

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Simona Milković

**USPOREDBA PRISUTNOSTI
SINDROMA SAGORIJEVANJA
MEDICINSKIH SESTARA U
PATRONAŽNOJ ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI I ZDRAVSTVENOJ NJEZI U
KUĆI NA PODRUČJU GRADA OSIJEKA**

Završni rad

Osijek, 2016.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Simona Milković

**USPOREDBA PRISUTNOSTI
SINDROMA SAGORIJEVANJA
MEDICINSKIH SESTARA U
PATRONAŽNOJ ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI I ZDRAVSTVENOJ NJEZI U
KUĆI NA PODRUČJU GRADA OSIJEKA**

Završni rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren u Domu zdravlja Osijek, Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Jadranka Plužarić“, Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Spomenka Kurina“ i u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Terica Breber“.

Mentor rada: prof. dr. sc. Radivoje Radić

Rad ima 34 lista i 6 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Radivoju Radiću na korisnim savjetima tijekom izrade završnog rada.

Također, zahvaljujem mag. med. techn. Jadranki Plužarić na susretljivosti i pomoći, kao i svim medicinskim sestrama i tehničarima Doma zdravlja Osijek, Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Jadranka Plužarić“, Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Spomenka Kurina“ i Ustanove za zdravstvenu njegu u kući „Terica Breber“.

Posebnu zahvalu dugujem svojoj obitelji i prijateljima koji su mi sve godine obrazovanja bili velika podrška.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Profesionalni stres..... | 1 |
| 1.1.1. Izvori profesionalnog stresa | 2 |
| 1.2. Definicije sindroma sagorijevanja | 4 |
| 1.3. Faze sindroma sagorijevanja..... | 5 |
| 1.4. Utjecaj sindroma sagorijevanja na organizam..... | 6 |
| 1.4.1. Sindrom sagorijevanja i depresija | 7 |
| 1.4.2. Sindrom sagorijevanja i stres | 7 |
| 1.5. Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara..... | 8 |
| 1.6. Sestrinstvo u zajednici | 9 |
| 1.6.1. Patronažna zdravstvena zaštita..... | 10 |
| 1.6.2. Zdravstvena njega u kući..... | 11 |
| 1.7. Prevencija sindroma sagorijevanja | 12 |
| 2. CILJ RADA..... | 15 |
| 3. ISPITANICI I METODE | 16 |
| 4. REZULTATI..... | 18 |
| 5. RASPRAVA..... | 24 |
| 6. ZAKLJUČAK | 27 |
| 7. SAŽETAK..... | 28 |
| 8. SUMMARY | 29 |
| 9. LITERATURA..... | 30 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 33 |
| 11. PRILOZI | 34 |

1. UVOD

Profesionalno sagorijevanje iliti izgaranje na poslu (engl. burnout) fenomen je koji se počeo istraživati 70-ih godina prošlog stoljeća, kada su klinički psiholozi počeli objavljivati prve radove i istraživanja o posljedicama dugotrajnog profesionalnog stresa (1). Neusklađenost između zahtjeva vezanih uz posao i okoline, odnosno nemogućnosti da se tim zahtjevima udovolji dovode do profesionalnog stresa. Jedan od njegovih krajnjih negativnih ishoda je sagorijevanje na poslu, koje se najšire može shvatiti kao proces koji dovodi do potpune profesionalne iscrpljenosti i u konačnici može rezultirati apatijom (2). Odnedavno, sindrom sagorijevanja smatra se javnozdravstvenim problemom. Prevlast sagorijevanja nije štetna samo za pojedinca – radnika, već i za organizaciju jer smanjuje produktivnost, a time i utječe na kvalitetu pružene usluge (3). Zdravstvena struka s obzirom na veliku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju svrstana je u visoko stresne profesije. Slijedom navedenoga, može se reći da su zdravstveni radnici u svom svakodnevnom radu, kao i postavljanju i ostvarivanju dugoročnih profesionalnih ciljeva, izloženi različitim i složenim zahtjevima posla, koji mogu postati izvori njihovog stresa i utjecati na radno i životno zadovoljstvo.

Sam pojam „burnout“ engleskog je porijekla, a doslovan je prijevod: spaliti, uništiti ili izgorjeti. U hrvatskom se jeziku „sagorjeti“ definira kao biti uništen vatrom, izgorjeti; prema prenesenom značenju: propasti od naprezanja, napornog rada, silne želje ili teške bolesti. Pojam „izgaranje“ definira se kao psihički stresna reakcija koja se razvija kod osoba izloženih velikim radnim zahtjevima (4).

1.1. Profesionalni stres

Stres se definira kao sklop emocionalnih, tjelesnih i bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kada osoba procijeni neki događaj uznemirujućim, odnosno kao sklop psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor koji pred osobu postavlja zahtjeve kojima ne može udovoljiti. Pritom je stresor ili izvor stresa vanjski događaj ili niz događaja koje osoba procjenjuje ugrožavajućima, a stres unutrašnje stanje ili doživljaj (5). Stanje stresa na poslu može se definirati kao niz, za pojedinca, štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu s njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama (6). Naglasak novijih konceptualizacija je na interakciji osoba – okolina. Autori Marina i Dean Ajduković profesionalni stres označavaju kao nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima

udovoljimo (7). Upravo taj nesklad dovodi do sindroma sagorijevanja, jedne od najnepovoljnijih posljedica dugotrajne izloženosti profesionalnom stresu.

1.1.1. Izvori profesionalnog stresa

Izvori profesionalnog stresa se mogu podijeliti u dvije skupine. Prvu skupinu čine tzv. unutarnji izvori koji su vezani uz osobine pomagača, njegovu strukturu ličnosti te sustav vrijednosti. Očituju se kao nerealna očekivanja od posla i od sebe koja nadilaze radni realitet, potreba za stalnom i potpunom kontrolom situacije, pretjerana upornost, strogoća, tvrdoglavost u postizanju cilja, pretjerana vezanost za posao i osjećaji pojedinca da snosi svu odgovornost. Pojedinaac se identificira s poslom u tolikoj mjeri da on postaje glavni ili jedini sadržaj i smisao života. Drugu skupinu čine vanjski faktori, tj. oni izvan osobe pomagača. Oni se dalje mogu svrstati na one koji su povezani s radnim uvjetima, one koji ovise o organizaciji rada te one koji proizlaze iz načina komunikacije u organizaciji, kao na primjer: vremenski pritisak rokova, nejasno definirane uloge, nejasna podjela odgovornosti, postojanje privilegija, pomanjkanje povratnih informacija, emocionalno iscrpljivanje, loša psihosocijalna klima organizacije (7).

Iz istih izvora (unutarnjih i vanjskih) potječu i antistresori, tj. činitelji koji mogu ublažiti stres i prekinuti proces "burnouta" u bilo kojoj fazi. U načelu, uzroci profesionalnog stresa i "burnouta", odnosno činitelji koji tome pridonose obuhvaćaju sve ono što pomagača čini nesigurnim i nezadovoljnim. Dakle, sagorijevanju na poslu može pridonijeti sve od manjkavog stručnog znanja, preko loših odnosa sa suradnicima i propusta u organizaciji do zbivanja na širem društvenom planu (8).

Prema Gordani Fučkar postoji nekoliko mogućih izvora profesionalnog stresa i sindroma sagorijevanja kao njegove posljedice.

1. Osobine pomagača: mladi pomagači više ili manje opravdano, osjećaju nedovoljnu stručnost te se na neki način boje klijenata i njihovih problema. Većina pomagača vremenom stekne određenu sigurnost, premda promjena problematike ili novosti u struci mogu trajno podržavati i obnavljati osjećaj nestručnosti. Pomagačima je teško prihvatiti postojeća ograničenja profesionalne prakse. Opterećuje ih osjećaj odgovornosti prema drugim ljudima i čest dojam nedovoljnog učinka. Suočeni su s raskorakom između onoga što znaju da bi za klijenta trebalo učiniti i onoga što za klijenta čine. Nekada ih ograničava njihovo znanje i vještine, nekada sustav u kojemu moraju raditi, a nekada klijent koji zapravo ne želi pomoć. Pomagačima je ponekad problem praktično razlikovati identifikaciju s klijentom

(poistovjećivanje) od kognitivne empatije (razumijevanje situacije s klijentovog aspekta). Neki ljudi, nazivani „radoholičarima“, pretjerano su vezani za svoj posao kao što su skloni privatni i društveni život potpuno zamijeniti poslom; dobrim dijelom iz uvjerenja da drugi to ne bi dobro napravili jer osjećaju da nose svu odgovornost za posao (9).

2. Klijenti: za pomagače, klijenti su najveći izvor zadovoljstva, ali i frustracija. Kada se klijent žali i prigovara to pogađa najosjetljiviju pomagačevu točku; stručnost. Izgaranju na poslu uvelike pridonose slaba motivacija, nespremnost na suradnju i niske sposobnosti klijenata. Mnogi pomagači ulaze u posao uvjereni kako će s lakoćom moći riješiti probleme svih klijenata, a onda se suoče sa činjenicom postojanja puno problema bez zadovoljavajućeg rješenja ili s malim izgledima za uspješno rješavanje.

