

Sindrom sagorijevanja na radu zaposlenih u zdravstvu

Trešek, Estera

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:502033>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Estera Trešek

**Sindrom sagorijevanja na radu kod zaposlenih
u zdravstvu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Estera Trešek

**Sindrom sagorijevanja na radu kod zaposlenih
u zdravstvu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Jadranke Mustajbegović i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

Popis kratica:

ANOVA	Analiza varijance
df	Broj stupnjeva slobode (engl. Degrees of freedom)
F	Frekvencija
N	Broj ispitanika
P	Statistička značajnost
SD	Standardna devijacija
SSS	Srednja stručna sprema
Upitnik	Upitnik za procjenu sindroma sagorijevanja na radu zaposlenih u zdravstvu
VSS	Visoka stručna sprema
VŠS	Viša stručna sprema

Sadržaj:

1. Sažetak	
2. Summary	
3. Uvod.....	1
3.1. Sindrom sagorijevanja na radu u djelatnosti zdravstva	3
4. Hipoteza.....	5
5. Ciljevi rada.....	6
6. Ispitanici i metode	7
7. Rezultati	8
7.1. Ispitanici	8
7.1.1. Sociodemografske značajke ispitanika.....	8
7.1.2. Stručna sprema	9
7.1.3. Spol.....	10
7.1.4. Dob i radni staž.....	11
7.2. Učestalost	18
7.2.1. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu.....	18
7.2.2. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture.....	23
7.2.3. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata.....	29
7.2.4. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva	36
7.2.5. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi	41
7.3. Sindrom sagorjevanja prema intenzitetu (stupnju).....	46
8. Rasprava.....	50
9. Zaključak	57
10. Zahvala.....	58
11. Literatura	59
12. Životopis.....	63
13. Prilozi.....	64
13.1. Upitnik.....	64

Sindrom sagorijevanja na radu kod zaposlenih u zdravstvu

Estera Trešek

1. Sažetak

Uvod: Sindrom sagorijevanja ili engleski *burn out* je psihološki termin za dugoročnu iscrpljenost i postepeno pomanjkanje interesa za posao i smanjenje profesionalne učinkovitosti, a nastaje kao posljedica prolongiranog stresa na radnom mjestu.

Opći cilj: Ispitati značajke sindroma sagorijevanja u zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj u odnosu na rad u bolničkim ili vanbolničkim ustanovama.

Specifični ciljevi: Ispitati sindroma sagorijevanja prema: učestalosti, intenzitetu (stupnju) te značajkama po: ustanovama, zanimanjima i spolu.

Ispitanici i metode: Sudjelovalo je 140 zdravstvenih djelatnika: 75 zaposlenih u Domu zdravlja, 34 u Specijalnoj bolnici i 31 u Rehabilitacijskom centru, od čega 33 muškarca i 107 žena. U Domu zdravlja prosječne dobi 42,8 godina (raspon 21 do 64 godine), u Specijalnoj bolnici prosječne dobi 35,9 godina (raspon 21 do 56 godina) te u Rehabilitacijskom centru prosječne dob 42,2 godine (raspon 23 do 57 godina). Podaci su prikazani tablično i grafički. Napravljena je opisna statistika s apsolutnim frekvencijama i odgovarajućim učestalostima prema vrsti anketirane ustanove. Razlike su se najprije analizirale hi-kvadrat testom. Dodatno se izračunao ukupan score te su se razlike između ustanova analizirale analizom varijance (ANOVA). Sve P vrijednosti manje od 0,05 su se smatrale statistički značajnima. U statističkoj analizi se koristila programska podrška STATISTICA (data analysis software system), verzija 10.0 (StatSoft, Inc. (2011)).

Rezultati: Rezultati istraživanja ukazuju kako postoji prisutnost sindroma sagorijevanja u vidu emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Ta dva simptoma sindroma sagorijevanja su najviše prisutna među zaposlenicima Doma zdravlja, a u manjoj mjeri u Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru, razlikuju se prema stručnoj spremi (najviše u medicinskih sestara-tehničara SSS) i spolu ispitanika (više u žena).

