja događaja uz koje ih vežu negativne emocije kod visokog postotka ispitanika može se tražiti u adaptivnom modelu – zdravstveni djelatnici razvili su mehanizme suočavanja sa stresom kako bi izdržali preopterećenost poslom koji su, kako je ranije opisano, ocijenili izrazito stresnim.

#### **6.4. Razlike u pojedinim domenama i ukupnoj skali ERIK-a prema općim obilježjima ispitanika**

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da ni u jednoj domeni upitnika ERIK nema razlika u odnosu na spol, bračni status ni znanstveni stupanj ispitanika.

Statistički je značajno najmanje izražen ERIK kod medicinskih sestara/tehničara opće njege ( $p = 0,03$ ) u odnosu na liječnike i prvostupnice sestrištva, a nešto manje na magistre. Kako je ranije u tekstu opisano, ti rezultati mogu ići u prilog činjenici da medicinske sestre / medicinski tehničari opće njege ulaze u radni odnos na prijelazu iz adolescentske u ranu odraslu dob kad je još uvijek otežana asimilacija mogućih stresora kojima je osoba okružena u bolničkom zdravstvenom sustavu, a samim time i ERIK. Iz perspektive ERIK-a mogu se još definirati psihološki konstrukti poput emocionalnog rada i emocionalne disonance. Također, medicinske su sestre danas suočene s najkompleksnijim načinom obrazovanja u zdravstvu – na tri vertikalne razine. Kurikuli svih razina isprepleteni su s konačno nejasnim ishodima učenja, odnosno ciljevima obrazovanja. Te razlike u razvijenosti kompetencija još su manje jasne i vidljive u radu u bolničkim ustanovama gdje medicinske sestre svih razina najčešće rade iste poslove. Rezultati dobiveni upravo među medicinskim sestrama važni su za osvješćivanje potrebe za dodatnim programima treninga ERIK-a, pogotovo jer te osobe ulaze vrlo mlade u sustav rada te se emocionalno još dovoljno ne razvijaju do faze samoobrane i efikasnog sučeljavanja sa stresom. One prihvaćaju do tada naučene pristupe poslu, najčešće kroz emocionalni rad. Emocionalni rad podrazumijeva upravljanje osjećajima i služenje profesionalnim izrazima kako bi se ispunili emocionalni zahtjevi posla (141, 142). Točnije, od djelatnika se očekuje da regulira svoje emocije tijekom interakcije s bolesnicima, suradnicima i menadžerima. To uključuje analizu i donošenje odluka u smislu izražavanja emocija, bilo da se stvarno tako osjećaju ili ne, kao i njegovu suprotnost: potiskivanje emocija koje se proživljavaju, ali nisu izražene. To se čini kako bi se proizveo određeni osjećaj kod kupca ili klijenta koji će omogućiti tvrtki ili organizaciji da uspije (128). U istraživanju

Kovacs i suradnika medicinske su sestre izvijestile o manjim regulatornim zahtjevima na radnom mjestu koji su uključivali potrebe za osjetljivošću i suosjećanjem, ali većim regulacijskim problemima povezanim s emocionalnom disonancijom. Naime, ti rezultati naglašavaju razlike u emocionalnim reakcijama između sestara i liječnika. Iako su ukupni zahtjevi za emocionalnom regulacijom bili manji, medicinske su sestre smatrale da su češće bile u situaciji izražavanja lažnog osjećaja u određenim situacijama. Čini se da liječnički posao zahtijeva veću emocionalnu regulaciju, dok je stres na poslu medicinskih sestara uzrokovan više s emocionalnom disonancijom (128).

Utvrđeno je da emocionalna disonanca pozitivno korelira s poslovnim nezadovoljstvom i povećanjem namjere promjene posla (143). U literaturi je zadovoljstvo poslom jedan od najčešće ispitivanih ishoda o emocionalnom radu i usko je povezan s emocionalnom disonancijom (143).

Umijeće ERIK-a uči se s vremenom, iskustvom, rijetko treningom, pogotovo tijekom suočavanja s emocionalnim radom, pa zdravstveni djelatnik ulaže dodatni napor kako bi u nekoj interakciji manifestirao one emocije koje se očekuju od njega.

Istraživanja pokazuju da emocionalni rad trenutačno povećava efikasnost djelatnika na radnom mjestu, no ako je kroničan, on utječe na povećanje stresa, nastanak sindroma izgaranja i u konačnici smanjenog radnog zadovoljstva (26, 143). Slično spomenutom, rezultati ovog istraživanja prikazuju slabiju emocionalnu regulaciju upravo kod djelatnika koji su najviše rutinizirani u svom poslu, ali i njihovu interakciju s bolesnicima i obiteljima pa su reakcije snažne emocionalne disonance slabije kontrolirane.

Disciplina emocionalnog rada nužna je u radu s bolesnicima i pravilnom regulacijom emocija i emocionalnom inteligencijom uopće, takav rad ne dovodi do poslovne iscrpljenosti.

Zdravstveni djelatnici koji rade na odjelima veće izloženosti stresu (Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinika za psihijatriju, Onkologija i OHBP) imaju statistički značajno ( $p = 0,01$ ) manje izraženo pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja u odnosu na ispitanike s odjela manje izloženosti stresu kao i ukupnu skalu ERIK-a ( $p = 0,04$ ). Kako je već spomenuto, primjenom adaptivnog modela zdravstveni će se djelatnici lakše suočavati s težim emocionalnim zahtjevima i u konačnici biti emocionalno fleksibilniji (135). Time je potvrđena bolja adaptivna strategija regulacije emocija (npr. prihvaćanje, rješavanje problema, ponovna procjena) kod zdravstvenih djelatnika u zahtjevnijoj okolini. Adaptivna korisnost neke strategije može se proučavati kroz dva mehanizma. Prvo, koliko je pojedinac spreman mijenjati emocionalne reakcije u određenoj, često negativnoj situaciji i drugo, koje su posljedice odabrane emocionalne

reakcije. Primjena određene strategije ima različit učinak na trenutačne aspekte života pojedinca. Istraživanja pokazuju da neka socijalna obilježja i temperament pojedinca odlučuju koja će se strategija primijeniti, što najčešće uključuje želju pojedinca za dostizanjem cilja (144).

Tako se sposobnost odabira prikladne strategije reguliranja emocija, a koja je ujedno sukladna zahtjevima situacije, smatra ključnim faktorom uspješnog funkcioniranja pojedinca (56). Oni koji imaju višu razinu svijesti o mogućnostima razlikovanja svojih emocionalnih stanja, češće za regulaciju primjenjuju ponovnu procjenu misaonih procesa, što je u korelaciji s adaptivnijom regulacijom emocija (56). Opisani mehanizam objašnjava se u kontekstu Schwarzove teorije o osjećajima kao odvojenim informacijama koje pojedinac lakše razlikuje i posljedično adaptivnije reagira (145).

Zdravstveni djelatnici koji rade u turnusima imaju statistički značajno najmanje izražen efekt emocija ( $p = 0,03$ ) i raspoloženja u odnosu na one koji rade jednu, dvije i 24-satna dežurstva. Kako su zdravstveni djelatnici obuhvaćeni ovim testiranjem oni koji rade u turnusima pokazali i najveći stres od opasnosti i štetnosti na poslu, što je ranije opisano, može se pretpostaviti da su najizloženiji situacijama u kojima je potrebna regulirana emocionalna reakcija zbog potencijalno suosjećajnog zamora. Naime, oni su najviše izloženi radu s neizlječivim bolesnicima, odnosno smrću. Kad se uzme u obzir da su u najvećem postotku u turnusu medicinske sestre / medicinski tehničari opće njege (59 %), koji su u ovom istraživanju statistički značajno izrazili najlošiju kontrolu vlastitih emocionalnih reakcija, tada se dolazi do ponovne potvrde hipoteze da je stres na radnom mjestu značajno povezan sa sposobnošću ERIK-a. Rješenje za probleme ove vrste dodatna je edukacija djelatnika tijekom koje ih treba naučiti razumjeti te izražavati disonantne i suprimirane emocije kako one ne bi postale prediktor nastanka stresa. Kako je ranije u tekstu navedena važnost jasnoće osjećaja, kod djelatnika koji rade u turnusu i više su izloženi stresorima iz domene opasnosti i štetnosti na poslu, treniranje razumijevanja osjećaja prema bolesniku i empatije moglo bi poboljšati njihove emocionalne reakcije. „Pojam empatija konceptualiziran je kao osobna dimenzija svakog čovjeka u ponašanju, odnosno kao iskustvena emocija“ (146). Empatija se prepoznaje kao multidimenzionalni, multifazični koncept nužan za sve oblike pomoći. Koncept empatije nudi mnogo mogućnosti za razmatranje. Potrebno je izgrađivati empatiju koja će reflektirati bolesnikove potrebe i želje iz interpersonalnog odnosa s medicinskim sestrama i ostalim medicinskim osobljem (147). Čak i u okviru teorije zdravstvene njege o interpersonalnim odnosima teoretičarke H. Peplau, koncept empatije odabran je da bi se razjasnila potreba za empatiziranjem u sestrinskom odnosu s bolesnikom, a daljnja analiza koncepta dovodi do

razvoja discipline i sestrinskog promišljanja o involviranju empatije u praksu. U praksi hrvatskog zdravstvenog sustava, gdje je dominantan biomedicinski model koji se fokusira na zbrinjavanje akutnih problema bolesnika, sestra s pomoću definiranih atributa prepoznaje model za primjenu koncepta. Ona pristupa bolesniku poštujući sve komponente empatije, i to u kratkom vremenu kako bi brzo uspostavila dobru komunikaciju s bolesnikom (147). Da bismo lakše implementirali empatiju u praksu, potrebno ju je razgraničiti od eventualnih drugih koncepata, poput suosjećanja. Istraživač Bateson opisuje suosjećanje i sažaljenje kao alternativni termin empatiji, dok Gazda ističe različitosti između empatije i suosjećanja. Suosjećanje znači izražavanje samo pomagačkih emocija, dok u empatiji osoba koja pomaže bolesniku razumije što on osjeća. Povodeći se tim razmišljanjima, Szalita napominje da je empatija „stavljanje sebe u tuđe cipele” kako bi se lakše razumjele i proživjele emocionalne potrebe drugih (147).

Razumijevanje svojih, a tako i tuđih osjećaja, dovodi do efikasnije asimilacije stresnog događaja, kontrolirane reaktivnosti i posljedično većeg zadovoljstva u radu.