3. Uvjeti rada: neprikladan i neopremljen prostor, neodgovarajući mikroklimatski uvjeti i stalna izloženost klijentima, osim što pridonose neposrednom nezadovoljstvu, smanjuju učinkovitost i onemogućavaju pomagačima pružanje pomoći i one kvalitete, koju smatraju primjerenom.

4. Organizacija: loša organizacija rada očituje se prekomjernom i neujednačenom opterećenošću pojedinih pomagača, pomanjkanjem dnevnih i tjednih odmora, nejasno definiranom podjelom poslova te nerazmjernom odgovornošću. Zbog loše organizacije pomagač rasipa vrijeme i energiju, koju bi mogao i trebao uložiti u izravan rad s klijentima. Pomanjkanje supervizije također pridonosi izgaranju. Naime, kroz različite oblike supervizije pomagač dobiva povratnu informaciju o primjerenosti svojih postupaka te povećava svoje znanje i osjećaj sigurnosti u vlastitu stručnost.

5. Psihosocijalna klima: psihosocijalna klima i uzajamni odnosi obilježeni rivalitetom, nepovjerenjem, sumnjičavošću, pomanjkanjem povratne informacije, sputavanjem samostalnosti i kreativnosti, nesigurnošću i natjecateljskim odnosom, pridonijet će sindromu izgaranja na poslu jer silna se energija mora ulagati u „preživljavanje“ unutar tako neprijateljskog radnog okruženja. Sve to, praćeno je pomanjkanjem duha zajedništva, predanosti timu i organizaciji te nedjelotvornim sustavom formalne i neformalne stručne i socijalne podrške. Autokratsko, strogo i središnje upravljanje obilježeno nemogućnošću iznošenja mišljenja i utjecaja na odluke u suprotnosti je s prirodom pomagačkog posla, koji zahtijeva demokratičnost, samostalnost, poticaj i kreativnost. Dakle, postoji mnoštvo osobnih i situacijskih činitelja koji mogu biti izvor frustracija na poslu. Ako sve to dugo traje i prelazi mogućnosti pomagača za prilagodbu, pridonosi procesu sagorijevanja na poslu (8).

1.2. Definicije sindroma sagorijevanja

Termin „sagorijevanja na poslu“ (eng. burnout) prvi je uveo psiholog Herbert Freudenberger (1974.) koji sagorijevanje definira kao stanje preopterećenosti ili frustracije izazvane prevelikom privrženosti i odanosti nekom cilju. Autor opisuje sagorijevanje kao negativno psihološko stanje vezano uz posao, a koje obuhvaća čitav niz simptoma, kao što su tjelesni umor, emocionalna iscrpljenost i gubitak motivacije (2). Dvije godine nakon definiranja pojma sindroma sagorijevanja (1976.), Christina Maslach sagorijevanje definira kao višedimenzionalni sindrom stresa koji se sastoji od mentalnog umora (emocionalna iscrpljenost) i negativne percepcije te osjećaja naspram klijenata i pacijenata (depersonalizacija). Nešto kasnije, uvodi i treću komponentu sagorijevanja koja se odnosi na osjećaj smanjenog osobnog postignuća. Emocionalna iscrpljenost odnosi se na osjećaj emocionalne „rastegnutosti“ i iscrpljenosti zbog kontakta s drugim ljudima. Kada se emocionalne rezerve iscrpe, čovjek više nije sposoban davati se drugima (9). Depersonalizacija se odnosi na bezosjećajan ravnodušan odnos prema korisnicima. Ovaj negativan stav može prerasti u grubo, neosjetljivo ili čak neprilagođeno ponašanje prema njima (dehumanizacija) ili povlačenje od njih (10). Smanjeno osobno postignuće odnosi se na opadanje osjećaja kompetencije i uspješnog postignuća u radu s ljudima, što može dovesti do ekstremnog osjećaja neadekvatnosti, neuspjeha, gubitka samopoštovanja, pa čak i depresije (9).

Ubrzo nakon prvih radova, raste interes za koncept sagorijevanja te se pojavljuje niz autora koji su pokušali dati svoju definiciju ovog sindroma. Edelwich i Brodsky (1980.) sagorijevanje definiraju kao progresivni gubitak ideala, energije, ciljeva i interesa koji su rezultat uvjeta na poslu (11). Perlman i Hartman (1982.) definiraju sagorijevanje kao odgovor na kronični emocionalni stres koji ima tri dimenzije: emocionalnu i/ili fizičku iscrpljenost, nisku radnu produktivnost i depersonalizaciju (12). Sturgess i Poulsen (1983.) definiraju sindrom sagorijevanja kao progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti, kojemu su podložniji pojedinci iz pomagačkih profesija (13). Johnson i Stone (1987.) navode da je sagorijevanje stanje iscrpljenosti koje proizlazi iz povezanosti između klijenata/korisnika i pomagača u emocionalno zahtjevnim situacijama (14).

Međutim, nisu svi istraživači suglasni s konceptualizacijom sindroma izgaranja. Pa tako autori Lee i Ashforth smatraju da emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija zajednički vode prema osjećaju smanjenog osobnog postignuća, dok ostali istraživači navode da

depersonalizacija i osjećaj smanjenog osobnog postignuća predstavljaju posljedice sindroma izgaranja, a nikako zasebne dijelove konstrukta (2).

Upitnik izgaranja na poslu Christine Maslach (engl. Maslach Burnout Inventory ili MBI), danas se smatra najpoznatijom mjerom izgaranja na poslu. Postoje tri verzije MBI upitnika, koje imaju donekle slične ljestvice koje procjenjuju aspekte sindroma izgaranja na poslu i prilagođene su zahtjevima zanimanja na koja se odnose. Prva verzija je Upitnik za stručnjake pomagačkih zanimanja (MBI-HSS) koji procjenjuje tri aspekta izgaranja na poslu, tj. sastoji se od tri podljestvice: emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i manjak osobnog postignuća. Druga verzija je Opći upitnik (MBI-GS) koji ima tri podljestvice usporedive s onima iz MBI-HSS-a: iscrpljenost, cinizam i stručna učinkovitost. Treća verzija je Upitnik za nastavnike (MBI-ES) koji kao i verzija Upitnika za pomagačka zanimanja procjenjuje emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i manjak osobnog postignuća (9).

1.3. Faze sindroma sagorijevanja

Sindrom sagorijevanja na poslu je kumulativan proces koji ima svoje faze. Autori Brown i Bourne navode da proces sagorijevanja na poslu karakterizira veliki početni entuzijazam u kojemu pomagač ne koristi nikakvu „emocionalnu zaštitu“, nakon čega postaje ranjiv, emocionalno se povlači, gubi interes, počinje okrivljavati druge, postaje ciničan i naposljetku „kolabira“ (15). Sagorijevanje se događa onda kada posao za osobu izgubi smisao (2). Sagorjeli profesionalci češće izostaju s posla ili kasne na posao u odnosu na njihove nesagorjele kolege, oni postaju značajno manje idealistični i više rigidni, a njihova učinkovitost na poslu se značajno smanjuje (16). Istraživanja pokazuju da ti pojedinci pate od visoke razine stresa i niskog zadovoljstva poslom, pri čemu je veza između stresa i (ne) zadovoljstva poslom u radnom okruženju ključna za sagorijevanje (17). Na kraju, i društvo plaća visoku cijenu izgaranja na poslu jer mnogi dobri stručnjaci napuštaju posao kojim su se bavili (8).

Autor Dean Ajduković navodi četiri ključne faze koje vode do sagorijevanja (7).

1. Prva faza je faza radnog entuzijazma koju karakteriziraju nerealna očekivanja brzog postignuća, preveliko ulaganje u posao i nekritična predanost poslu. U ovoj fazi pomagač radi mnogo dulje od uobičajenog radnog vremena. Raskorak između uloženog profesionalnog napora i njegovih učinaka često dovodi do osobnog razočaranja i prvih znakova bespomoćnosti.

2. Druga je faza stagnacije kad pomagač postane svjestan da postignuće u poslu nije onakvo kakvim ga je zamišljao. To dovodi do stanja frustracije, osjećaja razočaranja, dvojbe u vlastitu kompetentnost, pojavu negativizma i do poteškoća u komuniciranju kako s kolegama tako i sa korisnicima. Emocionalna ranjivost pomagača je karakteristika ove faze.
3. Treća je faza emocionalnog povlačenja i izolacije koja se očituje udaljavanjem od korisnika i kolega što doprinosi doživljaju posla kao besmislenog i nevrjednog. Proces sagorijevanja ubrzavaju i tjelesne poteškoće koje se javljaju u ovoj fazi (glavobolje, kronični umor, nesаница, alergije i sl.) Sami znaci sagorijevanja počinju pomagaču predstavljati dodatne stresore te ga dovode do posljednje faze sagorijevanja na poslu.
4. Posljednja je faza apatije i gubitka životnih interesa. Ona se javlja kao svojevrsna obrana od kronične frustriranosti na poslu. Početno suosjećanje i entuzijazam u ovoj fazi zamijenjeni su cinizmom ili ravnodušnošću prema problemima korisnika. Znaci depresije kod pomagača postaju jasno uočljivi, a motivacija za posao i osobni resursi potpuno su iscrpljeni.