Zaključak: Potrebno bi bilo načiniti programe prevencije i provoditi mjere osnaživanja zaposlenika, poglavito medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, žena, koji su se pokazali najugroženijom skupinom.

Ključne riječi: *Sindrom sagorijevanja, zdravstveni djelatnici, stres, emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija*

The burnout syndrome among healthcare workers

Estera Tresek

2. Abstract

Introduction: The burnout syndrome is a psychological term for long-term exhaustion and gradual lack of interest to work, and fall in professional efficiency, and it develops as a consequence of prolonged stress at the workplace.

General objective: To research the burnout syndrome among healthcare workers in the Republic of Croatia in relation to jobs at the hospital or other health institutions.

Specific objectives: To research the burnout syndrome according to: frequency of appearance, intensity (level), and characteristics according to: health institutions, occupation and sex.

Participants and methods: 140 healthcare workers participated in the survey: 75 of them were employed in health House, 24 in Special hospital, and 31 in the Rehabilitation centre, 33 of them were male, and 107 female. The average age of surveyed at health Hose is 42,8 years (range from 21 to 56 years old); at special hospital 35,9 years (range from 21 to 56 years old); at the Rehabilitation centre average age was 42,2 years (range from 23 to 57 years old). The data is show, both in the table and graphically. Descriptive statistics with the absolute frequencies and appropriate appearances according to type of the institution can also be found. The differences were first analyzed by chi-square test. The total score was calculated additionally, and the differences between institutions were analyzed by analysis of variation (ANOVA). All P values which stood at less than 0,05, were considered as statistically significant. In the statistic analysis programmed support STATISTICA (data analysis software system), version 10.0 (StatSoft, Inc. (2011)) was used.

Results: The results of the research show that there is the presence of the burnout syndrome in the aspect of emotional exhaustion and depersonalization. These two symptoms of the burnout syndrome are present at the highest level among employees of health House, and at lower level in special hospital and Rehabilitation centre, and are also different according to qualifications (most expressed at nurses-medical assistants with secondary education, and according to sex (more expressed in females).

Conclusion: The prevention programs should be formed, and measures of empowerment of employees should be implemented, especially of nurses and medical technicians and

physiotherapists with secondary education, and also women who are the most endangered group.

Key words: *burnout syndrome, healthcare workers, stress, emotional exhaustion, depersonalization*

3. Uvod

Sindrom sagorijevanja ili engleski *burn out* je psihološki termin za dugoročnu iscrpljenost i postepeno pomanjkanje interesa za posao i smanjenje profesionalne učinkovitosti. Terminološko označavanje naziva veže se za američkog psihijatra Freudenberga koji je sedamdesetih godina 20 - tog stoljeća prvi put upotrijebio izraz *burn out*, odnosno sindrom sagorijevanja na radu. Naziv koristi se u većini zemalja, pa je i kod nas naziv *burn out* često u upotrebi (Schaufeli & Buunk 2003).

Naziv potječe iz naslova romana Grahama Greena „Slučaj burn out“ objavljenog 1961., u kojem razočarani arhitekt napušta svoj posao i odlazi u afričku džunglu (Spasić 2013).

Sindrom sagorijevanja ili iscrpljivanja na radu, naširoko je opisan u zapadnim industrijskim zemljama, a stigao je kao društveni i profesionalni problem i do nas. U industrijskom svijetu sindrom sagorijevanja doživljava se kao ozbiljna pojava, koja dugoročno svaku ustanovu ili tvrtku može dovesti do krize. Velike svjetske tvrtke shvatile su da pojava sagorijevanja na radu njihovih djelatnika utječe na rezultate rada i da može dovesti do značajnih financijskih gubitaka (Mazzi & Ferlin 2004).