Kod ispitanih zdravstvenih djelatnika koji imaju djecu statistički je značajno ( $p = 0,01$ ) veće pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja, odnosno ukupna je skala statistički značajnija ( $p = 0,04$ ) u odnosu na ostala obilježja (dob, ukupni i radni staž na sadašnjem radnom mjestu). Znači da oni ispitanici koji imaju dvoje i više djece bolje pamte emocionalno saturirane sadržaje i ukupna im je skala ERIK-a veća. To se tumači tako da zdravstveni djelatnici, koji su većinom žene s djecom i rade u bolnici, doživljavaju dodatni stres koji lošije reguliraju, a brige iz svog privatnog života donose na radno mjesto što im dodatno utječe na razvoj stresa uvjetovanog radnim mjestom u kojem moraju isporučiti kvalitetnu zdravstvenu njegu. Obveze koje donosi život u obiteljima s djecom pridonose stalnoj ruminaciji često neugodnih događaja koji se zbivaju osobama s kojima smo emocionalno povezani, što posljedično pridonosi razvoju ukupnog stresa. Naime, svaki pojedinac emotivnije prihvaća i ugodna i neugodna iskustva članova obitelji nego suradnika na poslu. Iako mnoga istraživanja pokazuju da su obiteljski ljudi staloženiji, zadovoljniji i ukupno pod manjim stresom, zdravstveni djelatnici, a u ovom istraživanju to su uglavnom žene, saturirani privatnim stresnim okolnostima dolaze raditi u bolničko radno okružje gdje znatno lošije kontroliraju svoje emocije u stresnoj situaciji. Obitelj je jedna od ključnih varijabla koja pridonosi zadovoljstvu životom. Točnije, *Circumplex model* bračnog i obiteljskog sustava teoretičara Olsona predlaže teoretski i empirijski okvir za razumijevanje odnosa između roditeljskih veza i individualne dobrobiti (148). Prema tom modelu ocjenjuje se obiteljsko funkcioniranje trima ključnim dimenzijama:



kohezijom, fleksibilnošću i komunikacijom. Literatura potvrđuje da je emocionalna inteligencija bitan prediktor hedonističke i eudemonijske dobrobiti (149, 150). Metaanaliza koju je proveo Sánchez-Álvarez i suradnici (151) na ukupno 25 studija i na kombiniranom uzorku više od 8000 sudionika pruža dokaze značajnog pozitivnog odnosa između emocionalne inteligencije i zadovoljstva životom. Stoga se može zaključiti da zadovoljstvo životom i emocionalna inteligencija pozitivno i značajno koreliraju s kohezijom, fleksibilnošću, komunikacijom i zadovoljstvom u obitelji (152). Zdravstvenim je djelatnicima potrebno definirati jasne upute za izražavanje emocija, što već spada u domenu emocionalne kompetencije, odnosno pravilnog služenja lepezom emocija kao obranom od sagorijevanja na poslu. Da bi to mogli, zdravstvenim je djelatnicima potrebno organizirati različite treninge unaprjeđenja emocionalne inteligencije (pismenosti, znanja i kompetentnosti), upravljanja stresom (engl. *Stress management*), komunikacijskih sposobnosti, razvijanja empatije i u konačnici ERIK-a. Mogućnosti podučavanja (engl. *Coaching*) i mentoriranja pojedinaca na individualnoj razini također bi pomogli da prekorače ovu vrstu problema.

### **6.5. Povezanost stresa s emocionalnom regulacijom i kontrolom i utjecaj pojedinih čimbenika na jače doživljen stres**

Rezultati analiza stresora na radnom mjestu i sposobnosti ERIK-a ispitanika, upućuju na specifične povezanosti. Prikazano je da što je sposobnost ERIK-a manja, procijenjeni je stres zdravstvenih djelatnika veći. Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja ima značajan utjecaj u predikciji stresa u domenama organizacije radnog mjesta i financija, javne kritike i sudske tužbe, sukoba i komunikacija na poslu. Inhibicija, a nadalje i ruminacija stresnih emocionalnih događaja negativno utječe na kontrolu emocija pri ponovljenom stresnom događaju. Svakodnevni događaji u bolničkom okruženju, iako nisu opisani kao visokostresni, nakupljanjem, a bez kvalitetne asimilacije, mogu dovesti do pojačanog stresnog doživljaja. Ponovno doživljavanje emocionalnog stresnog doživljaja dovodi do iscrpljenosti i u konačnici do nezadovoljstva na radnom mjestu. Ukupno, u predikciji jače doživljenog stresa najveći utjecaj ima pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja (8,8 % promjene ukupno doživljenog stresa).

Nadalje, efekt emocija i raspoloženja, prema rezultatima ovog istraživanja, prediktor je nastanka stresa kod primjene novih tehnologija i informacija, kod nedostatka edukacije ili nedostupnosti literature te kad emocionalna iscrpljenost utječe na samoblokiranje profesionalnog rasta zdravstvenih djelatnika. Naime, prema Maslowljevoj hijerarhiji potreba

(153), poštovanje i samoaktualizacija pri samom su vrhu pa ako je prisutan negativni emocionalni efekt u svakodnevnom radu pojedinca, on neće imati emocionalne snage za postizanje novih profesionalnih ciljeva, kreativnosti u radu, za prihvaćanje novih činjenica ili donošenje novih problemskih rješenja. Nezadovoljstvo koči osobni profesionalni razvoj u području rada gdje u konačnici najviše trpi zadovoljstvo i kvaliteta skrbi za bolesnike. Empirijski dokazi potvrđuju da veće zadovoljstvo poslom može dovesti do manje fluktuacije bolničkih zaposlenika (83), što je također povezano s kvalitetnijom skrbi za bolesnike (154). Organizacijska kultura i mjere upravljanja igraju ključnu ulogu u oblikovanju načina na koji zdravstveni radnici s različitim profesionalnim vještinama rade zajedno. To bitno utječe na uspješnost rada bolnica (155, 156). U akreditacijskim standardima za bolničke ustanove koji se postavljaju kao zahtjev od strane vlasnika bolnica, ali i međunarodnih regulatornih asocijacija te javnosti, ključan standard naziva se upravljanje bolničkom zdravstvenom ustanovom (157). Neki su od zahtjeva pravna odgovornost, vođenje, pregled iskoristivosti resursa, sustav sigurnosti bolesnika, upravljanje rizicima te ljudskim resursima. Akreditacijski standardi polazište su kontinuiranog poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite orijentirane prema zdravstvenim djelatnicima i bolesnicima kao krajnjim korisnicima zdravstvene zaštite. Ispunjenje zahtjeva postignuto je samo ako je bolnica kompetentna za obavljanje navedenih poslova iz zahtjeva. Uvođenjem međunarodne akreditacije u europske i bliskoistočne bolnice započelo se s reorganizacijom dotadašnjeg modela upravljanja ljudskim resursima. To je stvorilo pretpostavku o važnosti usklađenosti osobe i organizacije (engl. *Person - Organisation Fit*). Dobar P - O fit može usmjeriti individualne napore prema očekivanjima organizacije, što se pokazalo istinitim u profesiji medicinskih sestara (158). Istraživač Hunt (159) vjeruje da podudarnost u vrijednostima između ponuđene podrške vodstva i očekivane podrške može motivirati medicinske sestre da rade više. Dobar P - O fit omogućuje osjećaj vlastite vrijednosti, stvara dobro radno okružje koje potiče radnu učinkovitost i organizacijsku predanost zaposlenika.

Provedena su opsežna istraživanja kako bi se procijenila sposobnost osobe za njezino radno okružje, kao što je posao, tim, organizacija i profesija (160). Već pri zapošljavanju, u procesu selekcije kandidata, valja imati na umu da se zaposle djelatnici koji imaju „pravilan“ odnos prema poslu i specifičnom radnom mjestu (osobe s adaptivnijom reakcijom i snažnijom emocionalnom regulacijom) te oni koji će svojim sposobnostima, znanjima i vještinama udovoljiti postavljenim zahtjevima radnog mjesta kako bi od početka smanjili predikciju nastanka stresa. Prema Kristofu (161) P - O fit možda je najvažniji za menadžere koji pokušavaju maksimizirati vrijednost ljudskog kapitala za organizaciju.

Schneiderova teorija privlačnosti – odabira – gubitka (engl. *Attraction - Selection - Attrition*, ASA) sugerira da ujednačenost vrijednosti utječe na privlačnost organizacije njezinim zaposlenicima (162). Većina postojećih empirijskih istraživanja usredotočena je na procjenu podudarnosti između zaposleničkih i organizacijskih vrijednosti (163).

Privlačnost bolničke ustanove u kojoj su usklađene vrijednosti vodstva i zaposlenika, koja gradi kvalitetu sigurnog radnog okružja, a time i sigurnosti bolesnika, ključna je za odabir liječenja od strane bolesnika, ali i atraktivna za ulaganja u profesionalnu izvrsnost od strane osiguravatelja i farmaceutske industrije. Profesionalna izvrsnost uključuje zadovoljnog djelatnika koji je dio inovativnog načina upravljanja usmjerenog preveniranju stresa na radnom mjestu i unapređenju emocionalne kompetentnosti. Hartmann i suradnici utvrdili su da je prevladavajuća hijerarhijska struktura u bolnicama štetna za sigurnost bolesnika (164). Istraživanja pokazuju da participativni pristup upravljanju može ublažiti nepovoljan učinak (165). Participativnim, inovativnim pristupom uvode se stvarne, dugoročno održive promjene u upravljanje. U takvu demokratskom pristupu u vođenju, gdje se ciljevi organizacije postižu suradnjom (participacijom) i koji karakterizira raspodjela odgovornosti, potrebno je stalno osnaživanje članova tima i podrška u grupnom donošenju odluka. U takvu kolektivu svi zdravstveni i nezdravstveni djelatnici pridonose cilju i dijele odgovornost za njegovo ostvarenje. Demokratski se pristup učinkovito primjenjuje u razvijenim timovima iskusnih i suradnički orijentiranih članova, što rezultira visokom učinkovitošću (166). Hijerarhijsko vođenje, metaforički – stroj, koji ima jasno definirane uloge i odnose u sustavu, uz dobro održavanje besprijekorno funkcionira. No, u stvarnosti takav model organizacije ograničava uspješnost u organizacijskim promjenama jer nije usklađen s kompleksnim odnosima u okružju današnjeg zdravstvenog sustava, čime pridonosi stvaranju stresa u radnom okružju i posljedično nezadovoljstvu zdravstvenih djelatnika. Rezultati ovog istraživanja odražavaju situaciju hijerarhijskog vođenja u bolničkom sustavu gdje ne postoji organizirana institucijska potpora ili treninzi usmjereni na jačanje emocionalne inteligencije, objektivizacije stresa i empatije radi razvoja sposobnosti ERIK-a, a time i profesionalne izvrsnosti i poboljšanja skrbi za bolesnike. U konačnici, potrebno je sagledati mogućnosti treninga ERIK-a kako bi se pospješila predikcija, a istodobno i prevencija stresnih doživljaja. Pristup kakav je primijenjen u ovom istraživanju čini važnu i neizostavnu komponentu u razvoju mehanizama preventivne institucijske potpore radnicima u cilju povećanja sposobnosti ERIK-a.