Između ovih faza ne može se povući oštra granica. Pojedinaц ne mora precizno i kronološkim redom prolaziti navedene faze. Primjerice, frustracija se može pojaviti prije ili tijekom faze stagnacije. Osim toga, ovisno o raspoloženju i vrsti posla koju obavlja, osoba može entuzijazam, stagnaciju, povlačenje i apatiju doživjeti u istom danu. Jednako tako, cijeli ciklus izgaranja na poslu osoba može proživjeti više puta tijekom profesionalnog razvoja. (8).

1.4. Utjecaj sindroma sagorijevanja na organizam

Usprkos individualnim razlikama među ljudima, postoji niz istih znakova sagorijevanja. Ajduković znakove sagorijevanja grupira u tri kategorije (7). One su:

1. tjelesna iscrpljenost, koja je popraćena snažnim osjećajem istrošenosti, uz koji se često javljaju poteškoće spavanja, osjećaj pomanjkanja energije, kronični umor i slabost; uzrok tome su ograničene snage pojedinca i dugotrajna izloženost stresu;
2. emocionalna iscrpljenost, gdje su emocionalne rezerve pojedinca smanjene i iscrpljene, a sagorjeli pomagač očituje osjećaje bespomoćnosti, beznadnosti, besmislenosti i depresivnosti te mu je životno zadovoljstvo općenito smanjeno;
3. mentalna iscrpljenost, koja se očituje kao negativan stav prema poslu, korisnicima i kolegama. Javlja se tzv. dehumanizacija, odnosno emocionalno udaljavanje od korisnika

i kolega, a osjećaj negativizma i emocionalne udaljenosti može se „preliti“ i u privatno područje života.

Istraživanje pokazuje da je devet milijuna Nijemaca pod utjecajem sindroma sagorijevanja (18). Međutim, on i dalje nije uključen kao zasebna medicinska dijagnoza u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (eng. MKB – 10) niti je definiran u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (eng. DSM – IV) (19). Jedan od razloga je taj što se stručnjaci nisu usuglasili oko definiranja tog poremećaja. Istraživanja pokazuju kako pojedini autori smatraju da je u pozadini sindroma sagorijevanja bolest poput depresije ili anksioznog poremećaja (18). U zemljama koje imaju razdrađeni sustav socijalne sigurnosti, posebice Švedska i Nizozemska, sindrom sagorijevanja je utvrđen kao medicinska dijagnoza (20).

1.4.1. Sindrom sagorijevanja i depresija

Priroda odnosa između sindroma sagorijevanja i depresije već je dugo u središtu znanstvenog interesa za zaštitu zdravlja. Sindrom sagorijevanja je proces u kojem su psihološki resursi zaposlenika postupno iscrpljeni kao posljedica dugotrajnog stresa na poslu. Depresija se pak može definirati kao način reagiranja na izazove koji se doživljavaju kao nemogući, kao melankolično raspoloženje ili kao klinički mentalni poremećaj. Depresija je nespecifične prirode i može se razviti u bilo kojem području života. Postoje dokazi da visoki zahtjevi posla kao i niske kontrole radnih mjesta i društvene podrške, povećavaju rizik od depresije. Nekoliko studija je pokazalo da sagorijevanje i depresivni simptomi ne pripadaju u istu psihometrijsku skupinu. Sagorijevanje je češće kod radnica s neuobičajenim radnim satima, kod mlađih radnika koji su imali radnu motivaciju, dok su depresivni simptomi češći kod starijih radnika i onih s niskom razinom socijalne podrške. Također, postoje razlike između sagorijevanja i depresije na razini upalnih biomarkera. Među ženskim radnicama, sagorijavanje je bilo pozitivno povezano sa C-reaktivnim proteinom i fibrinogenom, a depresivni simptomi su izostali. U zaključku, mnoge studije su opovrgnule ideju da sagorijevanje i depresija dijele isti proces (21).

1.4.2. Sindrom sagorijevanja i stres

Kako bismo razlikovali odnos između stresa i sindroma sagorijevanja, postoji nekoliko dokaza. Kontakt s profesionalnim stresorima vodi do fizičkih i mentalnih poteškoća, koje se

na početku pojavljuju kao stres te se aktiviraju mehanizmi suočavanja sa stresom. Ako to stanje potraje te prijeđe u nezadovoljstvo, a mehanizmi suočavanja budu nedjelotvorni, tada se javlja sindrom sagorijevanja. S druge strane, stres može imati pozitivno i negativno gledište, dok je postojanje sindroma sagorijevanja uvijek negativno (22). Stres ostavlja posljedice i na psihu, ali hoće li se razviti sagorijevanje ovisi i o osobnosti. Sagorijevanje najčešće pogađa one ambiciozne, entuzijastične, natjecateljski nastrojene, nestrpljive, one koji spremno prihvaćaju odgovornost i profesionalni život im je važan dio osobnosti. Važno je istaknuti da sindrom sagorijevanja nije isto što i umor. Mnogi ljudi osjete umor na kraju radnog dana, tjedna ili nakon nekog duljeg razdoblja. Umor se može očitovati sličnim simptomima, ali umor ne uključuje promjenu stavova prema poslu. Običan umor se ne očituje cinizmom, negativizmom i depresijom, premda u stanju umora osoba može reagirati nervozom, cinično ili agresivno.

1.5. Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara

Prema podacima iz Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. godine u sustavu zdravstva RH krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73 077 djelatnika. Od toga su 55 781 zdravstveni djelatnici i suradnici, 5 068 administrativni djelatnici, a 12 228 tehnički djelatnici. U strukturu stalno zaposlenih najveći udio je zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme i iznosio je 38 %, dok je udio zdravstvenih djelatnika više stručne spreme 11 %. Broj medicinskih sestara na 100 000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 569 u 2010. godini što je još uvijek manje od prosjeka EU – a (782/100 000). Među sestrama je 19 % onih s višom stručnom spremom, više nego 2006. godine kada je njihov udio bio 15 % (23).

Pojedinci koji svoj profesionalni rad usmjeravaju na pomaganje i podršku drugim ljudima, pripadaju u skupinu „pomagača“ ili „pomažućih profesija“, koje su stresogene zbog neposredne komunikacije i doživljavanja emocionalnih stanja i patnji drugih osoba (1). Rezultati istraživanja među „pomagačima“ upućuju na često iskazivanje znakova profesionalnog sagorijevanja poput emocionalne i tjelesne iscrpljenosti, gubitka osjećaja vlastite vrijednosti, smanjenja osobnih postignuća, depersonalizacije, osjećaja bespomoćnosti, razdražljivosti i sniženog praga tolerancije na frustraciju. Visoke razine sagorijevanja dokumentirane su kod zdravstvenih djelatnika, osobito kod medicinskih sestara (1). Brojna istraživanja provedena u populaciji medicinskih sestara pokazala su povezanost određenih bolesti i stresa na radu kao što su emocionalna iscrpljenost, fizička iscrpljenost i bol u donjem

dijelu leđa. Niska razina odlučivanja i visoki zahtjevi, karakteristični za sestrinsku profesiju, mogu biti povezani s povećanim rizikom za pojavu koronarne bolesti i mentalnih poremećaja (24).

U zemljama u tranziciji povećan je broj medicinskih sestara koje napuštaju svoje radno mjesto (20). Glavna američka agencija savezne vlade za utvrđivanje činjenica u širem području ekonomije rada i statistike (engl. Bureau of Labor Statistics) predviđa nedostajanje više od jednog milijuna medicinskih sestara te potrebe za zamjenama i novim medicinskim sestrama u Sjedinjenim Američkim Državama do 2016. godine. Prema Udruženju medicinskih sestara i tehničara, jedna od pet medicinskih sestara planira napustiti svoju struku u vremenskom razdoblju od pet godina. Izvješće Kanadske udruge medicinskih sestara identificira manjak od oko 60 000 medicinskih sestara u Kanadi. Ukoliko se ne uspostave pravodobne intervencije, ovaj trend će se nastaviti. Troškovi ovog „preokreta“ koštaju u rasponu od 21 514 \$ do 67 100 \$ po medicinskoj sestri (25). U svjetlu tih statistika potrebni su dodatni napori kako bi se zadržale i zaposlile medicinske sestre. Preopterećeni, zahtjevni rad i nemogućnost pružanja adekvatne razine skrbi prema korisnicima dovodi do sukoba stvarnosti i ideala sestrinske prakse. Razočaranje i osobni neuspjeh plodno su tlo za učinak sindroma sagorijevanja medicinskih sestara (25).

1.6. Sestrinstvo u zajednici

Sestrinstvo u zajednici razvijalo se kao onaj dio sestrinstva koji je svoje djelovanje usmjerio na pomoć ljudima izvan bolničkih i sličnih ustanova. Poslanstvo sestrinstva u društvu jest unutar okoline u kojoj žive i rade, pomagati pojedincima, obiteljima i skupinama. Također, ustanoviti i ostvariti njihove fizičke, mentalne i društvene potencijale. Od sestara, zahtijeva se razvijanje i obnašanje dužnosti koje promiču, održavaju zdravlje te sprječavaju bolesti. Dužnosti sestre proizlaze izravno iz uloge koju sestrinstvo ima u društvu. Te su dužnosti stalne, bez obzira na mjesto i vrijeme pružanja sestrinske skrbi kao i bez obzira na zdravstveni status pojedinca ili skupine, kojoj se pruža usluga. One su neovisne o raspoloživim sredstvima (26). Sestrinstvo je profesija koja je usko povezana s odnosima među ljudima; bilo da se radi o bolesnicima kojima se pruža zdravstvena njega, obitelji bolesnika koji dolaze zabrinute za svog člana ili odnosima sa suradnicima i nadređenima. Medicinska sestra, danas, osim posjedovanja stručnog znanja i vještina mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se s ljudskim patnjama, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojabama. Ona treba biti kadra razumjeti pacijentove

osjećaje i ponašanja u određenoj situaciji, biti spremna prihvatiti odgovornost, raditi samostalno ali i timski. Sustavi očuvanja zdravlja u svezi s radnim mjestom, uvjetima i načinom rada značajni su za zdravstvene službe na čelu sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom (27).