Christina Maslach, koja se ubraja u najpoznatije istraživače *burn out-a* u SAD-u podrazumijeva pod ovim pojmom sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća, koji se pojavljuje među pojedincima koji rade s ljudima u tzv. pomagačkim profesijama (Jeleč - Kaker 2008).

Emocionalna iscrpljenost se odnosi na osjećaj osiromašenja emocija što rezultira gubitkom energije i slabošću. Predstavlja osjećaj emocionalne „rastegnutosti“ i iscrpljenosti zbog kontakta s drugim ljudima. Kad se emocionalne rezerve iscrpe, čovjek više nije sposoban davati se drugima

Depersonalizacija je često nazivana cinizmom, a označava emocionalno distanciranje i gubitak idealizma u profesionalnom radu, što se najčešće očituje negativnim stavom prema pacijentima. Odnosi se na bezosjećajan i ravnodušan odnos prema onim osobama koje su primatelji pomoći. Ovaj negativan stav može prerasti u grubo, neosjetljivo ili čak neprilagođeno ponašanje prema npr. pacijentima i/ili povlačenje od njih (Jeleč - Kaker 2008).

Smanjenje osobnog postignuća, profesionalno sagorijevanje, opisuje se kao niz tjelesnih i mentalnih simptoma iscrpljenosti, odnosno kao odložen odgovor na kronične i interpersonalne

stresne događaje na radnom mjestu. Percepcija smanjenog osobnog postignuća uključuje smanjenje osjećaja kompetencije i postignuća na radu (Hudek- Knežević et al. 2005).

Simptomi profesionalnog sagorijevanja najčešće se istražuju u zanimanjima tzv. pomagačkih profesija koje se bave duševnim i tjelesnim zdravljem (medicinske sestre, liječnici, socijalni radnici, svećenici), obrazovanje (nastavnici, defektolozi), rad s ljudima: upravljanje ljudskim potencijalima engl. *managment*, vojsci i policiji te kompjutorskom tehnologijom (Freudenberger 1974; Maslach 1982).

Razlikuju se tri stupnja sagorijevanja (Gundersen 2001) :

1. početna načetost stresom
2. reaktivna kompenzacija stresa s očuvanjem energije
3. faza istrošenosti

U prvom stupnju „načetosti“ stresom javljaju se psihološke i fiziološke reakcije kao na primjer razdražljivost, anksioznost, palpitacije srca, probavni problemi, škripanje zubima u snu, nesanica, zaboravljivost i problemi koncentracije (Gundersen 2001).

Značajke drugog stupnja su: kašnjenje na posao, odgađanje poslova, izbjegavanje radnih zadaća, stalan umor, pad seksualne želje, porast cinizma, izolacija od prijatelja i obitelji, pretjerivanje u pušenju, ispijanju kave, opijanju ili korištenju lijekova i psihoaktivnih tvari do potpune apatije (Mason et al. 1993).

Tek u trećem stupnju istrošenosti, većina ljudi primijeti da nešto nije u redu. Posao se počinje doživljavati kao opterećenje. Javlja se kronična depresija, pad otpornosti sa stalnim poboljšavanjem, kronični želučani i crijevni problemi, kronična psihička i fizička izmorenost, kronične glavobolje ili migrene, želja za bijegom, učestale suicidalne primisli. Ako postoje bilo koja dva od navedenih simptoma, znači da je osoba ušla u fazu sagorijevanja (Michaels 1996).

3.1. *Sindrom sagorijevanja na radu u djelatnosti zdravstva*

Zdravstvena djelatnost, u kojoj su zaposleni izloženi visokim razinama stresa, zauzima posebno mjesto jer su i posljedicama stresa izloženi upravo oni o kojima ovisi zdravlje i život drugih ljudi (Aiken et al. 2002).

Suvremeni razvoj zdravstvene djelatnosti obzirom na rad, uvjete i način rada, radni okoliš i organizaciju rada, uvođenje novih tehnologija, novih znanstvenih i stručnih spoznaja te rastući razvoj dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, uz povećanje psihofizičkih zahtjeva za zdravstvene djelatnike mogu izazvati nove epidemije bolesti uzrokovanih radom i radnim uvjetima (Eriksen et al. 2006).