Zbog dugoročnog zanemarivanja zdravstvenih djelatnika u navedenim komponentama bolnički se sustavi sve više suočavaju s odljevom kvalitetnih liječnika i medicinskih sestara u

privatne zdravstvene ustanove ili sa situacijom da medicinske sestre odlaze iz bazične u druge više ili manje srodne profesije.

### **6.6. Daljnje mogućnosti istraživanja i šire implikacije**

U ovom presječnom istraživanju sudionici su bili zdravstveni djelatnici koji rade u neposrednoj skrbi za bolesnika, a zaposleni su u Kliničkom bolničkom centru Osijek u Hrvatskoj. Stoga uzorak nije dovoljno velik za generalizaciju rezultata svih zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama diljem Republike Hrvatske. Uбудućе treba planirati studiju s više ispitanika iz više kategorija bolničkih ustanova (općih i kliničkih centara), i to iz više hrvatskih regija. Prednost je ovog istraživanja što se uključio utjecaj svake čestice iz statistički značajnih domena upitnika o stresu na emocionalnu kontrolu i regulaciju zdravstvenih djelatnika. Također se uključio i doprinos, odnosno predikcija ERIK-a u nastanku stresa među zdravstvenim djelatnicima. Tako se pridonijelo višoj razini objektivnosti i boljem razumijevanju specifičnih stresora u bolničkom okružju. Ovi rezultati mogli bi pomoći bolničkom menadžmentu, ali i nacionalnoj zakonodavnoj i izvršnoj vlasti u razvoju i jačanju ljudskih resursa u zdravstvenom sustavu.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na korisnost i primjenjivost predikcije doživljaja stresnih događaja kod zdravstvenih djelatnika jer se može načiniti model predikcije koji bi se primjenjivao u dizajnu i reviziji treninga ERIK-a ili općenito individualiziranih programa institucijske potpore. Modelom predikcije može se koristiti bolnički menadžment, ali i stručnjaci radi stalnog promatranja i procjene stanja i eventualnih promjena među zdravstvenim djelatnicima. Također, može se na osnovi ovih rezultata osmisliti i testiranje kandidata pri zapošljavanju u bolničkim ustanovama. Rezultati takvih testiranja, s obzirom na sposobnost ERIK-a, dali bi uvid koliko je specifično radno mjesto pogodno za određenog zdravstvenog djelatnika čime bi se povećala kvaliteta skrbi za bolesnike jer bi zdravstveni djelatnici općenito bili pod manjim radnim stresom.

Ovaj će rad pridonijeti teorijskom i znanstvenom objašnjenju i dubljem razumijevanju sposobnosti ERIK-a zdravstvenih djelatnika pri utjecaju određenih stresora u hrvatskom kontekstu. U neposrednom procesu zdravstvene skrbi bolesnika u bolničkim ustanovama pravovremena i učinkovita emocionalna reakcija zdravstvenog djelatnika ključna je za kvalitetu isporuke skrbi. Iz rezultata ovog istraživanja voditelji timova mogu dobiti vrlo korisne podatke i na taj način planirati i prilagoditi strategije kadrovanja, edukacije i

profesionalne usmjerenosti pojedinog zdravstvenog djelatnika kao i druge metode podrške usmjerene smanjenju doživljavanja stresa na radnom mjestu. Također, buduće bi analize trebalo fokusirati na formiranje prediktorskih modela koji će detektirati doprinos koncepta povezanosti između sposobnosti ERIK-a i stresora na radnom mjestu, a u cilju razvoja prevencije emocionalne iscrpljenosti i sagorijevanja na poslu.

## 7. ZAKLJUČAK

Rezultatima ovog istraživanja potvrđena je postavljena hipoteza da su stresori na radnom mjestu povezani s emocionalnom regulacijom i kontrolom i doprinose razvoju sposobnosti ERIK zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama.

Naime, zdravstveni djelatnici koji imaju bolju sposobnost ERIK su bili pod manjim utjecajem stresora na radnom mjestu u odnosu na djelatnike koji su bili pod većim utjecajem stresora na radnom mjestu.

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti slijedeći zaključci:

- Postoje značajne povezanosti između stresora na radnom mjestu iz domena organizacija i financije, javna kritika i sudske tužbe, opasnosti i štetnosti na poslu, sukobi i komunikacija na poslu, profesionalni i intelektualni zahtjevi i svih domena skale ERIK.
- Kod zdravstvenih djelatnika koji rade na odjelima veće izloženosti stresu postoji veća sposobnost ERIK kao i pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja u odnosu na ispitanike s odjela manje izloženosti stresu. Primjenom adaptivnog modela zdravstveni djelatnici se lakše suočavaju s težim emocionalnim zahtjevima i konačnici su emocionalno fleksibilniji.
- Postoji značajno najmanje izražena regulacija i kontrola vlastitih emocionalnih reakcija kod medicinskih sestara/tehničara opće njege u odnosu na liječnike i prvostupnice sestrinstva i nešto manje na magistre.
- Zdravstveni djelatnici, većinom medicinske sestre/tehničari opće njege koji rade u turnusnom obliku rada imaju značajno najmanje izražen efekt emocija i raspoloženja u odnosu na one koji rade u ostalim oblicima radnog vremena. Oni su više izloženi situacijama potrebne regulirane emocionalne reakcije zbog potencijalno suosjećajnog zamora poput rada s neizlječivim bolesnicima odnosno smrti bolesnika.
- Postoji značajno bolje pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja kod zdravstvenih djelatnika koji imaju djecu u odnosu na ostala obilježja (dob, ukupni i radni staž na sadašnjem radnom mjestu). Zdravstveni djelatnici koji su većinom žene s djecom stresove iz svog privatnog života donose na radno mjesto što im dodatno utječe na razvoj stresa na radnom mjestu gdje moraju isporučiti kvalitetnu zdravstvenu njegu.

- Pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja i efekt emocija i raspoloženja značajno doprinose većoj pojavnosti stresnih čimbenika. Ponovno doživljavanje emocionalnog stresa dovodi do nezadovoljstva i iscrpljenosti zdravstvenih djelatnika što u konačnici negativno utječe na zadovoljstvo bolesnika i kvalitetu zdravstvene skrbi
- Rezultati ovog istraživanja ukazuju na potrebu uspostavljanja učinkovite i organizirane institucijske potpore usmjerene objektivizaciji stresa i jačanju emocionalne inteligencije i empatije zdravstvenih djelatnika.

## 8. SAŽETAK

**Cilj istraživanja:** Glavni je cilj doktorskog rada bio ispitati emocionalnu regulaciju i kontrolu (ERIK) i vrste stresora na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika u bolnici, utvrditi povezanost i utjecaj stresora na sposobnost ERIK-a. Cilj je bio utvrditi doprinos ERIK-a na razvoj stresa zdravstvenih djelatnika.

**Nacrt studije:** presječno istraživanje.

**Ispitanici i metode:** U istraživanje su bila uključena 203 zdravstvena djelatnika zaposlena u KBC Osijek na stacionarnim odjelima. Instrumenti ispitivanja bili su validirani standardizirani upitnici: upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika koji je uključivao i pitanja o općim obilježjima ispitanika te upitnik ERIK.

**Rezultati:** Skala doživljenog stresa i skala ERIK značajno su povezane u svim domenama osim u domeni smjenski rad koja nije značajno povezana s domenama pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja i efekt emocija i raspoloženja. Sve su veze pozitivne i slabe ( $Rho < 0,5$ ). Ukupna skala doživljenog stresa viša je ako je više ocijenjena i skala ERIK, odnosno, što je niži ERIK, to je više izražen doživljeni stres ( $Rho = 0,308$ ). Ispitanici koji su izloženiji stresu na radnom mjestu imaju značajno manje izraženo pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja ( $P = 0,01$ ) te ukupnu skalu ERIK ( $P = 0,04$ ). Ispitanici koji imaju jače izraženo pamćenje emocionalno saturiranih sadržaja imaju veću vjerojatnost (omjer izgleda 1,18 (95 %) s rasponom pouzdanosti od 1,07 do 1,30) za jače doživljeni stres. Model je u cijelosti statistički značajan i objašnjava 11,2 % varijance prisutnog jače doživljenog stresa i točno klasificira 72,4 % slučajeva. Rezultat regresijske analize prikazuje predikciju jače doživljenog stresa kod pamćenja emocionalno saturiranih sadržaja i kao model objašnjava 8,8 % promjene ukupno doživljenog stresa.

**Zaključak:** Rezultatima ovog istraživanja potvrđena je hipoteza da su stresori na radnom mjestu povezani s ERIK-om i pridonose razvoju sposobnosti ERIK-a kod zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama. Potvrđen je i doprinos sposobnosti ERIK-a na razvoj stresa među zdravstvenim djelatnicima. Naime, zdravstveni djelatnici koji su imali bolju sposobnost ERIK-a bili su pod manjim utjecajem stresora na radnom mjestu u odnosu na one pod većim utjecajem.

**Ključne riječi:** emocionalna regulacija, stresori na radnom mjestu, sustav psihološke potpore, emocionalni stres, institucijske obveze, zdravstveni djelatnici, kvaliteta zdravstvene skrbi.



## 9. SUMMARY

**Title:** The correlation between stressors in the workplace and the ability of emotional regulation and control in health professionals in hospitals

**Aim:** The main goal of the doctoral thesis is to examine emotional regulation and control (ERC), as well as types of stressors in the workplace of health workers, i.e. a medical institution, and to determine the correlation and impact of stressors on the ability of ERC. The aim is to determine the contribution of the ERC ability to the development of stress in healthcare workers.

**Design:** cross-sectional survey

**Participants and methods:** The research was based on the participation of 203 health workers employed at the University Hospital Center Osijek in Croatia, in inpatient departments. The research instruments were standardized validated questionnaires, i.e. the Questionnaire on stressors in the workplace of hospital health workers, and the Emotional Regulation and Control Questionnaire.