1.6.1. Patronažna zdravstvena zaštita

Začeci patronažne djelatnosti kod nas počinju 1921. god., osnivanjem prve Škole za sestre pomoćnice, koje su radile monovalentnu patronažu u tadašnjim dispanzerima za tuberkulozu i dojenčad. Tadašnji ravnatelj Škole za sestre pomoćnice, dr. Vladimir Čepulić ističe važnost stvaranja profesionalnog osoblja koje preuzima jednu od osnovnih uloga u javnozdravstvenom radu (28). Patronažnu zaštitu provode više medicinske sestre prema normativu od 5100 stanovnika na području nadležnog doma zdravlja/ organizacijske jedinice županijskog doma zdravlja po jednoj patronažnoj sestri. U 2010. godini, u ovoj djelatnosti radilo je 838 viših medicinskih sestara (712 u 2001. godini) i 123 medicinske sestre srednje stručne sprema (133 u 2001. godini). Najveći je broj posjeta kroničnim bolesnicima (821 927 ili 58 % ukupno patronažnih posjeta) u svrhu uputa i demonstracije određenih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti te provođenja terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih osoba u dogovoru s izabranim doktorom. U 2001. godini bilo je 714 229 patronažnih posjeta kroničnim bolesnicima (56 % patronažnih posjeta ukupno) (23).

Djelatnost patronažne službe je primarno preventivno edukativna i informativna. Zadaće su prikupljanje potrebnih podataka, otkrivanje i zbrinjavanje bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te očuvanje, unapređenje i zaštita zdravlja ostalih. U tu svrhu patronažna sestra mora uočavati faktore koji utječu na socijalno – ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. U suradnji s obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve problematike i štite interes pacijenata. Svoj rad zato planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO – a, suradnje s obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe, pojedinih obitelji ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Osim edukativne uloge u stanovništvu putem tečajeva i rada u malim grupama te provođenja zdravstveno preventivnih i promotivnih programa, rade i na edukaciji novog kadra i ostalih zdravstvenih pripravnika te nadziru provedbu zdravstvene njege u kući. Ustanova za

zdravstvenu njegu u kući provodi, a patronažna služba tijekom razdoblja pružanja njege obilazi osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te putem propisanih obrazaca, izvještava izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima do tada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljnjeg provođenja (29). Stoga je jasno da moraju raspolagati širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, vještinama pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa. Važnost patronažne djelatnosti je neupitna i bez nje bi se u potpunosti ugasio onaj posljednji socijalno – preventivni i edukativni element našeg primarnog zdravstva. Postojeće razlike u obujmu rada patronaže po županijama ukazuju na potrebu izjednačavanja uvjeta rada, planiranja, programiranja i nadzora rada, kao i na potrebu savjetodavnog te stručnog nadzora. Na primjer: područje rada patronažne sestre u gradskoj sredini uključuje djelovanje u prostoru od nekoliko ulica, ovisno o naseljenosti, dok u Ličko – senjskoj županiji u prosjeku jedna patronažna sestra pokriva područje od 411,75 km² i skrbi za 4 129 stanovnika (24). Također, postoje i slabosti koje su posljedica privatizacije i smanjenja uloge Doma zdravlja, u kojima su ukinute službe za planiranje i programiranje preventivne zaštite i gdje se u potpunosti ugasio sustav nadzora rada i stručne kontrole.

1.6.2. Zdravstvena njega u kući

Zdravstvenu njegu provodi medicinska sestra/medicinski tehničar općeg smjera u privatnoj praksi ili medicinska sestra/ medicinski tehničar, radnik ustanove za zdravstvenu njegu u kući koji sa Zavodom imaju sklopljen ugovor za provođenje zdravstvene njege u kući (29). Obavljajući zdravstvenu njegu u kući medicinska sestra znanjem i vještinama prepoznaje probleme bolesnika, njegove mogućnosti i sposobnosti da što kvalitetnije i dostojanstveno nastavi živjeti sa svojom bolešću i/ili posljedicama bolesti. U dogovoru sa bolesnikom i njegovom obitelji, medicinska sestra nastoji uvjete u kući prilagoditi potrebama i stanju bolesnika (odgovarajući krevet, ortopedska pomagala za kretanje, inkontinenciju) i provodi mjere za sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i mogućih komplikacija same bolesti. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući često postaje „članom“ obitelji, ali mora neprekidno zadržati autoritet, profesionalnost i dosljednost koje članovi obitelji vrlo brzo izgube. Bolesnik s medicinskom sestrom ostvaruje prisniji kontakt nego s ostalim članovima zdravstvenog tima ili sa članovima obitelji. Upravo tu spoznaju medicinska sestra mora iskoristiti kako bi liječenje i oporavak bili što uspješniji.

Zdravstvena njega u kući osigurane osobe provodi se u svrhu poboljšanja njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanja njegovog pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju postupaka zdravstvene njege (29).

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti (osigurane osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje)
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece (u daljnjem tekstu: izabrani doktor) istodobno provodi liječenje u kući, te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te skrb za stome
- kod osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti (29).

1.7. Prevencija sindroma sagorijevanja

Rizik od burnouta veći je za ljude s određenim osobinama ličnosti kao što su niža socijalnost, emocionalnost, neuroticizam i nezadovoljstvo vlastitim životom. U pogledu demografskih varijabli, postoje dokazi da je učestalost burnouta nešto viša među muškarcima, mlađim ljudima ili novima u struci, nevjenčanima i bez djece, no ove razlike su vrlo male u aposlutnim omjerima (30). Koncept svladavanja stresa označava se kao „coping“. Prema Lazaurusovoj definiciji coping podrazumijeva ponašanja i psihičke aktivnosti svladavanja konfliktnih situacija nastalih kada zahtjevi (vanjski i unutarnji) nadilaze ili opterećuju sposobnosti individue. To je nastojanje da se problemi prevladaju, toleriraju, smanjuju, minimaliziraju. Coping se pri tome odnosi na proces, a ne na rezultat ili cilj. Proces sadrži bihevioralne i kognitivne reakcije individue (5).

Predloženo je vrlo mnogo strategija za svladavanje sindroma sagorijevanja na poslu. Neke strategije se usredotočuju na ublažavanje izvora emocionalne iscrpljenosti ili osiguravanje boljih potencijala za borbu protiv nje. Druge strategije pokušavaju prevladati negativnu evaluaciju nečijeg postignuća naglašavanjem pozitivnih iskustava i razvijanjem

nagradnih aktivnosti i odnosa izvan radne sredine. Ove coping strategije mogu se pojaviti na nekoliko različitih razina: na osobnoj, socijalnoj i organizacijskoj (30).

Osobne strategije odnose se na aktivnosti i postupke koje pojedinac može učiniti na vlastitu inicijativu u borbi protiv burnouta. Postoji mnogo načina na koje pojedinac može modificirati učinak stresne situacije i preuzeti kontrolu nad njom. Jedna skupina ovih coping strategija odnosi se na radni proces, a druga na samu osobu. Te su strategije promjene obrasca rada, racionaliziranje aktivnosti, drugačije korištenje odmora (bavljanje sasvim drugačijom aktivnošću, odmak od klijenata ili drugih osoba koje su izvor nelagode). Nadalje, pojedinac može mijenjati svoja očekivanja od posla racionaliziranjem ciljeva (pretvaranjem previsokih i/ili apstraktnih ciljeva u konkretne). Podizanjem samopouzdanja, razvijanjem pozitivne intereakcije i osiguravanjem izvora pozitivnog feedbacka, koji može doći od suradnika, obitelji i prijatelja te od sebe samoga. Obiteljski život predstavlja značajan odmak od posla i ima potencijala da bude važan izvor snage u borbi protiv burnouta. Ovo se najbolje postiže kada je obiteljski život do određenog stupnja odijeljen od zahtjeva posla i sadrži različite interese, aktivnosti i interpersonalne odnose. Ako posao pretjerano ulazi u obiteljski život (ako netko radi "na poziv", prekovremeno, nosi posao kući ili misli i razgovara o poslu kod kuće, tada postoji veliki rizik od emocionalne iscrpljenosti i pada samopoštovanja ako posao ne ide dobro.