Profesionalni stres svakako je jedan od najznačajnijih čimbenika koji vode u sindrom sagorijevanja (Ajduković 1996).

Pretjerani i prolongirani stres može dovesti do sindroma sagorijevanja čije su značajke psihička, fizička i/ili psihofizička iscrpljenost (Everly et al. 1996).

Donošenje *Nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti osoba na radu u djelatnosti zdravstvene zaštite 2015. - 2020.* i time utvrđivanje politike zaštite zdravlja i sigurnosti osoba na radu u djelatnosti zdravstvene zaštite obvezuje Konvencija Međunarodne organizacije rada o zaštiti zdravlja na radu (International Labour Organization - ILO) broj 155, Zakon o zaštiti na radu Republike Hrvatske i Zakon o zdravstvenoj zaštiti.

Prijedlog *Nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti osoba na radu u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015. - 2020. godine* izradilo je Ministarstvo zdravlja u suradnji sa Suradnim centrom Svjetske zdravstvene organizacije za medicinu rada u Republici Hrvatskoj, ministarstvom nadležnim za rad i organizacijama odgovornim za zaštitu i unaprjeđenje zdravlja i sigurnosti osoba na radu u djelatnosti zdravstvene zaštite u privatnom i javnom sektoru (http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/nacionalni_programi):

- Ministarstvo rada i mirovinskog sustava
- Nacionalno vijeće za zaštitu na radu
- Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu
- Hrvatski liječnički zbor
- Hrvatsko društvo za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora

- Hrvatska liječnička komora
- Hrvatski liječnički sindikat
- Hrvatska komora medicinskih sestara
- Hrvatska udruga medicinskih sestara
- Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara i medicinskih tehničara

U pripremi Nacionalnog programa stručni doprinos dale su i sljedeće institucije:

- Hrvatska ljekarnička komora
- Hrvatska komora medicinskih biokemičara
- Hrvatska komora dentalne medicine
- Hrvatska komora zdravstvenih radnika
- Hrvatska komora primalja
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
- Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta
- Agencija za odgoj i obrazovanje
- Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

4. Hipoteza

Učestalost i značajke sindroma sagorijevanja u zdravstvenih djelatnika razlikuju se obzirom na ustroj zdravstvene ustanove: rade li u Domu zdravlja, Bolničkoj ustanovi ili Rehabilitacijskom centru.

5. Ciljevi rada

OPĆI CILJ:

- Ispitati značajke sindroma sagorijevanja u zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj u odnosu na rad u bolničkim ili vanbolničkim ustanovama.

SPECIFIČNI CILJEVI:

Kako bi se ostvario postavljeni cilj, potrebno je u različitim zdravstvenim ustanovama; Domu zdravlja, Bolnici i Rehabilitacijskom centru; ispitati sindrom sagorijevanja prema:

- Učestalosti
- Intenzitetu (stupnju)
- Značajkama po
 - ustanovama
 - zanimanjima
 - spolu

SVRHA je temeljem dobivenih rezultata dati prijedlog u kojem smjeru treba razvijati programe podrške i prevencije sindroma sagorijevanja na radu zaposlenih u zdravstvu.

6. Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 17.12.2014. do 17.03.2015. uz suglasnost etičkih povjerenstava ustanova u kojima su provedena istraživanja u Domu zdravlja, Specijalnoj bolnici i u Rehabilitacijskom centru.

U istraživanje je bilo uključeno 255 ispitanika. Od toga 150 zaposlenika Doma zdravlja, 45 zaposlenika Specijalne bolnice i 60 zaposlenika Rehabilitacijskog centra. Svi anketirani zdravstveni djelatnici bili su upoznati sa svrhom istraživanja.