**Results:** The scale of experienced stress and the ERC scale are related significantly in all the domains, including the total scales, with the exception of the domain *Shift work*, which is not significantly related to the domain *Recollection of emotionally saturated memories*, nor the domain *Effect of emotions and mood*. All the correlations are positive and weak ( $Rho < 0.5$ ). The total scale of experienced stress is higher if the ERC scale is rated higher, that is, the lower the regulation and control, the more pronounced the experienced stress ( $Rho = 0.308$ ). Participants who are more exposed to stress in their workplace have significantly less recollection of emotionally saturated memories ( $P = 0.01$ ) and the overall ERaC scale ( $P = 0.04$ ). Participants who have a stronger recollection of emotionally saturated memories have a higher chance (odds ratio 1.18; 95% confidence interval 1.07 to 1.30) of experiencing stronger stress. The model is statistically significant in its entirety and explains 11.2% of the variance in the presence of stronger experienced stress, and accurately classifies 72.4% of the cases. The results of the regression analysis clearly show that the recollection of emotionally saturated memories is significant in the prediction of higher quantities of experienced stress among healthcare workers, and as a model, it accounts for 8.8% of the difference in the total experienced stress.

**Conclusion:** The results of this study confirmed the hypothesis that workplace stressors are related to ERC, as well as that they contribute to the development of the ability of ERC in the hospital's healthcare workers.

Healthcare workers who have a better ability of emotion regulation were less influenced by workplace stressors than the employees whose such ability is lower.

**Keywords:** emotion regulation, work-related stress, psychological support system, emotional stress, institutional obligations, healthcare professionals, quality of healthcare

**10. LITERATURA**

1. Lazarus RS, Folkman S. Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
2. Baum A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*. 1990;9:653–675.
3. Cooper GL, Dewe PJ, O’Driscoll MP. Organizational stress. A review and critique of theory, research, and applications. *Gender work & organization*. 2003; Vol.10:130–131.
4. Lazarus RS, Cohen JP. Stress and emotion: A new synthesis. New York: Springer; 1999.
5. Visceanu S. A theoretical approach to stress and self-efficacy. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013;78:556–561.
6. Lumsden DP. Is the concept of "stress" of any use, anymore? U: Randall D. In *Contributions to Primary Prevention in Mental Health: Working Papers*. Toronto: Natl. Off. Can. Mental Health Assoc.; 1981.
7. Havelka M, ur. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
8. Despot Lučanin J, Perković L, Pukljak Iričanin Z. Stres kao posljedica promjena na radnom mjestu. U: *Zbornik radova: Međunarodna konferencija Upravljanje promjenama u sestrinstvu*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2009. str. 77–82.
9. The World health report: fighting disease, fostering development/report of the Director-General. 1996. Dostupno na adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36848>. Datum pristupa 13. 11. 2022.
10. Knežević B. Stresori na radnom mjestu bolničkih liječnika u Hrvatskoj. *Liječničke novine*; 2010.
11. Milutović D, Grujić N, Jokić N. Identifikacija i analiza stresogenih faktora na radnom mestu medicinskih sestara – komparativna studija četiri klinička odeljenja. *Medicinski pregled*. 2009;15(1–2):68–73.
12. Jayaraman S, Chandran C. Quality of Work Life: A Stance from Nursing Professionals. *Inter-JourNursEduc*. 2010;2(1):15–21.
13. Svetlik I. Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. U: *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: FDV, 1998; 147–7.

14. Slavuj L. Prilog razumijevanju složenih faktora koji utječu na svakodnevnu kvalitetu života u susjedstvima Grada Rijeke. U: Akteri društvenih promjena u prostoru; transformacija prostora i kvalitete života u Hrvatskoj. Zagreb: Institut za društvena istraživanja; 2012. str. 217–35.
15. Böhnke P. Perceptions of social integration and exclusion in an enlarged Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission; 2004.
16. Allardt E. Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research, u: Nussbaum M, Sen A, urednici. The quality of life. Oxford: Clarendon Press; 1993. str. 88–95.
17. Rapley PM. Quality of Life Research: A Critical Introduction, London: Sage Publications Ltd; 2003.
18. Hudler M, Richter R. Cross-national Comparison of the Quality of Life in Europe: Inventory of Surveys and Methods. Social Indicators Research. 2002;58(1):217–228.
19. Nanjundeswaraswamy TS, Swamy DR. A literature review on Quality of work life and Leadership styles. International Journal of Engineering Research and Applications. 2012;2(3):1053–059.
20. Ugarković I. Kvaliteta radnog života medicinskih sestara/tehničara u republici Hrvatskoj. Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2022. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:458518>. Datum preuzimanja: 11. 11. 2022.
21. Sereym TT. Choosing a Robust Quality of Work Life. Business Forum. 2006;27(2):7–10.
22. Levine MF, Taylor JC, Davis LE. Defining quality of working life. Hum Relat. 1984;37(1):81–104.
23. Višnjic Junaković N. Izloženost stresu medicinskih sestara i tehničara na odjelu objedinjenog hitnog bolničkog prijema OB Šibenik. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2018. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:630229>. Datum preuzimanja: 10. 11. 2022.
24. Zakon o zaštiti na radu. Dostupno na adresi: <https://www.zakon.hr/z/167/Zakon-ozastitu-na-radu>. Datum pristupa: 11. 11. 2022.
25. Pravilnik o ispitivanju radnog okoliša. Dostupno na adresi: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016\\_02\\_16\\_457.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_02_16_457.html). Datum pristupa: 11. 11. 2022.

26. Munko T. Učinci radnog okoliša na ishode kvalitete zdravstvene njege. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:239753>.
27. Pavličević L, Bobić J. Stres na radu. U: Šarić M, Žuškin E, ur. *Medicina rada i okoliša*. Zagreb: Medicinska naklada; 2002. str. 530–37.
28. Europska agencija za sigurnost i zdravlje na radu. Dostupno na adresi: <http://osha.europa.eu>. Datum pristupa: 1. 11. 2022.
29. Froneberg B. National and international response to occupational hazards in the healthcare sector. *Ann NY Acad Sci*. 2006;1076:607–14.
30. Arapović M, Despot Lučanin J. Povezanost kvalitete života kod medicinskih sestara. *Klinička psihologija* 9. 2016;2:257–270.
31. Dušak M. Procjena emocionalne kompetencije i razine stresa kod medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*. 2012;8(31):72–83.
32. Knežević B, Golubić R, Milošević M, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnot*. 2009; 51(2):85–92.
33. Marlais M, Hudorović N. Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. *Sestrinski glasnik*. 2015;20:2–74.
34. Larsson G, Wilde-Larsson B. Stress measurement in less than one minute. Dostupno na adresi: <http://bookboon.com/en/textbooks>. Datum pristupa: 15. 11. 2022.
35. Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(7):875–889. Dostupno na adresi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002
36. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*. 2004;42(2):57–66.
37. Wakefield BJ, Blegen MA, Uden-Holman T, Vaughn T, Chrischilles E, Wakefield DS. Organizational culture, continuous quality improvement, and medication administration error reporting. *American Journal of Medical Quality*. 2001;16(4):128–134. Dostupno na adresi: 10.1177/106286060101600404.
38. Hudek-Knežević J, Krapić N, Rajter L. Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. *Psihologijske teme*. 2005;14(2): 41–54.

39. John OP, Srivastava S. The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: Pervin LA, John OP. Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford 1999. str. 102 –138.
40. Stranks J. Stress at Work: Management and Prevention. Burlington: Elsevier Butterworth-Heinemann; 2005.
41. Newth F. Business Models and Strategic Management: A new integration. Business Expert Press. 2012.
42. Payne S, Walker J. Psychology for nurses and the caring professions. Buckingham: Open University Press; 1996.
43. Usha R, Rout J, Rout K. Stress Management for Primary Health Care Professionals. New York: Kluwer Academic Publishers; 2002.
44. Poredoš D, Kovač M. Stres i mobbing na radnom mjestu. Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju. 2004;12:63–70.
45. Golz C, Peter KA, Hahn S. Technostress and Digital Competence Among Health Professionals in Swiss Psychiatric Hospitals: Cross-sectional Study. JMIR Ment Health. 2021;8:11.
46. Lučanin D. Mjere prevencije i sprečavanja štetnih posljedica stresa. Sigurnost. 2014;56:223–34.
47. Hudek-Knežević J, Kardum I. Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
48. Hobfoll S. The Psychology and Philosophy of Stress. U: Stress, Culture, and Community. New York: Plenum Press; 1998.
49. Manstead ASR, Fisher AH. Emotion regulation in full. Psychological Inquiry. 2000;3:188–191.
50. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. Clinical Psychology: Science and Practice. 1995;2:151–164.
51. Macuka I. Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. Psihologijske teme. 2012;21(1):61–82.
52. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. Child Development. 2004;75:317–333.

53. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*. 2007;16:361–388.
54. Tull MT, Barrett HM, McMillan HS, Roemer L. A Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*. 2007;38:303–313.
55. Takšić V. Skala emocionalne regulacije i kontrole (ERIK): provjera faktorske strukture. *Psihologijske teme*. 2003;12:43–54.
56. Lisec A. Uloga intenziteta neugodnih emocija u objašnjavanju odnosa emocionalne diferencijacije i strategija emocionalne regulacije. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2019. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:996826>. Datum preuzimanja: 12. 11. 2022.
57. Roger D, Najarin B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*. 1989;10(8):845–27.
58. Lock CF, Bishop GD. Emotion control, stress, and health. *Psychology and health*. 1999;14:813–27.
59. Karniol R, Ross M. The motivational impact of temporal focus: Thinking about the future and the past. U: Spence JT, Darley JM, Foss DJ. *Annual review of psychology*. 1996;593–620.
60. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press; 1992.
61. Krolo T. *Emocionalna inteligencija i vještine prezentiranja*. Zagreb: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet; 2021. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:516904>. Datum preuzimanja: 5. 11. 2022.
62. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422. Medline:11148311. Dostupno na adresi: [10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397).
63. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. 2nd revised edition. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1993.
64. Lukić IK, Sambunjak I. Vrste istraživanja. U: Marušić M, urednik. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 6. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2019. str. 43–6.
65. Taylor GJ. The alexithymia constructs conceptualization, validation, and relationship with the basic dimension of personality. Rad prezentiran na International Congress of Alexithymia. University of Pavia, Italia; 1992.