Osim individualne akcije, pojedincu također mogu pomoći i naponi drugih ljudi, kako kod kuće, tako i na poslu. Socijalne i organizacijske strategije temelje se na socijalnoj podršci, tj. na međuljudskim odnosima u kojima je osigurana međusobna pomoć i utjeha. Ako je burnout reakcija na kronične izvore emocionalnog i interpersonalnog stresa na poslu, tada radni kolege pružanjem podrške mogu pridonijeti u prevladavanju ovoga poremećaja. Suradnici mogu pružati socijalnu podršku kroz neformalna okupljanja i formalne, službene mehanizme, kao što su planirani sastanci osoblja. U nekim slučajevima, formalna grupna podrška se organizira zbog izričite svrhe pružanja pomoći osoblju da se bori protiv profesionalnog stresa. Poboljšanje odnosa među suradnicima, samo je jedna od mjera prevencije sindroma sagorijevanja. Također, slobodno vrijeme može biti konstruktivan način borbe protiv sindroma sagorijevanja, posebno ako se koristi za profesionalno usavršavanje.

Ključni aspekt strategije prevencije je rano prepoznavanje početnih znakova sindroma sagorijevanja, dok su problemi manji i osoba otvorena prema promjeni. U tom pogledu može biti od pomoći redovito uključivanje u stručne seminare, koji osim novih znanja, a time i mogućnosti boljeg profesionalnog funkcioniranja i napredovanja, omogućavaju pojedincu odmak od svakodnevne rutine i nove socijalne kontakte.

Zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni emocionalnih zahtjeva posla, imati realnija očekivanja od posla kojeg obavljaju, biti svjesni rizika sindroma sagorijevanja i znati strategije pravovremenog svladavanja jer je to put ka uspješnijem i zadovoljnijem profesionalnom i osobnom životu.

2. CILJ RADA

Cilj rada bio je utvrditi prisutnost sindroma sagorijevanja medicinskih sestara te usporediti njegov intenzitet kod sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

3.2. Ispitanici

Ispitivanje je provedeno na uzorku od ukupno 51 medicinske sestre. U istraživanju su sudjelovale 24 medicinske sestre iz patronažne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Osijek i 27 medicinskih sestara iz Ustanova za zdravstvenu njegu u kući „Jadranka Plužarić“, „Spomenka Kurina“, „Terica Breber“ na području grada Osijeka, u vremenskom razdoblju srpnju i kolovozu 2016. godine.

3.3. Metode istraživanja

Kao metoda istraživanja korištena je anonimna anketa koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio je upitnik s općim sociodemografskim podacima (dob, spol, bračni status, broj djece, stupanj obrazovanja, broj godina radnog iskustva u zdravstvu, broj godina radnog iskustva na trenutnom radnom mjestu), a drugi dio je Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu. Upitnik je konstruiran u okviru aktivnosti Društva za psihološku pomoć (Ajduković M. i Ajduković D., 1994.) Sastoji se od 18 tvrdnji koje predstavljaju različite simptome sagorijevanja. Ispitanici na skali od 1 do 3 procjenjuju prisutnost određenog ponašanja, pri čemu 1 znači da su simptomi rijetki i imaju manju izraženost, a 3 da je navedeno ponašanje uvijek prisutno i ima veću izraženost simptoma. Ukupan rezultat izražava se kao zbroj svih zaokruženih odgovora tako da se teoretski raspon rezultata kreće od 18 do 54. Orijehtacijske norme upitnika su: od 18 do 25 - bez sagorijevanja (prisutni izolirani znakovi stresa); od 26 do 33 – početno sagorijevanje (ozbiljni znakovi upozorenja zbog trajne izloženosti stresu); od 34 do 54 – visoki stupanj sagorijevanja (neophodna pomoć). Ovaj upitnik je upotrebljavan u svrhu mjerenja intenziteta sagorijevanja na poslu kod pomažućih profesija. Upitnik ima zadovoljavajuću pouzdanost koja iznosi 0,86 (Cronbachov alpha).

3.4. Statističke metode

Podaci su statistički obrađeni pomoću računalnog programa R (verzija 3.2.3, www.r-project.org). Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli su testirane χ^2 testom, Binomialnim i Fisherovim egzaktnim testom, a razlike numeričkih varijabli Mann – Whitney U testom i Kruskal – Wallisovim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Povezanost među varijablama je ispitana pomoću Kendallovog tau korelacijskog testa. Razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$.

4. REZULTATI

Tablica 1. sadrži prikaz općih podataka o ispitanicima. U istraživanju je sudjelovalo 52,94 % ispitanika zaposlenih u ustanovama za zdravstvenu njegu u kući i 47,06 % zaposlenih u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti ($p = 0,779$). Udio ženskog spola je 96,08 % ($p < 0,001$) i medijan dobi od 32 godine. Promatrajući bračni status, najviše je bilo oženjenih/udanih (58,82 %), zatim neoženjenih/neudanih (33,33 %), a podjednak je broj rastavljenih i udovaca/ica (3,92 %), $p < 0,001$. Većina ispitanika ima djecu (56,86 %, $p = 0,401$), dok prema obrazovanju postoji jednak udio SSS i VŠS (47,06 %), $p < 0,001$. Medijan duljine radnog iskustva u zdravstvu iznosio je 11, a duljine radnog iskustva na aktualnom radnom mjestu 4 godine.

Tablica 1. Prikaz općih podataka o ispitanicima

| Obilježja ispitanika | | n (%) | p |
|---|--------------------------|------------------------------|----------|
| Radno mjesto | Patronaža | 24 (47,06) | 0,779* |
| | Zdravstvena njega u kući | 27 (52,94) | |
| Spol | Muški | 2 (3,92) | < 0,001* |
| | Ženski | 49 (96,08) | |
| Bračni status | Neoženjen/neudana | 17 (33,33) | < 0,001† |
| | Oženjen/udana | 30 (58,82) | |
| | Rastavljen/a | 2 (3,92) | |
| | Udovac/ica | 2 (3,92) | |
| Djeca | Ima | 29 (56,86) | 0,401* |
| | Nema | 22 (43,14) | |
| Razina obrazovanja | SSS | 24 (47,06) | < 0,001† |
| | VŠS | 24 (47,06) | |
| | VSS | 3 (5,88) | |
| | | medijan (25 % - 75 %) | |
| Dob | | 32 (27-48) | |
| Broj godina radnog iskustva u zdravstvu | | 11 (5-23) | |
| Broj godina radnog iskustva na trenutnom radnom mjestu | | 4 (1-13) | |

*Binomialni test, † Hi2 test

Tablica 2. sadrži prikaz rezultata bodovanja Upitnika intenziteta sagorijevanja. Medijan ukupnog broja bodova iznosio je 21, a prema kategorizaciji, statistički značajna razlika je pronađena u učestalosti kategorija ($p < 0,001$). Najveći udio ispitanika (74,41 %) je bez znakova sagorijevanja, dok manjinu čine osobe s posebnim znacima upozorenja (25,49 %).

Tablica 2. Prikaz rezultata bodovanja Upitnika intenziteta sagorijevanja

| | | medijan (25 % - 75 %) | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------|
| Ukupan broj bodova | | 21 (18 – 26) | |
| | | n (%) | p |
| Kategorija rezultata | Bez znakova sagorijevanja (18- 25) | 38 (74,51) | < 0,001* |
| | Posebni znaci upozorenja (26- 44) | 13 (25,49) | |

*Binomialni test

U Tablici 3. se nalazi prikaz usporedbi ukupnog broja bodova i kategorija prema radnom mjestu. Medijan ukupnog broja bodova u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti iznosi 19,5, a u zdravstvenoj njezi u kući 22. Vidljivo je da 9 ispitanica iz zdravstvene njege u kući i 4 iz patronažne zdravstvene zaštite pokazuju posebne znakove upozorenja. Statistički značajnih razlika nije bilo.

Tablica 3. Prikaz usporedbi ukupnog broja bodova i kategorija prema radnom mjestu

| | | Patronažna zdravstvena zaštita | Zdravstvena njege u kući | |
|---------------------------------|---|---|---|----------|
| | | medijan (25 % - 75 %) | | p |
| Ukupan broj bodova | | 19,5 (18 – 22) | 22 (19 – 26) | 0.117* |
| | | n (%) | n (%) | p |
| Kategorija rezultata | Bez znakova sagorijevanja (18 – 25) | 20 (83.33) | 18 (66.67) | 0.211† |
| | Posebni znaci upozorenja (26 – 44) | 4 (16.67) | 9 (33.33) | |

*Mann – Whitney U test, †Fisherov egzaktni test

U Tablici 4. se nalazi prikaz rezultata bodovanja Upitnika intenziteta sagorijevanja prema najznačajnijim varijablama. Medijan ispitanica koje imaju djecu iznosi 22, a onih koje nemaju djecu 20,5. Nisu pronađene statistički značajne razlike.