Istraživanje se provodilo putem standardiziranog upitnika ORCAB Questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009). Upitnik je na zadovoljavajući način popunilo 140 ispitanika, te je odaziv istraživanju bio 55 %. Prikupljanje podataka bilo je dobrovoljno i anonimno. Upitnik se sastoji od šest područja koja se odnose na: (1) opće podatke o ispitaniku (2) kako ispitanik procjenjuje svoj rad (3) njegov odnos prema ustanovi u kojoj radi (4) kako procjenjuje sigurnost pacijenta u ustanovi (5) ispitanikovo zdravlje i njegove navike te (6) na kvalitetu skrbi koju pruža (Prilog 1.)

Odgovori ispitanika bilježeni su Likertovom skalom (Afrić 2007).

Podjeljeni su upitnici i svatko je mogao sam u miru odgovoriti na pitanja, a zatim ih ubaciti u za to predviđenu kutiju.

Podaci iz prikupljenih upitnika preneseni su u prilagođenu tablicu programa Excell.

Statističke metode

Podaci su prikazani tablično i grafički. Napravljena je opisna statistika s apsolutnim frekvencijama i odgovarajućim učestalostima prema vrsti anketirane ustanove. Razlike su se najprije analizirale hi-kvadrat testom. Dodatno se izračunao ukupan score te su se razlike između ustanova analizirale analizom varijance (ANOVA). Sve P vrijednosti manje od 0,05 su se smatrale statistički značajnima. U statističkoj analizi se koristila programska podrška STATISTICA (data analysis software system), verzija 10.0 (StatSoft, Inc. (2011).

(www.statsoft.com).