66. Lovrić R, Milutinović D, Žvanut B. Psychometric evaluation and cross-cultural adaptation of the Croatian version of Nursing student perceptions of dishonesty scale. *Journal of Professional Nursing*. 2020;36:432–442.
67. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* 9. izd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
68. Fisher JA. Expanding the frame of “voluntariness” in informed consent: Structural coercion and the power of social and economic context. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2013;23(4):355–379.
69. Milošević M, Golubić R, Mustajbegović J, Knežević B, Juras K, Bubaš M. Validacija upitnika o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. *Sigurnost*. 2009;51(2):7584.
70. Elo AL, Leppanen A, Lindstrom K. *Occupational Stress Questionnaire: User’s instruction*. Helsinki: Finnish Institute for Occupational Health; 1992.
71. Knežević B, Milošević M, Golubić R, Belošević Lj, Matec, L, Mustajbegović J. Work-related stress and gender differences among Croatian hospital physicians. *Budapest Meeting Abstract: Cell Stress Society International* 2007;464–465.
72. Knežević B, Milošević M, Mustajbegović J, Belošević Lj. Stesori na radnom mjestu izvanbolničkih i bolničkih liječnika. 15. Dani psihologije. Zadar; 2006.
73. Milošević M, Knežević B, Golubić R, Mustajbegović J, Matec L, Debeljak M. Differences in stress perceptions between physicians in surgical and non-surgical specialties, *Budapest Meeting Abstract, 2007. Cell Stress Chaperones online* 12. Budapest: Cell Stress Society International. 2007; 466.
74. Milošević M. Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti. *Doktorska disertacija*. Medicinski fakultet. 2010.
75. Takšić V. Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Neobjavljena doktorska disertacija. *Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*. 1998.
76. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. John Wiley & Sons, Inc. 2012.
77. Armitage P, Perry G. *Statistical methods in medical research*. Wiley-Blackwell. 2001
78. *Zdravstveno-statistički ljetopis*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2019.
79. Vulić-Prtorić A. Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. *Suvremena psihologija*. 2002;2:271–293



80. Inderbitzen HM, Walters KS, Bukowski AL. The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998;26:338–348.
81. Last CG, Beidel DC. Anxiety. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins; 1991.
82. Wang H, Kaili YL, Zhang M, Du M, Huang H, Yue X. Healthcare workers' stress when caring for COVID-19 patients: An altruistic perspective. *Nursing Ethics*. 2020;27:1490–1500.
83. Atif K, Khan HU, Maqbool S. Job satisfaction among doctors, a multi-faceted subject studied at a tertiary care hospital in Lahore. *Pak. J. Med. Sci*. 2015;31:610–614.
84. Odonkor ST, Adams S. Predictors of stress and associated factors among healthcare workers in Western Ghana: *Heliyon*. 2021; 7: e07223.
85. Dijkhoorn AF, Brom L, Van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJH, Healthcare Professionals' Work-Related Stress in Palliative Care: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021;62:3
86. García-Tudela A, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Caravaca JM, Fortea MI, Simón-Sánchez L, Rodríguez González-Moro MT, Rodríguez González-Moro JM, Jiménez-Rodríguez D, Gallego-Gómez JI. Stress in Emergency Healthcare Professionals: The Stress Factors and Manifestations Scale. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19:4342.
87. Takšić V, Mohoric T, Munjas R. Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. *Društvena istraživanja*. Zagreb; 2006;729–752.
88. Lee EK, Kim JS. Nursing stress factors affecting turnover intention among hospital nurses *Int J Nurs Pract*. 2020;26:e12819. Dostupno na: <https://doi.org/10.1111/ijn.12819>. Datum preuzimanja: 11. 11. 2022.
89. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*. 2013;1:169–176.
90. Rickard G, Lenthall S, Dollard M, Opie T, Knight S, Dunn S, Brewster-Webb D. Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*. 2012;19:211–221.

91. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Dostupno na adresi: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_06\\_61\\_1374.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_06_61_1374.html). Datum preuzimanja: 11. 11. 2022.
92. Peter KA, Hahn S, Schols JM, Halfens RJ. Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals - A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2020;29:3064–3081.
93. Sadati AK et al. The paradigm model of the distorted doctor-patient relationship in Southern Iran: a grounded theory study. *J Med Ethics Hist Med*. 2016;9:2.
94. Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: from authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):275–281.
95. Lee K et al. Dr. Google Is Here to Stay but Health Care Professionals Are Still Valued: An Analysis of Health Care Consumers' Internet Navigation Support Preferences. *J Med Internet Res*. 2017;19:1.
96. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education Couns*. 2000;39(1):49–59.
97. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968;42(5):855–71.
98. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25(1):25–36. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor–patient communication and patient satisfaction. *Fam Pract*. 1998;15(5):480–92.
99. Baker D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med* 2007; Jul 23;167(14):1503–1509.
100. Manning DM, Dickens C. Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2006 Dec;15(5):448–452.
101. Australian Bureau of Statistics. ABS. Canberra (Australia); 2006. 4228.0 – Adult literacy and life skills survey, summary results, Australia; 2006.
102. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy. USA: NCES; 2006.

103. Knežević B. Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2010. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/483894>. Datum pristupa: 5. 11. 2022.
104. Tuna R, Baykal Ü. The relationship between job stress and burnout levels of oncology nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2014; 1:1.
105. Isikhan V, Comez T, Danis MZ. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2004;8:234–44.
106. Baykal U, Seren S, Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2009;13:368–75.
107. Onan N, Işıl O. Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerde stres, tükenmişlik ve başa çıkma: Literatür gözden geçirme (Coping, stress and burnout of nurses in the oncology department: Literature review). *Maltepe University Magazine of Science and Art of Nursing, Special Edition of The Syposium Journal of Nursing Science and Art Maltepe Univ*. 2010;1:264–71.
108. Onan NG, Buzlu S. Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları (Challenges faced by nurses caring for cancer patients in their terminal period and their manner of coping with them). *Hemşirelik Forumu (Nursing Forum)*. 2007:104–9.
109. Balicer RD, Omer SB, Barnett DJ, et al. Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*. 2006;6(1):99–100.
110. Wong TY, Koh GC, Cheong SK, et al. A cross-sectional study of primary-care physicians in Singapore on their concerns and preparedness for an avian influenza outbreak. *Ann Acad Med Singapore*. 2008;37(6):458–464.
111. Wang H, i sur. Healthcare workers' stress when caring for COVID-19 patients: An altruistic perspective. *Nursing Ethics*. 2020;27:1490–1500.
112. Pliško V. Neke općenite spoznaje o stresu i strategijama suočavanja. U: *Psihološki aspekti nezaposlenosti, zbornik radova XII. ljetne psihologijske škole, Silba*; 2002.
113. Quick JC, Murphy LR, Jr Hurrell JJ. ur. *Stress and Well-Being at Work*. American Psychological Association. Washington;1992.
114. Seago JA. *Professional Communication Chapter 32, Professional Communication, Patient Safety, and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

115. Dickason R i sur. Working hours and overtime: insights from the perspective of affects. *Management & Avenir Santé*. Management Prospective Ed.2021/1; (N° 8).
116. Bakota S. Emocionalna inteligencija i liderstvo. Osijek: Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2015. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffos:15/preview>. Datum pristupa: 20. 06. 2022.
117. Latten T. i sur. Pharmaceutical companies and healthcare providers: Going beyond the gift. – An explorative review. *PLOS ONE*. 2018; Feb.
118. Bodenheimer T. Uneasy alliance. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1539–44. Dostupno na adresi: 10.1056/NEJM200005183422024.
119. Tasker J, Wiseman R, Bolton P, Tipper S. Collaborating to manage polypharmacy. *Aust Health Rev*. 2001;24(3):80–90.
120. Mehralizadeh S, Dehdashti A, Motalebi Kashani M. Structural equation model of interactions between risk factors and work-related musculoskeletal complaints among Iranian hospital nurses. *Work*. 2017;57:137–146.
121. O’Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *NursEthics*. 2015;22:32–42. Dostupno na adresi: 10.1177/0969733013513216.
122. Zhou H, Gong YH. Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *J Nurs Manag*. 2015;23:96–106. Dostupno na adresi: 10.1111/jonm.12094.
123. La Torre G, Sestili C, Mannocci A, et al. Association between Work-Related Stress and Health-Related Quality of Life: The Impact of Socio-Demographic Variables. A Cross-Sectional Study in a Region of Central Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:159.
124. Sandvik E, i sur. Motivation and Emotion. The Opponent Process Theory and Affective Reactions. 1985; 9:4.
125. Masumoto K, i sur. Age and Gender Differences in Relationships Among Emotion Regulation, Mood, and Mental Health. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2016;2:1–8.
126. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Z Psychosom Med Psychother*. 2005;51(2):163–78.
127. Grubić M, Sedmak M. Profesionalni stres liječnika u jedinicama intenzivnog liječenja novorođenčadi *Paediatr Croat*. 2018;62 (Supl 1):1–3

128. Kovacs M, Kovacs E, Hegedus K. Emotion Work, and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croat Med J.* 2010;51:432–42.
129. Kharatzadeh H, Alavi M, Mohammadi A, Visentin D, Cleary M. Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nurs Health Sci.* 2020;22:445–453.
130. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence?. U: Salovey P, Sluyter D, ur. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.* New York: Basic Books; 1997;3–31.
131. Riggio RE. *Manual for the Social skills inventory.* Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1989.
132. Mayer JD, Gaschke YN. The experience and meta-experience of mood. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1988;55:102–111.
133. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence?. U: Salovey P, Sluyter D, ur. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.* New York: Basic Books; 1997. str. 3–31.
134. Mayer JD, Stevens AA. An emerging understanding of the reflective (meta-) experience of mood. *Journal of Research in Personality.* 1994;28:351–373.
135. Takšić V. Teorijsko ishodište i modeli emocionalne inteligencije. U: Glasje; 2001. str.1–21.
136. Svirčić Gotovac A, Zlatar J. Akteri društvenih promjena u prostoru; transformacija prostora i kvalitete života u Hrvatskoj. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu; 2012.
137. Strongman KT. *The Psychology of Emotion.* New York: John Willey & Sons; 1987.
138. Glasser, W. *Teorija izbora.* Zagreb: Alinea; 2000.
139. Zečirević E. Teorije pomaganja u penalnom sustavu. *Andragoški glasnik.* 2013;17:49–63.
140. Reić Ercegovac I, Koludrović M, Jukić T. Emocionalna kompetentnost i stres u nastavničkim zanimanjima. *Zb. rad. Filoz. fak. u Splitu.* 2010;2:85–96.
141. Hochschild AR. *The managed heart: commercialization of human feeling.* Berkeley: University of California Press; 1983.
142. Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology.* 2000;5:59–100.