Tablica 4. Usporedba bodova Upitnika intenziteta sagorijevanja prema najznačajnijim varijablama

| Naziv varijabli | | medijan (25 % - 75 %) | p |
|--|--------------------------------|--------------------------|--------|
| Radno mjesto | Patronažna zdravstvena zaštita | 19,5 (18 – 22) | 0,117* |
| | Zdravstvena njega u kući | 22 (19 – 26) | |
| Spol | Muški | 19,5 (18 – 21) | 0,357* |
| | Ženski | 21 (19 – 26) | |
| Bračni status | Neoženjen/neudana | 20 (19 – 22) | 0,448† |
| | Oženjen/udana | 22 (18 – 26) | |
| | Rastavljen/a | 23,5 (21 – 26) | |
| | Udovac/ica | 19 (18 – 20) | |
| Djeca | Ima | 22 (18 – 26) | 0,5* |
| | Nema | 20,5 (19 – 22) | |
| Razina obrazovanja | SSS | 22 (19 – 26) | 0,081† |
| | VŠS | 20,5 (18 – 22,5) | |
| | VSS | 18 (18 – 19) | |
| Dob | | 0,105 | 0,314‡ |
| Broj godina radnog iskustva u zdravstvu | | 0,112 | 0,279‡ |
| Broj godina radnog iskustva na trenutnom radnom mjestu | | 0,163 | 0,118‡ |

*Mann – Whitney U test, †Kruskal – Wallisov test, ‡Kendallov tau

Tablica 5. sadrži prikaz usporedbi najznačajnijih varijabli prema kategorizaciji bodovnog ranga. 2 ispitanika muškoga spola čine 5,3 % ispitanih u kategoriji bodovnog ranga od 18 do 25 bodova, dok je udio ženskoga spola u istoj kategoriji 94,7 %. S obzirom na bračni status, najviše je oženjenih/udanih s udjelom od 76,9 % u kategoriji bodovnog ranga od 26 do 44 bodova. Statistički značajne razlike nisu pronađene.

Tablica 5. Prikaz usporedbi najznačajnijih varijabli prema kategorizaciji bodovnog ranga

| Bodovni rang | | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|----------------|--------|
| Naziv varijabli | | 18 – 25 bodova | 26 – 44 bodova | p |
| | | n (%) | n (%) | |
| Spol | Muški | 2 (5,3) | 0 (0,0) | <0.999 |
| | Ženski | 36 (94,7) | 13 (100,00) | |
| Bračni status | Neoženjen/neudana | 15 (39,5) | 2 (15,4) | 0.261 |
| | Oženjen/udana | 20 (52,6) | 10 (76,9) | |
| | Rastavljen/a | 1 (2,6) | 1 (7,7) | |
| | Udovac/ica | 2 (5,3) | 0 (0,0) | |
| Djeca | Da | 19 (50,0) | 10 (76,9) | 0.115 |
| | Ne | 19 (50,0) | 3 (23,1) | |
| Stručna sprema | SSS | 15 (39,5) | 9 (69,2) | 0.324 |
| | VŠS | 20 (52,6) | 4 (30,8) | |
| | VSS | 3 (7,9) | 0 (0,0) | |

*Fisherov egzaktni test

Tablica 6. sadrži prikaz učestalosti odgovora u kojoj je vidljivo da su tri redom najviše rangirane rečenice: „Osjećam se nemoćnim/om promijeniti nešto na poslu.“, „Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kad se dobro naspavam.“, „Razdražljiviji/a sam nego prije.“. Svi ispitanici (100 %) su izjavu: „Provodim više vremena izbjegavajući posao nego radeći“ procijenili s brojem 1- rijetko.

Tablica 6. Prikaz učestalosti odgovora

| Pitanje | n (%) | | |
|---|--------------|--------------|-------------|
| | 1 rijetko | 2 ponekad | 3 uvijek |
| 1. Osjećam neprijateljstvo i srdžbu na poslu. | 44 (86,3) | 7 (13,7) | 0 (0,0) |
| 2. Primjećujem da se povlačim od kolega. | 41 (80,4) | 10 (19,6) | 0 (0,0) |
| 3. Sve što se traži da uradim doživljam kao prisilu. | 47 (92,2) | 4 (7,8) | 0 (0,0) |
| 4. Postajem sve neosjetljiviji/a i bešćutniji/a prema korisnicima i kolegama. | 48 (94,1) | 3 (5,9) | 0 (0,0) |
| 5. Posao je veoma dosadan, zamoran i rutinski. | 38 (74,5) | 13 (25,5) | 0 (0,0) |
| 6. Primjećujem da mislim negativno o poslu i usmjeravam se samo na njegove loše strane. | 39 (76,5) | 12 (23,5) | 0 (0,0) |
| 7. Osjećam da postizem veoma malo nego prije. | 40 (78,4) | 10 (19,6) | 1 (2,0) |
| 8. Imam teškoća u organiziranju svog posla i vremena. | 39 (76,5) | 12 (23,5) | 0 (0,0) |
| 9. Razdražljiviji/a sam nego prije. | 32 (62,7) | 15 (29,4) | 4 (7,8) |
| 10. Osjećam se nemoćnim/om promijeniti nešto na poslu. | 30 (58,8) | 19 (37,3) | 2 (3,9) |
| 11. Frustracije izazvane poslom unosim i u privatni život. | 34 (66,7) | 14 (27,5) | 3 (5,9) |
| 12. Više nego ikad, svjesno izbjegavam osobne kontakte. | 43 (84,3) | 8 (15,7) | 0 (0,0) |
| 13. Pitam se je li moj posao prikladan za mene. | 45 (88,2) | 5 (9,8) | 1 (2,0) |
| 14. O svom poslu mislim negativno čak i navečer prije spavanja. | 48 (94,1) | 3 (5,9) | 0 (0,0) |
| 15. Svakom radnom danu pristupam s mišlju: „Ne znam hoću li izdržati još jedan dan.“ | 44 (86,3) | 7 (13,7) | 0 (0,0) |
| 16. Čini mi se da nikog na poslu nije briga o onom što radim. | 41 (80,4) | 7 (13,7) | 3 (5,9) |
| 17. Provodim više vremena izbjegavajući posao nego radeći. | 51 (100) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 18. Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kad se dobro naspavam. | 31 (60,8) | 19 (37,3) | 1 (2,0) |

5. RASPRAVA

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pokazuju da među ispitanicima u najvećoj mjeri dominira ženski spol i to sa 96,08 %. U anketiranju su sudjelovala 2 medicinska tehničara iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući. Promatrajući utjecaj najznačajnijih demografskih varijabli u ovom istraživanju, poput spola, bračnog statusa, broja djece, uočavamo da su razlike među varijablama vrlo male. Povezujući to s podacima iz literature, možemo reći kako demografski faktori imaju vrlo malo utjecaja na sindrom sagorijevanja (30). Od ukupnog broja anketiranih medicinskih sestara/tehničara, njih 38 (74,51 %) su bez znakova sagorijevanja, dok su posebni znakovi sagorijevanja uočeni kod njih 13, što je 25,49 %. Međutim, sama prisutnost početnog stupnja sagorijevanja ne smije biti zanemariva jer ukazuje na potencijalni problem.

Uspoređujući rezultate, uočavamo da više medicinskih sestara iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući pokazuje početne znakove sagorijevanja, točnije njih 9, dok su kod samo 4 patronažne sestre uočljivi početni znakovi sagorijevanja. Navedeno možemo tumačiti s obzirom na razinu obrazovanja, odnosno s obzirom na radnu poziciju i djelokrug rada, a to ide u prilog često navodenoj činjenici o složenosti posla medicinske sestre. Medicinske sestre iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući u pravilu imaju srednjoškolsko obrazovanje i njihova zadaća je provoditi zdravstvenu njegu bolesnika. Medicinske sestre koje rade u službi patronažne zdravstvene zaštite u pravilu imaju višu stručnu spremu i njihova zadaća je procjena potrebe daljnjeg provođenja zdravstvene njege. Ipak, medicinske sestre iz patronažne zdravstvene zaštite i ustanova za zdravstvenu njegu u kući možemo povezati s obzirom na mjesto obavljanja djelatnosti zdravstvene njege, a to je bolesnikova kuća. Slijedom navedenog, možemo zaključiti kako je to mogući razlog zbog kojeg nije pronađena statistički značajna razlika prisutnosti sindroma sagorijevanja između medicinskih sestara.

Patronažne medicinske sestre i njihovi voditelji, naglašavaju brigu za pacijenta kao najveći prioritet za sve zaposlene. Nedostatak vremena kako bi se bolesniku pružila cjelokupna skrb predstavlja glavni izvor nezadovoljstva. U prilog tome idu i organizacijske promjene, zajedno s opterećenjima i radnim pritiscima. Unatoč tome, patronažne sestre naglašavaju rad s bolesnicima/korisnicima u zajednici kao zahvalno iskustvo (31). Prema dva europska epidemiološka istraživanja, sindrom sagorijevanja utječe na otprilike 25 % od sveukupnog broja medicinskih sestara. Stresori vezani uz rad i uz medicinske sestre uključuju izloženost smrti i umiranju, frustriranost idealima u području zdravstvene njege, buku, interpersonalni sukob, nedostatak znanja i nedostatak društvene podrške (32). Rezultati

nekoliko provedenih istraživanja ukazuju na mali broj djelatnika kao jedan od najvećih problema u zdravstvu. U zdravstvenim djelatnostima u zemljama diljem svijeta opisuje se opći nedostatak medicinskih sestara, što je vezano uz niz organizacijskih i psiholoških problema.

Provedeno je komparativno istraživanje u Zagrebu i Stockholmu koje se baziralo na ispitivanje stresa na poslu i zadovoljstvo poslom u patronažnoj djelatnosti (32). Utvrđeno je da medicinske sestre pokazuju visoke razine stresa i osjećaju se nezadovoljne na poslu. Organizacijske promjene, kao što su promjene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i reorganizacija poslova pokazali su se značajnim izvorima stresa za medicinske sestre u Stockholmu. Za medicinske sestre u Zagrebu, nedostatak resursa i visoka razina psiholoških zahtjeva su zabilježeni kao najveći izvori stresa. Unatoč tome, medicinske sestre u Zagrebu su bile zadovoljnije osjećajem kontrole nad poslom od medicinskih sestara u Stockholmu.