7. Rezultati

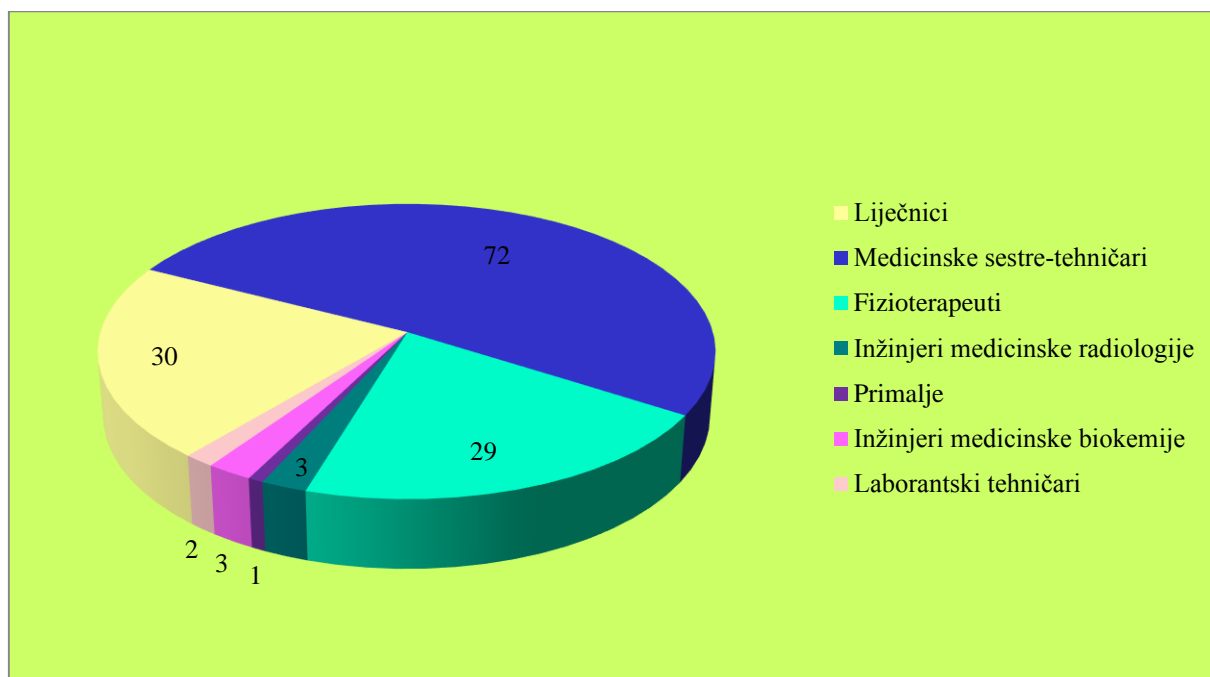
7.1. Ispitanici

Od 75 zdravstvenih djelatnika koji rade u Domu zdravlja, bilo je 12 muškaraca (16%) te 63 žena (84%). Među ispitanicima Doma zdravlja bilo je 31 (41,3%) medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, 20 (26,7%) medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS (prvostupnika) te 24 (32%) doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS. Od 45 zdravstvenih djelatnika koji rade u Specijalnoj bolnici 37 se odazvalo na istraživanje. 34 upitnika bila su u potpunosti ispunjena. Od 34 zdravstvena djelatnika Specijalne bolnice bilo je 15 muškaraca (44,1%) te 19 žena (55,9%). Među ispitanicima Specijalne bolnice bilo je 5 (14,7%) medicinskih sestara-tehničara sa SSS, 21 (61,8%) medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS (prvostupnika) te 8 (23,5%) doktora medicine. Od 60 zdravstvenih djelatnika u Rehabilitacijskom centru 35 se odazvalo na istraživanje, a 31 upitnik bilo je u potpunosti ispunjen. Od 31 zdravstvenog djelatnika u Rehabilitacijskom centru bilo je 6 muškaraca (19,4%) te 25 žena (80,6%). Među ispitanicima Rehabilitacijskog centra bilo je 14 (45,2%) medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, 16 (51,6%) medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS (prvostupnika) te 1 (3,2%) s VSS.

7.1.1. Sociodemografske značajke ispitanika

Zanimanje

U istraživanju je, od 140 ispitanika sudjelovalo: 30 liječnika, 72 medicinske sestre-tehničara, 29 fizioterapeuta, 3 inženjera medicinske radiologije, 1 primalja, 3 inženjerke medicinske biokemije, 2 laborantske tehničarke (Slika 1).



Slika 1 Raspodjela ukupnog broja ispitanika prema zanimanju

7.1.2. Stručna sprema

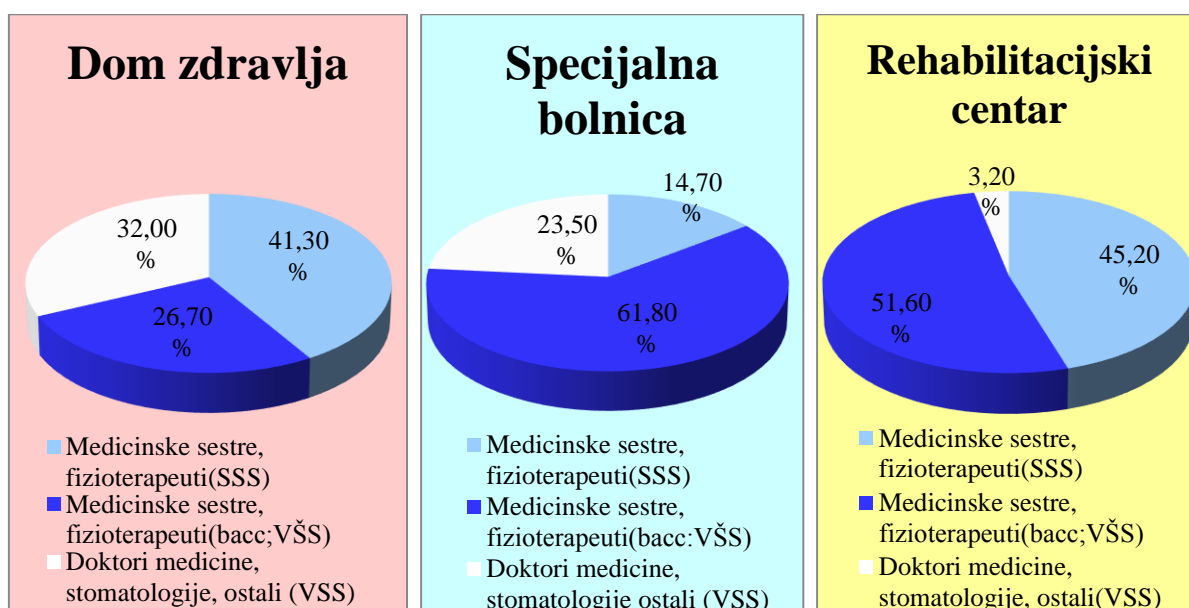
Srednju stručnu spremu u Domu zdravlja imalo je 41,3% ispitanika, u Specijalnoj bolnici 14,7% ispitanika te u Rehabilitacijskom centru 45,2% ispitanika.