143. Dal Santo L. i sur. Emotional Dissonance and Job Satisfaction: The Moderating Role of Organisational Commitment and Task Significance. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2013;4:13.
144. Lažić B. Sličnost u strategijama emocionalne regulacije i njihovi efekti na zadovoljstvo vezom ljubavnih parova. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet; 2018. Dostupno na adresi: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:440252>. Datum preuzimanja: 12. 11. 2022.
145. Schwarz N. Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. U: Higgins ET, Sorrentino R, ur. *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*. New York: Guilford; 1990. str. 527–561.
146. Mackay RC, Hughes JR, Carver J. *Empathy in the Helping Relationship*. New York: Springer; 1990.
147. Kadović M. Teorija neugodnih simptoma i koncept empatije. U: *Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi, zbornik radova studenata*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2012. str. 16–27.
148. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther*. 2000;22(2):144–167. Dostupno na adresi:10.1111/1467-6427.00144.
149. Mayer J, Roberts R, Barsade SG. Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:507–536. Dostupno na adresi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093646.
150. Extremera N, Ruiz-Aranda D, Pineda-Galán C, Salguero JM. Emotional intelligence and its relation with hedonic and eudaimonic well-being: a prospective study. *Pers Individ Differ*. 2011;51(1):11–16. Dostupno na adresi:10.1016/j.paid.2011.02.029.
151. Sánchez-Álvarez N, Extremera N, Fernández-Berrocal P. The relation between emotional intelligence and subjective well-being: a meta-analytic investigation. *J Posit Psychol*. 2016;11(3):276–285. Dostupno na adresi: 10.1080/17439760.2015.1058968.
152. Szcześniak M, Tułeczka M. Family Functioning and Life Satisfaction: The Mediatory Role of Emotional Intelligence. *Psychology Research and Behavior Management*. 2020;13:223–232.
- 153.
154. Boamah SA, Read EA, Spence Laschinger HK. Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: A time-lagged study. *J. Adv. Nurs*. 2016;73:1182–1195.

155. Day DV, Bedeian AG. Predicting job performance across organizations: the interaction of work orientation and psychological climate. *J. Manag.* 1991;17:589–600.
156. West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Qual. Health Care.* 2001;10:40–48.
157. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove. Dostupno na: [https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019\\_09\\_92\\_1825.html](https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_09_92_1825.html). Datum pristupa: 8. 11. 2022.
158. Risman KL, Erickson RJ, Diefendor JM. The impact of person-organization fit on nurse job satisfaction and patient care quality. *Appl. Nurs. Res.* 2016;31:121–125.
159. Hunt D. Does value congruence between nurses and supervisors affect job satisfaction and turnover?. *J. Nurs. Manag.* 2014;22:572–582.
160. Kristof-Brown AL, Zimmerman RD, Johnson EC. Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person–job, person–organization, person–group, and person–supervisor fit. *Pers. Psychol.* 2005;58:281–342.
161. Kristof AL. Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Pers. Psychol.* 1996;49:1–49.
162. Schneider B. The people make the place. *Pers. Psychol.* 1987;40:437–453.
163. Chen X. Job Satisfaction and Hospital Performance Rated by Physicians in China: A Moderated Mediation Analysis on the Role of Income and Person–Organization Fit. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17:5846.
164. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Zhao S, Shokeen P, Singer S, Gaba DM. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the veteran's health administration. *Med. Care Res. Rev.* 2009;66:320–338.
165. Liu C, Bartram T, Casimir G, Leggat SG. The link between participation in management decision-making and quality of patient care as perceived by Chinese doctors. *Public Manag. Rev.* 2014;17:1425–1443.
166. Gastil J. A Definition and Illustration of Democratic Leadership. *Human Relations.* 1994;47:8.

## 11. ŽIVOTOPIS

### Podatci o doktorandu

Ime i prezime: Marija Kadović

Datum i mjesto rođenja: 11. 6. 1978., Zagreb

Zvanje: magistra sestrinstva (mag. med. techn.), sveučilišna magistra managementa kvalitete u zdravstvu (MScQH)

Matični broj studenta: 70120535

Adresa: Josipa Seissla 2, 10 000 Zagreb

E-pošta: mkadovic@yahoo.com

### Obrazovanje

2012. – danas Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku – poslijediplomski studij Biomedicina i zdravstvo

2015. – 2016. Međunarodno sveučilište DIU Libertas – poslijediplomski studij Menadžment kvalitete u zdravstvu

2010. – 2012. Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku – diplomski studij sestrinstva

2004. – 2005. Zdravstveno veleučilište Zagreb – preddiplomski studij sestrinstva (razlika)

1996. – 2001. Zdravstveno veleučilište Zagreb – preddiplomski studij sestrinstva

1992. – 1996. Srednja škola za medicinske sestre, Vinogradska, Zagreb

### Radno iskustvo

2019. – danas – generalni menadžer za Hrvatsku, Baxter Healthcare d.o.o., Zagreb

2018. – 2019. – menadžer za razvoj terapija, voditelj odjela dijalize, Agmar d.o.o., Zagreb

2017. – 2018. – rukovoditeljica poslovnog i edukacijskog centra, KB „Merkur“, Zagreb

2014. – 2017. – pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – glavna sestra bolnice, KB „Merkur“, Zagreb



2014. – 2016. – Ministarstvo zdravlja, posebna savjetnica ministra za sestrinstvo – Chief nurse officer (CNO), Zagreb
2013. – 2014. – pomoćnica ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor, KB „Sveti Duh”, Zagreb
2011. – 2013. – rukovoditeljica Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete, KB „Sveti Duh”, Zagreb
2009. – 2011. – glavna sestra Odjela abdominalne kirurgije i Centra za transplantaciju, Klinika za kirurgiju, KB „Mercur”, Zagreb
2006. – 2009. – prvostupnica na Zavodu za nefrologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KB „Mercur”, Zagreb
2005. – 2006. – prvostupnica u jedinici za intenzivno liječenje Klinike za kirurgiju, KB „Mercur”, Zagreb
2000. – 2005. – prvostupnica sestrinstva u koronarnoj jedinici Klinike za unutarnje bolesti, KB „Mercur”, Zagreb
1999. – 2000. – pripravnik na Odjelu hematologije, Klinika za unutarnje bolesti, KB „Mercur”, Zagreb

### **Profesionalne nastavne, stručne i znanstvene aktivnosti**

#### **Popis radova**

1. Kadović M. i sur. Sestrinske dijagnoze 3; priručnik za medicinske sestre. Hrvatska komora medicinskih sestara. 2015.
2. Kadović M. i sur. Sestrinske dijagnoze 2; priručnik za medicinske sestre. Hrvatska komora medicinskih sestara. 2013.
3. Varga S, Matijević R, Kadović M, Pavić N. Ključni indikatori uspješnosti (KPI) i indikatori kvalitete u zdravstvu. U: Drakulić V, Sokol V, Đukanović Lj. i sur. Zdravstvena djelatnost i priprema sustava zdravstvene zaštite za pristupanje Hrvatske Europskoj uniji. Zagreb: TEB; 2012. str. 64–67.

4. Kadović M. Teorija neugodnih simptoma i koncept empatije. Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi, zbornik radova studenata. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2012. str. 16–27.

### Sažetci radova

1. Kadović M. Upravljanje timom na visokorizičnim radilištima. U knjizi sažetaka 2. Satelitskog simpozija radioloških tehnologa i medicinskih sestara u interventnoj radiologiji. Šibenik, 25. – 28. 5. 2017.
2. Kadović M. Održivost zdravstvenog sustava kroz sustav kvalitete. U knjizi sažetaka 16. Konferencije medicinskih sestara i tehničara Zdravstvenog veleučilišta: Povezivanje obrazovanja i najbolje prakse. Opatija, 20. – 21. 3. 2017.
3. Kadović M. Comparison of Perception Possibilities of Implementing EBP Among Doctors and Nurses in Croatia. U knjizi sažetaka: 36th Annual International nursing & Midwifery research & Education Conference. Royal college of surgeons Dublin, 1. – 2. 3. 2017.
4. Kadović M. Kako postići ravnotežu u životu?. U knjizi sažetaka 1. Kongresa Društva za transplantaciju HUMS-a: Sestrinstvo u procesu transplantacije solidnih organa. Zagreb, 2. – 3. 12. 2016.
5. Kadović M. Sestrinski management u transplantacijskom centru. U knjizi sažetaka 1. Kongresa Društva za transplantaciju HUMS-a: Sestrinstvo u procesu transplantacije solidnih organa. Zagreb, 2. – 3. 12. 2016.
6. Kadović M. Primjer dobre prakse: Upravljanje budžetom za zdravstvenu njegu u KB Merkur”. U knjizi sažetaka 6. Konferencije društva za kvalitetu: Kvaliteta zdravstvene skrbi – kontinuitet ili promjena?. Zagreb, 17. lipnja 2016.
7. Kadović M. Poslovno-privatni balans medicinske sestre. U knjizi sažetaka 8. Dana Marie Tomšić: Kvaliteta u zdravstvenom sustavu. Novo Mesto, Slovenia, 21. – 22. 1. 2016.
8. Kadović M. Matijević S. Bournout – sagorijevanje medicinskih sestara u transplantaciji. U knjiga sažetaka 1. Konferencije medicinskih sestara u transplantaciji „KB Merkur“. Zagreb, prosinac 2015.
9. Kadović M. „Trebaju li sestre trenirati liderstvo?. U knjizi sažetaka 5. kongresa medicinskih sestara: Sestrinstvo bez granica. Opatija, listopad 2015.
10. Kadović M. Leadership u sestrinstvu. U knjizi sažetaka 2. Konferencije medicinskih sestara „KB Merkur“: Sinergija sigurnosti pacijenata i kontrole infekcija u upravljanju rizicima. Zagreb, lipanj 2015.

11. Kadović M. Kultura sigurnosti. U knjizi sažetaka 1. Konferencije medicinskih sestara „KB Merkur“: Sinergija sigurnosti pacijenata i kontrole infekcija u upravljanju rizicima. Zagreb, listopad 2014.
12. Kadović M. Bol – indikator kvalitete. U knjizi sažetaka 5. Kongresa Društva za bol. Varaždin, listopad 2014.
13. Kadović M. Comparative differences in perception of postoperative pain between patients and nurses. U zborniku sažetaka STTI research congress Hong Kong; 2014.
14. Kadović M. Utjecaj stručnih društva na osobno bendiranje. U zborniku sažetaka Međunarodnog kongresa psihijatrijskog društva HUMS-a: Bendiranje i management u zdravstvu. Brijuni, 2014.
15. Kadović M. Work – life balance for nurses. U zborniku sažetaka kongresa Empatija – esencija sestrinstva. Marija Bistrica, 2013.
16. Kadović M. Mjerenje, praćenje i analiza u zdravstvenoj njezi. U zborniku sažetaka kongresa Thorax 2013., Zagreb, 2013.
17. Kadović M. In-hospital falls admission. U: Neurol Croat – sažeci 4. Kongresa iz neurorehabilitacije i restauracijske neurologije. Osijek; Vol.62, Suppl. 1, 2013.
18. Kadović M, Matijašić-Bodalec D. Empathy for the elderly. U zborniku predavanja s recenzijom 2. Znanstvene konference z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved; Slovenj Gradec, 2012.
19. Kadović M, Brajnić T, Đureš M, Tomac M. Rapid response system. U zborniku sažetaka 5. Međunarodnog kongresa HDMSARIST-a. Zagreb, 2012.
20. Kadović M, Hegeduš Matetić M. Moldable Technology: Aspects of nursing care in improving quality of life of patients. U zborniku sažetaka 11th ECET-a (Europien Council Enterostomal Therapists). Bologna, 2011.
21. Kadović M. Hipertenzija kod transplantiranog bolesnika. U zborniku sažetaka 3. Međunarodnog kongresa HDMSARIST-a. Zagreb, 2010.
22. Kadović M. Edukacija bolesnika s trajnim i privremenim elektrostimulatorom. U zborniku sažetaka 2. Hrvatskog simpozija Društva za hipertenziju. Zagreb, 2009.