Na Upitniku intenziteta sagorijevanja na poslu raspon bodova iznosi od 18 (nema sagorijevanja) do 54 (maksimalno sagorijevanje) pri čemu su rezultati kategorizirani u tri skupine. Rezultati od 18 do 25 svrstani su u kategoriju „bez znakova sagorijevanja“, od 26 do 35 u kategoriju „početno sagorijevanje“, a rezultati u rasponu od 34 do 54 svrstani su u kategoriju „visokog stupnja sagorijevanja“. Ustanovljeno je da je kod medicinskih sestara iz patronažne zdravstvene zaštite prosječna ocjena na upitniku $M = 19,5$, a kod medicinskih sestara iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući $M = 22$, što ukazuje da je najveći broj ispitanika u kategoriji „bez sagorijevanja“ (prisutni izolirani znakovi stresa). Promatrajući, uočavamo dvije tvrdnje, odnosno znakove sagorijevanja, koje su bile najviše rangirane: „Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno čak i kad se dobro naspavam.“ i „Osjećam se nemoćnim/om promijeniti nešto na poslu.“ sa 37,3 % ispitanika. Slijedi ih rečenica „Razdražljiviji/a sam nego prije.“ sa 29,4 %.

Analizom ovog istraživanja uočljivo je da je najviše rangirani simptom sagorijevanja vezan uz osjećaj nemoći u mogućnosti utjecaja na neke promjene na poslu („Osjećam se nemoćnim/om promijeniti nešto na poslu.“). Moguće je zapitati se kako je raditi na tako odgovornom radnom mjestu u kojem se donose važne odluke vezane uz ljudski život, a na kojem medicinska sestra ima osjećaj da ne može utjecati na promjene. Poznato je da je osjećaj bespomoćnosti, odnosno nemogućnosti utjecaja na određene promjene u nekom važnom segmentu života, povezan s osjećajem frustracije, ljutnje, rezignacije, apatije i u konačnici – depresije. Potrebno je zapitati se kako se to može odraziti na rezultate rada, odnose s bolesnicima, kolegama, nadređenima, privatni život i mentalno zdravlje djelatnika. Zdravstveni djelatnici se opisuju kao skupina kod koje je stres na radu visok te je očuvanje

njihove radne sposobnosti od posebne važnosti, kako za njih same, tako i za širu društvenu zajednicu zbog značaja i osjetljivosti posla koji obavljaju.

Razlika između patronažnih sestara i medicinskih sestara koje rade u zdravstvenoj njezi u kući naspram sestara koje rade u bolnicama je u raznolikosti njihovih zadataka, načinima pristupa prema onima kojima se pomoć pruža. One pružaju zdravstvenu njegu pojedincu, obitelji i zajednici te promoviraju zdravlje. Njihov svakodnevni radni dan sadrži veliku varijaciju, susrećući se sa zdravim i bolesnim ljudima. Doživljavanje stresa izazvanog poslom smanjuje kvalitetu sestrinskog rada, tj. kvalitetu zdravstvene njege. S vremenom, nekima od njih se događa da gube volju za poslom, postaju bezosjećajni i nezainteresirani za ljude s kojima rade te u svom radu ne vide više nikakav smisao. Ta promjena odnosa prema poslu i promjena ponašanja veliki je problem za pomagača, ali i za one kojima je pomoć potrebna. Sindrom sagorijevanja je veliki problem polaganog tijeka koji postupno iscrpljuje tijelo i duh, katkad do te mjere da inače zdrava i kompetentna osoba postane potpuno blokirana.

Biti medicinska sestra je jedinstven poziv koji traži ono najljepše u ljudskom biću – humanost, predanost pozivu i ljubav prema čovjeku. Medicinske sestre, u želji da što više pomognu bolesnicima, iscrpljuju se i vrlo često zanemaruju svoje mentalno i fizičko zdravlje, stoga upravo u takvim uvjetima dolazi do sindroma sagorijevanja. Na temelju rezultata dobivenih ovim istraživanjem, sama prisutnost početnog stupnja sindroma sagorijevanja je alarm za pravovremenu, stručnu pomoć i podršku pojedincima kroz odgovarajuću organizaciju posla i dovoljan broj supervizijskih sastanaka. Sve u svrhu pronalaska pravovaljane prevencije i pravilne strategije suočavanja s prisutnošću ovoga poremećaja.

6. ZAKLJUČAK

Uvidom u rezultate dobivene istraživanjem možemo zaključiti kako kod većine ispitanica nije prisutan sindrom sagorijevanja. Posebni znaci upozorenja utvrđeni su kod četvrtine sveukupnog broja anketiranih medicinskih sestara. Oni su u većoj mjeri uočeni kod medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući u odnosu na medicinske sestre iz patronažne zdravstvene zaštite, no statistički značajna razlika nije pronađena. Međutim, sama prisutnost početnog stupnja sindroma sagorijevanja ne smije biti zanemariva jer upućuje na potencijalni problem.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Utvrditi prisutnost sindroma sagorijevanja medicinskih sestara te usporediti njegov intenzitet kod sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući.

Nacrt studije: Provedeno je presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Ispitivanje je provedeno na uzorku od 51 medicinske sestre. U istraživanju su sudjelovale 24 medicinske sestre iz patronažne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Osijek i 27 medicinskih sestara iz Ustanova za zdravstvenu njegu u kući „Jadranka Plužarić“, „Spomenka Kurina“, „Terica Breber“ na području grada Osijeka, u vremenskom razdoblju srpnju i kolovozu 2016. godine. Kao metoda istraživanja korištena je anonimna anketa. Prvi dio je upitnik s općim sociodemografskim podacima, a drugi dio je Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu. Upitnik je konstruiran u okviru aktivnosti Društva za psihološku pomoć (Ajduković M. i Ajduković D, 1994.).

Rezultati: 38 medicinskih sestara je u kategoriji „bez znakova sagorijevanja“, a 13 čine medicinske sestre s „posebnim znacima upozorenja“. Od toga, 9 je iz ustanova za zdravstvenu njegu u kući i 4 iz patronažne zdravstvene zaštite. Medijan ukupnog broja bodova na Upitniku intenziteta sagorijevanja iznosio je 21, a prema kategorizaciji, statistički značajna razlika je pronađena u učestalosti navedenih kategorija ($p < 0,001$). S obzirom na ostale najznačajnije varijable, nisu pronađene statistički značajne razlike.

Zaključak: Uvidom u rezultate dobivene istraživanjem možemo zaključiti kako kod većine ispitanica nije prisutan sindrom sagorijevanja. Posebni znaci upozorenja utvrđeni su u većoj mjeri kod medicinskih sestara iz zdravstvene njege u kući, no statistički značajna razlika ne postoji.

Ključne riječi: sindrom sagorijevanja, patronažna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u kući

8. SUMMARY

Study objectives: To determine the presence of the burnout syndrome among nurses and to compare the intensity of the mentioned syndrome among nurses working as health visitors with those in the domain of home care service.

Study design: The study was cross-sectional.

Participants and methods: The study was conducted on a sample of 51 nurses. The study involved 24 nurses from the Health Visitor Service Department in the Public Health Centre Osijek and 27 nurses from the Institutions for Home Care Service “Jadranka Plužarić”, “Spomenka Kurina”, “Terica Breber” in the area of the City of Osijek. The study was conducted in the period from July to August 2016. Anonymous survey was used as the research method. The first part of the survey contained questions about the general socio-demographic data, and the second part consisted of a Questionnaire on the burnout syndrome intensity. The survey was designed in the framework of the activities of the Society for Psychological Assistance (Ajduković M. and Ajduković D, 1994).

Results: There were 38 nurses in the category of "no signs of burnout," and 13 nurses comprised the group with the “specific warning signs”. 9 of the latter group of nurses come from the institutions for home health service and the remaining 4 work in the health visitor service. The median value of the total number of points on the burnout intensity Questionnaire was 21. Based on the categorization, a statistically significant difference was found in the frequency of the above categories ($p < 0.001$). With regard to the other most important variables, there were no statistically significant differences.

Conclusion: After examining the results obtained from the survey it can be concluded that the burnout syndrome was not present among the majority of participants. Specific warning signs were found to a bigger extent among the nurses in home care service, but without a statistically significant difference.

Keywords: burnout syndrome, health visitor service, home care service

9. LITERATURA

1. Domović V, Martinko J, Jurčec L. Čimbenici učiteljskog sagorijevanja na poslu. *Napredak*. 2010;151(3-4):350-369.
2. Ljubotina D, Družić O. Sindrom izgaranja na poslu kod pomagača i čimbenici koji utječu na stupanj izgaranja. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*. 1996;3:51-64.
3. Wang S, Liu Y, Wang L. Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *IJNS*. 2015;21:78-86.
4. Filipović R. Englesko-hrvatski rječnik. 1. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
5. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Comp; 1984.
6. Sauter S, Murphy L. *Stress... at work*. Cincinnati: NIOSH; 1998.
7. Ajduković D, Ajduković M. *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996.
8. Fučkar G. *Izgaranje na poslu – Psihološka i duhovna pomoć pomagačima*. Zagreb. Dobrobit; 1995.
9. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
10. Wills TA. Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*. 1986;5:503-529.
11. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press; 1980.
12. Perlman B, Hartman E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*. 1982;35:283-305.
13. Sturgess J, Poulsen A. (1983). The prevalence of burn-out in occupational therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1983;3:47-60.
14. Johnson M, Stone GL. Social workers and burnout: A psycho-logical description. *Journal of Social Service Research*. 1987;10:67-80.
15. Brown A, Bourne I. *The social work supervisor: Supervision in community, day care, and residential settings*. Philadelphia. Open University Press; 1996.
16. Faber B. *Stress and burnout in the human service profession*. New York: Pergamon Press; 1983.
17. Barrick R. Burnout and job satisfaction of vocational supervisors. *Journal of Agricultural Education*. 1989;4:35-41.

18. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*. 2010;6:1-9.
19. World Health Organization. International Classification of Diseases. Dostupno na adresi: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V> Datum pristupa: 18.7.2016.
20. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;3:204-220.
21. Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*. 2014;1:29-37.
22. Jahromi K, Hojat M. The Etiology of burnout syndrome and the levels of stress among nurses. *Journal of University of Medical Sciences*. 2014;12(1):1-10.
23. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. Dostupno na adresi: http://www.iusinfo.hr/Appendix/DDOKU_HR/DDHR20120208N83_24_1.pdf Datum pristupa: 10.7.2016.
24. Dušak M. Procjena emocionalne kompetencije razine stresa kod medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja. *HČJZ*. 2012;8(31):1-12.
25. Tschannen D, Kalisch B, Lee K. Missed Nursing Care: The impact on Intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res*. 2010;42(4):22-39.
26. Mojsović Z, i sur. *Sestrinstvo u zajednici. Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio*. 1. izd. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2004.
27. World Health Organization. WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation. Dostupno na adresi: http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf Datum pristupa: 3.5.2016.
28. Dugac Ž, Horvat K. Službeno, praktično, elegantno: o uniformama sestara pomoćnica-medicinskih sestara od 1920-tih do 1940-tih godina u Hrvatskoj. *Acta medico-historica Adriatica*. 2013;11(2):74-251
29. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe (NN, 88/10)
30. Škrinjar J. Odnos zanimanja i strategija suočavanja i svladavanja Burnout sindroma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 1996;32(1):25-36.

31. Haycock Stuart E, Jarvis A, Daniel K. A word without walls? District nurses perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *J Clin Nurs.* 2008;17:3012-3020.
32. Tholody Joncevic S, Romelsjo A, Theorell T. Comparison of stress, job satisfaction, perception of control and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. *Scand J Soc Med.* 1998;26(2):1-10.

10. ŽIVOTOPIS

Opći podatci:

Ime i prezime: Simona Milković

Datum i mjesto rođenja: 21. rujna 1994. u Osijeku

Adresa: Park Alberta Hofmanna 2 C, 31551 Belišće

email: simonamilkovic@gmail.com

Obrazovanje:

Medicinski fakultet Osijek, Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo, 2013. – 2016. godina

Medicinska škola Osijek, smjer medicinska sestra / tehničar, 2009. – 2013. godina

Osnovna škola „Ivan Kukuljević“, Belišće, 2001. – 2009. godina

11. PRILOZI

1. Prilog 1. – Obavijest za ispitanike o istraživanju
2. Prilog 2. – Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju
3. Prilog 3. – Anketni upitnik

Prilog 1. – Obavijest za ispitanike o istraživanju

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

Molim Vas za sudjelovanje u istraživanju za izradu završnog rada pod nazivom „Usporedba prisutnosti sindroma sagorijevanja medicinskih sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući na području grada Osijeka“. Ovo istraživanje provodi Simona Milković, studentica Sveučilišnog preddiplomskog studija Sestrinstvo u Osijeku.

Kao istraživač, dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja. Molim Vas, pročitajte ovu obavijest u cijelosti i prije pristanka na sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koja pitanja.

Svrha istraživanja:

Burn-out sindrom ili sindrom sagorijevanja na poslu je poremećaj koji može nastati nakon dugotrajnog izlaganja stresu. Zdravstvena struka s obzirom na veliku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, svrstana je u visoko stresne profesije. Ovo istraživanje se provodi kako bi se utvrdila prisutnost sindroma sagorijevanja medicinskih sestara i usporedio njegov intenzitet kod sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući.

Opis istraživanja:

Istraživanje će se provesti na medicinskim sestrama u Domu zdravlja Osijek, Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Jadranka Plužarić“, Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Spomenka Kurina“ te u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući „Terica Breber“. Kao metoda istraživanja bit će korištena anonimna anketa koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio sadržava opće sociodemografske podatke, a drugi dio je Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu.

Ukoliko imate dodatna pitanja vezana uz ovo istraživanje, možete me kontaktirati na broj mobitela: 0958696098 ili na email adresu: simonamilkovic@gmail.com.

Zahvaljujem se na Vašem vremenu!

Simona Milković

Prilog 2. – Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

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

Pročitao/la sam obavijest o istraživanju u svojstvu ispitanika i u vezi sudjelovanja u istraživanju „Usporedba prisutnosti sindroma sagorijevanja medicinskih sestara u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj njezi u kući na području grada Osijeka“ koje provodi Simona Milković, studentica Sveučilišnog preddiplomskog studija Sestrinstvo u Osijeku.

Dobio/la sam iscrpna objašnjenja te mi je dana mogućnost postavljanja pitanja vezanih uz ovo istraživanje. Na pitanja mi je odgovoreno jezikom koji mi je bio razumljiv. Objašnjena su mi svrha i korist istraživanja.

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

Razumijem kako se u bilo kojem trenutku mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja o odluci o povlačenju.

Također, razumijem kako ću nakon potpisivanja ovog obrasca i ja dobiti jedan primjerak istoga. Potpisom ovog obrasca suglasan/na sam pridržavati se uputa istraživača.

ISPITANIK (ime i prezime): _____

POTPIS: _____

DATUM: _____

ISTRAŽIVAČ: Simona Milković, studentica

Prilog 3. – Anketni upitnik

ANKETNI UPITNIK

Pred Vama se nalazi anonimni anketni upitnik koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio sadržava opće sociodemografske podatke, a drugi dio je Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu.

Molim Vas da iskreno odgovorite na sva ponuđena pitanja.

1. Spol (zaokružite): M Ž
2. Dob (upišite godine): _____
3. Bračni status:
 - a) Neoženjen/neudana
 - b) Oženjen/udana
 - c) Rastavljen/a
 - d) Udovac/ica
4. Djeca (zaokružite): DA NE
5. Stupanj obrazovanja:
 - a) SSS
 - b) VŠS
 - c) VSS
6. Broj godina radnog iskustva u zdravstvu: _____
7. Broj godina radnog iskustva na trenutnom radnom mjestu: _____

Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu¹

Pred Vama se nalazi kratki upitnik sa 18 tvrdnji vezanih uz Vaš posao. Molim Vas da iskreno procijenite postavljene tvrdnje zaokruživanjem jednog broja za svaku tvrdnju. Ukoliko biste u pojedinim tvrdnjama zaokružili npr. rijetko (1) ili ponekad (2), promislite i zaokružite onu koja po vama prevladava u cjelini. Kada završite sa zaokruživanjem, zbrojite svoje bodove.

| Br. | Procijenite sljedeće tvrdnje: | rijetko (1) | ponekad (2) | uvijek (3) |
|-----|--|----------------|----------------|---------------|
| 1. | Osjećam neprijateljstvo i srdžbu na poslu. | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Primjećujem da se povlačim od kolega. | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Sve što se traži da uradim doživljavam kao prisilu. | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Postajem sve neosjetljiviji/a i bešćutniji/a prema korisnicima i kolegama. | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Posao je veoma dosadan, zamoran i rutinski. | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Primjećujem da mislim negativno o poslu i usmjeravam se samo na njegove loše strane. | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Osjećam da postižem veoma malo nego prije. | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Imam teškoća u organiziranju svog posla i vremena. | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Razdražljiviji/a sam nego prije. | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Osjećam se nemoćnim/om promijeniti nešto na poslu. | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Frustracije izazvane poslom unosim i u privatni život. | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Više nego ikad, svjesno izbjegavam osobne kontakte. | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Pitam se je li moj posao prikladan za mene. | 1 | 2 | 3 |
| 14. | O svom poslu mislim negativno čak i navečer prije spavanja. | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Svakom radnom danu pristupam s mišlju: „Ne znam hoću li izdržati još jedan dan“. | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Čini mi se da nikog na poslu nije briga o onom što radim. | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Provodim više vremena izbjegavajući posao nego radeći. | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Na poslu se osjećam umorno i iscrpljeno, čak i kad se dobro naspavam. | 1 | 2 | 3 |

Bodovni rang (zaokružite):

- a) 18-25 bez znakova sagorijevanja
- b) 26-44 posebni znaci upozorenja
- c) 45-54 ozbiljno sagorijevanje, neophodna pomoć

¹Ajduković D., Ajduković M. Upitnik intenziteta sagorijevanja na poslu. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1994.