**Članstvo u znanstvenim, stručnim društvima i radnim skupinama**

2015. – danas – predavačica na specijalističkom poslijediplomskom studiju Menadžment u zdravstvu (LMHS); modul: Medicinska praksa zasnovana na dokazima - Upravljanje kvalitetom i akreditacija bolnica, MEF Zagreb
2012. – danas – predavačica na diplomskom studiju sestrinstva; modul: Teorija odgoja i obrazovanja, MEF Zagreb
2011. – 2017. – asistentica na Medicinskom fakultetu u Osijeku u naslovnom zvanju predavač na preddiplomskom studiju sestrinstva, Pregrada
2014. – 2017. – član Nacionalnog povjerenstva za kvalitetu Ministarstva zdravlja
2011. – 2016. – dopredsjednica Društva za kvalitetu pri HUMS-u
2014. – 2019. – predsjednica Stručnog vijeća HKMS-a
2012. – 2014. – voditeljica projekta „Preuzimanje pacijenta“ Društva za kvalitetu HUMS-a
2014. – 2016. – RT advisor na projektu u sklopu prijelaznog instrumenta „edukacija mentora za medicinske sestre i primalje“ Ministarstva zdravlja
2017. – 2020. – Uredništvo znanstvenog sestrinskog časopisa „Croatian journal of nursing“
2013. – 2021. – Uredništvo časopisa „Plavi Fokus“, HKMS
2011. – 2014. – utemeljiteljica i glavna urednica časopisa medicinskih sestara/tehničara „Moj Glas“, KB „Sveti Duh“
2010. – 2012. – član radne skupine za razvoj strukovnih kvalifikacija – standardi zanimanja za srednju medicinsku školu u organizaciji Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Agencije za strukovno obrazovanje

## 12. PRILOZI

- 12.1. Prilog 1 - Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih ,  
djelatnika
- 12.2. Prilog 2 - Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK)
- 12.3. Prilog 3 - Obavijest za ispitanike o istraživanju
- 12.4. Prilog 4 - Izjava o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje  
u istraživanju
- 12.5. Prilog 5 - Zaključak Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih  
sestara/tehničara KBC Osijek o provođenju istraživanja
- 12.6. Prilog 6 - Korišteni normativni akti

## Prilog 12.1. Upitnik o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika

## UPITNIK O STRESORIMA NA RADNOM MJESTU BOLNIČKIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Br. \_\_\_\_\_

U suradnji s Vama željeli bismo procijeniti čimbenike stresa na Vašem radnom mjestu. Stoga Vas molimo, pažljivo ispunite formular i odgovorite na SVAKO pitanje, ne izostavljajući ih. Na pitanja odgovarajte zaokruživanjem broja ponuđenog odgovora koji najbolje opisuje Vaše mišljenje ili upisivanjem Vašeg odgovora na predviđeno mjesto. Sve informacije su povjerljive i bit će upotrijebljene samo u svrhu zaštite zdravlja na radu. Vaši odgovori bit će korišteni kako bi se ustvrdila potreba za potporom i poboljšavanjem Vaših radnih uvjeta. Zahvaljujemo.

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

## OPĆI PODACI

SPOL  
muški ..... 1  
ženski ..... 2

DOB \_\_\_\_ godina

BRAČNO STANJE  
neoženjen / neudana ..... 1  
oženjen / udana ..... 2  
vanbračna zajednica ..... 3  
rastavljen/a ..... 4  
razveden/a ..... 5  
udovac / udovica ..... 6

BROJ DJECE \_\_\_\_\_

STRUČNI STUPANJ  
liječnik bez specijalizacije ..... 1  
liječnik na specijalizaciji ..... 2  
kojoj? \_\_\_\_\_

liječnik specijalist ..... 3  
čega? \_\_\_\_\_

primarius ..... 4  
\_\_\_\_\_

ZNANSTVENI STUPANJ  
mr.sc. .... 1  
dr.sc. .... 2  
doc.dr.sc./znanstv. suradnik ..... 3  
izvanredni prof.dr.sc./viši znanstv.suradnik ..... 4  
prof.dr.sc./znanstveni savjetnik ..... 5

## RADNO MJESTO

- BOLNICA, \_\_\_\_\_ ODJEL
- KLINIKA, \_\_\_\_\_ ODJEL
- ORDINACIJA
- FAKULTET \_\_\_\_\_
- ZNANSVENA USTANOVA \_\_\_\_\_
- DRUGO (NAVESTI ŠTO?) \_\_\_\_\_

DUŽINA RADNOG STAŽA \_\_\_\_\_

DUŽINA RADNOG STAŽA NA SADAŠNJEM RADNOM MJESTU \_\_\_\_\_

## RADNO VRIJEME :

- SAMO U JUTARNOJ SMJENI
- SAMO U POPODNEVNOJ SMJENI
- SAMO U NOĆNOJ SMJENI
- U DVIJE SMJENE (JUTARNA, POPODNEVNA)
- U TRI SMJENE (JUTARNA, POPODNEVNA, NOĆNA)
- JUTARNA SMJENA + DEŽURSTVO (24 SATA)
- DRUGO (NAVESTI ŠTO?) \_\_\_\_\_

## RADIM:

- U TIMU
- SAMOSTALNO
- \_\_\_\_\_

JESTE LI ZAPOSLENI NA NEODREĐENO VRIJEME?

DA NE

MOLIMO VAS DA POMOĆU SLJEDEĆE SKALE  
PREPOZNATE I OCIJENITE ČIMBENIKE STRESA NA  
SVOM RADNOM MJESTU.

NE 1 2 3 4 5 DA  
nije uopće \_\_ rijetko \_\_ ponekad \_\_ stresno \_\_ izrazito  
stresno da/ne stresno

Pretpostavite da neki čimbenik, koji izaziva naivši stres koji ste doživjeli na svom radnom mjestu, ima vrijednost 5 bodova, a čimbenik koji ne uzrokuje uopće stres vrijedi 1 bod.

Koliko bodova biste dali sljedećim čimbenicima na svom radnom mjestu?

- Preopterećenost poslom:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5
- Loša organizacija posla:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5
- Prekovremeni rad:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5
- Smjenski rad:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

OKRENI

- NE 1 2 3 4 5 DA  
nije uopće rjetko ponekad stresno izrazito  
stresno daljne stresno
5. Noćni rad:  
1 2 3 4 5
6. Dežurstva (24 sata):  
1 2 3 4 5
7. Pritisak vremenskih rokova za izvršenje  
zadataka:  
1 2 3 4 5
8. Vremensko ograničenje za pregled pacijenata:  
1 2 3 4 5
9. Uvođenje novih tehnologija:  
1 2 3 4 5
10. "Bombardiranje" novim informacijama iz  
struke:  
1 2 3 4 5
11. Nedostatak odgovarajuće trajne edukacije:  
1 2 3 4 5
12. Nedostupnost potrebne literature  
1 2 3 4 5
13. Neadekvatna materijalna sredstva za rad  
(financijska ograničenja):  
1 2 3 4 5
14. Neadekvatan radni prostor:  
1 2 3 4 5
15. Neadekvatna osobna primanja:  
1 2 3 4 5
16. Oskudna komunikacija s nadređenima:  
1 2 3 4 5
17. Oskudna komunikacija s kolegama:  
1 2 3 4 5
18. Mala mogućnost napredovanja i promaknuća:  
1 2 3 4 5
19. Administrativni poslovi  
1 2 3 4 5
20. Nedostatan broj djelatnika  
1 2 3 4 5
21. Svakodnevne nepredviđene ili neplanirane  
situacije:  
1 2 3 4 5
22. Sukobi s nadređenim  
1 2 3 4 5
23. Sukobi s kolegama  
1 2 3 4 5
24. 24. Sukobi s drugim suradnicima (med. sestre,  
činovnici i dr.)  
1 2 3 4 5
25. 25. Sukobi s bolesnikom ili članovima obitelji:  
1 2 3 4 5
26. 26. Izloženost neprimjerenj javnoj kritici  
1 2 3 4 5
27. Prijetnja sudske tužbe i pamićenja:  
1 2 3 4 5
28. Nemogućnost odvajanja profesionalnog i  
privatnog života:  
1 2 3 4 5
29. 24-satna odgovornost:  
1 2 3 4 5
30. Neadekvatna očekivanja od strane bolesnika i  
obitelji:  
1 2 3 4 5
31. Pogrešno informiranje bolesnika od strane  
medija i drugih izvora:  
1 2 3 4 5
32. Suočavanje s neizlječivim bolesnicima:  
1 2 3 4 5
33. Strah od izloženosti ionizacijskom zračenju:  
1 2 3 4 5
34. Strah zbog izloženosti inhalacionim  
anesteticima:  
1 2 3 4 5
35. Strah zbog izloženosti citostaticima:  
1 2 3 4 5
36. Strah zbog mogućnosti zaraze od oboljelih:  
1 2 3 4 5
37. Strah zbog mogućnosti ozljede oštrim  
predmetom:  
1 2 3 4 5
- Navedite i druge stresore kojima ste izloženi a  
koji nisu prethodno spomenuti:**
38. \_\_\_\_\_  
1 2 3 4 5
39. \_\_\_\_\_  
1 2 3 4 5
40. \_\_\_\_\_  
1 2 3 4 5

Zahvaljujemo na suradnji!

**Prilog 12.2. Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (ERIK)****UPITNIK EMOCIONALNE REGULACIJE I KONTROLE –  
UERK**

**Autor: prof. dr. sc. Vladimir Takšić, Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Rijeci**

Ovo nije test kojim ispitujemo Vaše znanje i zato ne možete dati pogrešan odgovor. Zanima nas kako se obično osjećate i kako razmišljate. Na postavljena pitanja odgovarajte po prvom dojmu i nemojte previše razmišljati o njima.

Odgovarati ćete koliko se ponuđene tvrdnje **odnose na Vas** i to zaokruživanjem jednoga od brojeva koji imaju sljedeće značenje:

- 1 – uopće NE
- 2 – uglavnom NE
- 3 – kako kada
- 4 – uglavnom DA
- 5 – u potpunosti DA

Tvrdnja	Procjena				
1. Dobro pamtim situacije u kojima sam bio ljut.	1	2	3	4	5
2. Kada me netko naljuti, odmah i vrlo burno reagiram.	1	2	3	4	5
3. Kada me strah nečega ili nekoga, obično ne mogu reći ništa pametno.	1	2	3	4	5
4. Kada mi se nešto loše dogodi, osjećam se kao da su mi „sve lađe potonule“.	1	2	3	4	5
5. Kada sam lošeg raspoloženja, primjećujem uglavnom loše stvari.	1	2	3	4	5
6. Kada sam lošeg raspoloženja, problem mi je riješiti čak i jednostavan zadatak.	1	2	3	4	5
7. Kada se jako razbjesnim, kao da mi „padne mrak na oči“.	1	2	3	4	5
8. Kada se jako uživim u raspravu, ponekad imam osjećaj da sam u svemu u pravu.	1	2	3	4	5
9. Kada se razljutim, slabo primjećujem događaje oko sebe.	1	2	3	4	5
10. Kada sam lošeg raspoloženja, čak mi se i mali problem čini nesavladiv.	1	2	3	4	5
11. Kada sam lošeg raspoloženja, sitne popravke u kući radije ću obaviti drugi put.	1	2	3	4	5
12. Moji su osjećaji ponekad izvan moje kontrole.	1	2	3	4	5
13. Najbolje se sjećam događaja uz koje me vežu negativne emocije.	1	2	3	4	5
14. Ne zaboravljam lako ljudima koji su me naljutili ili rastužili.	1	2	3	4	5
15. Osobi koja me povrijedila ubuduće prilazim s povećanim oprezom.	1	2	3	4	5
16. Ozbiljno počnem raditi tek kad mi ostane malo vremena za obavljanje posla.	1	2	3	4	5
17. Posebno dobro se sjećam trenutaka u kojima sam bio žalostan.	1	2	3	4	5
18. Raspoloženje mi snažno utječe na razmišljanje.	1	2	3	4	5
19. Teško zaboravljam stvari koje su me uzrujale.	1	2	3	4	5
20. U bijesu i ljutnji izvičem se i na onoga koji mi nije ništa skrivio.	1	2	3	4	5



**Prilog 12.3. Obavijest za ispitanike o istraživanju****OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU**

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju za izradu doktorske disertacije predloženog naslova „**Povezanost stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama**“. Ovo istraživanje provodi Marija Kadović, studentica poslijediplomskog studija Biomedicina i zdravstvo.

Kao istraživač dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja. Molim Vas pročitajte ovu obavijest u cijelosti.

**SVRHA ISTRAŽIVANJA:**

Svrha je ovog istraživanja dobiti uvid u emocionalnu kontrolu i vrstu stresora na radnom mjestu zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama te utvrditi povezanost i doprinos utjecaja stresora sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole na radnom mjestu u bolničkim ustanovama.

**OPIS ISTRAŽIVANJA:**

U neposrednom procesu zdravstvene skrbi bolesnika u bolničkim ustanovama pravovremena i učinkovita emocionalna reakcija zdravstvenog djelatnika ključna je za kvalitetu isporuke skrbi. Utvrđivanjem povezanosti specifičnih stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika, voditelji timova mogu dobiti vrlo korisne podatke i na taj način planirati i prilagoditi strategije kadrovanja, edukacije i profesionalne usmjerenosti pojedinog zdravstvenog djelatnika i druge suportivne metode usmjerene smanjenju doživljavanja stresora na radnom mjestu.

Upravo je doprinos ovog istraživanja dokazivanje koncepta povezanosti sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole i stresora na radnom mjestu, za razvoj prevencije emocionalne iscrpljenosti ili sagorijevanja na poslu.

**Hvala na Vašim odgovorima!**

**Prilog 12.4. Izjava o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju**

**IZJAVA O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVIJEŠTENOG  
ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU**

Pročitao/pročitala sam obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sudjelovanja u istraživanju „**Povezanost stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama**“ koje provodi Marija Kadović, studentica poslijediplomskog studija Biomedicina i zdravstvo.

Razumijem da će podaci o mojoj procjeni bez mojih identifikacijskih podataka biti dostupni voditelju istraživanja, Etičkom povjerenstvu Medicinskog fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku kako bi analizirali, provjeravali ili umnožavali podatke koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Razumijem da se bilo kada mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica na moj rad u bolničkoj ustanovi. O ovoj odluci dužan sam obavijestiti voditelja istraživanja.

Također razumijem da ću vraćanjem ispunjenog upitnika pošiljatelju pristati biti suglasan/suglasna pridržavati se uputa istraživača.

Razumijem da ne moram ovu izjavu nigdje potpisati kako bi moja anonimnost ostala potpuna.

## Prilog 12.5. Zaključak Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara/tehničara KBC Osijek o provođenju istraživanja



**Klinički bolnički centar Osijek**  
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja  
medicinskih sestara-tehničara  
za zdravstvenu njegu

Broj: R1-4960-4/2022.  
Osijek, 14.04.2022.

Temeljem točke III Odluke o imenovanju Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek na svojoj 12. sjednici održanoj 14.04.2022. godine pod točkom 4 dnevnog reda donijelo je slijedeći:

### ZAKLJUČAK

Temeljem uvida u zamolbu s priloženom dokumentacijom koju je ovom Povjerenstvu predala Marija Kadović, studentica sveučilišnog poslijediplomskog doktorskog studija Biomedicina i zdravstvo Medicinskog fakulteta Osijek, a u svrhu provođenja istraživanja vezanog uz izradu doktorske disertacije pod nazivom: „Povezanost stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama”, mentor doc.dr.sc. Štefica Mikšić, mag.med.techn/ komentor prof.dr.sc. Ivica Mihaljević, dr. med. Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara KBC Osijek izražava mišljenje, na svojoj 12. sjednici održanoj dana 14.04.2022. godine zaključilo je:

- ✓ Da studentica Marija Kadović kao istraživač, posjeduje odgovarajuće stručne i znanstvene kompetencije za korektnu i uspješnu realizaciju predloženog istraživanja;
- ✓ Da predloženo istraživanje može rezultirati novim znanstvenim/stručnim spoznajama u tome području;
- ✓ Da su plan rada i metode istraživanja u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su plan rada i metode istraživanja, ukupan broj, odabir, uključivanje, obaviještenost i suglasnost ispitanika/zakonskih zastupnika, u skladu s etičkim i znanstvenim standardima;
- ✓ Da su predvidivi rizici i opasnosti u odnosu prema pretpostavljenoj znanstvenoj koristi, osmišljeni uz najmanje moguće izlaganje riziku i/ili opasnosti po zdravlje istraživača, suradnika u istraživanju i opće populacije, u skladu s temeljnim etičkim principima i ljudskim pravima u biomedicinskim istraživanjima u području medicine i zdravstva, uključujući standarde korištenja i postupka s humanim biološkim materijalom u znanstvenim i stručnim biomedicinskim istraživanjima.

Temeljem gore navedenog, Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara izražava mišljenje:



**Klinički bolnički centar Osijek**  
Povjerenstvo za etička i staleška pitanja  
medicinskih sestara-tehničara  
za zdravstvenu njegu

**Da su tema i predloženo istraživanje za koje je zamolbu predala pristupnica Marija Kadović u svrhu provođenja istraživanja vezanog uz izradu doktorske disertacije, multidisciplinarno etički prihvatljivi, s napomenom da za svako eventualno odstupanje od najavljenog istraživanja „Povezanost stresora na radnom mjestu i sposobnosti emocionalne regulacije i kontrole zdravstvenih djelatnika u bolničkim ustanovama” kao istraživač mora promptno obavijestiti i ponovno zatražiti mišljenje i suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara Kliničkog bolničkog centra Osijek.**

Predsjednica Povjerenstva za etička i staleška pitanja  
medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu:  
Nikolina Farčić, mag. med. techn.

*Nikolina Farčić*

O tome obavijest:

1. Predlagatelj Marija Kadović putem elektroničke pošte
2. Pismohrana Povjerenstvo za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara

## Prilog 12.6. Korišteni normativni akti

1. Zakon o zaštiti na radu (NN 96/2018) i Pravilnik o ispitivanju radnog okoliša (NN 16/2016) propisuju da je „poslodavac dužan u propisanim rokovima obavljati ispitivanja fizikalnih, kemijskih i bioloških čimbenika. Ispitivanjem pojedinih parametara radnog okoliša utvrđuje se jesu li nalazi ispitivanja u granicama utvrđenim zakonskim propisima i normama koje se odnose na pojedina područja“.
2. NACIONALNI PROGRAM ZAŠTITE ZDRAVLJA I SIGURNOSTI NA RADU OSOBA ZAPOSLENIH U DJELATNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE za razdoblje 2015. – 2020. opisuje da „osim rizika od infekcija, zaposleni u djelatnosti zdravstvene zaštite mogu biti izloženi i opasnosti od 19 ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja. Pri tome je važno, uz opće mjere zaštite, poduzimati i mjere osobne zaštite i kontrole osobne izloženosti odnosno praćenja zdravstvenog stanja izloženih djelatnika kako bi se na vrijeme spriječile promjene u zdravstvenom stanju. Ove osobe zaposlene u djelatnosti zdravstvene zaštite podliježu obaveznim zdravstvenim pregledima koji su rokovima i sadržajem određeni posebnim pravilnicima. Jedna od mjera prevencije je i redovito servisiranje i zamjena dijelova uređaja jer oni mogu biti uzrok pojačanom štetnom djelovanju na zdravlje. Uz navedene rizike djelatnici i pacijenti mogu biti izloženi opasnosti od štetnog djelovanja citotoksičnih lijekova i to zdravstveni djelatnici prilikom pripreme i aplikacije lijeka, a pacijenti prilikom dobivanja terapije nestručnim rukovanjem ili pripremom citotoksične terapije. Citotoksična se terapija u Republici Hrvatskoj u većini slučajeva priprema na odjelima bez nadzora stručne osobe (magistra farmacije) što dovodi u opasnost i osobe koje pripremaju terapiju i same pacijente, a upitna je i kvaliteta i ispravnost pripravljenog lijeka. Potrebno je osigurati odgovarajući prostor, opremu za prijem, čuvanje, pripremu, izdavanje i transport citotoksičnog lijeka, odnosno terapije. Također, potrebno je osigurati stručnu pripremu od strane magistara farmacije i farmaceutske tehničara, odgovarajuće mjere sigurnosti za djelatnike i za pacijente, odnosno sve uključene u rukovanje s citotoksičnim lijekovima, zbrinjavanje izlučevina pacijenta koji je na terapiji citotoksičnim lijekovima, zbrinjavanje citotoksičnog otpada te odrediti standardne operativne postupke za neželjene slučajeve (primjerice prolijevanje lijeka, curenje lijeka pri aplikaciji, razbijanje spremnika i dr.)”.