Višu stručnu spremu u Domu zdravlja imalo je 26,7% ispitanika, u Specijalnoj bolnici 61,8% ispitanika te u Rehabilitacijskom centru 51,6% ispitanika.

Visoku stručnu spremu u Domu zdravlja imalo je 32,0% ispitanika, u Specijalnoj bolnici 23,5% ispitanika i u Rehabilitacijskom centru 3,2% ispitanika (Tablica 1, Slika 2).

Tablica 1. Raspodjela ispitanika prema stručnoj spreml

		Ustanova					
		Dom zdravlja		Specijalna bolnica		Rehabilitacijski centar	
		N	%	N	%	N	%
Stručna sprema	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	31	41,3%	5	14,7%	14	45,2%
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	20	26,7%	21	61,8%	16	51,6%
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	24	32,0%	8	23,5%	1	3,2%



Slika 2. Raspodjela ispitanika prema stručnoj spremi zaposlenih u Domu zdravlja, Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru

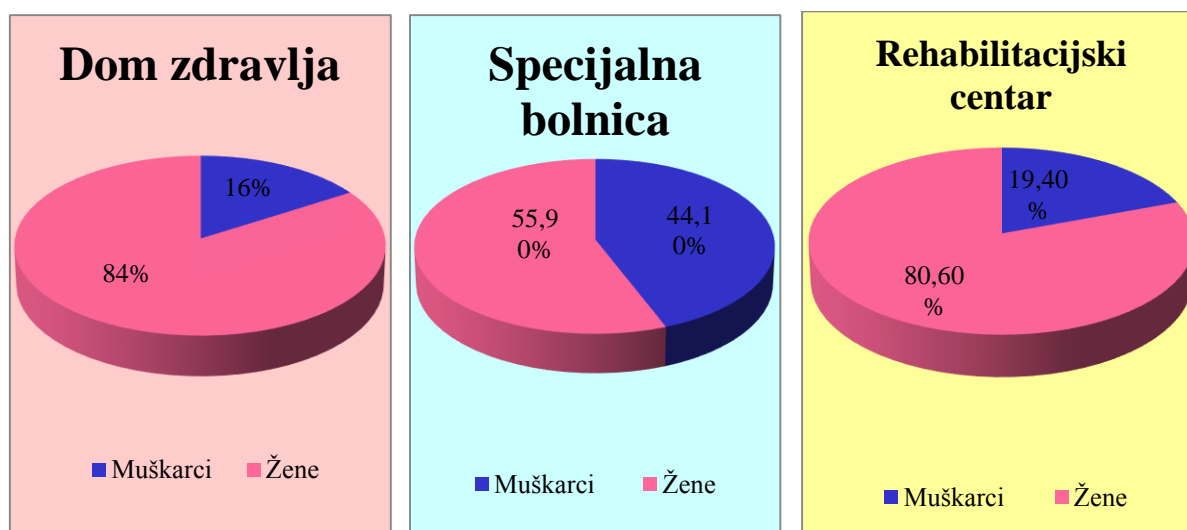
Iz Tablice 1. i Slike 2. razvidno je da se, u odnosu na specifičnosti radnih zadaća u ispitivanim ustanovama, razlikuje i zastupljenost ispitanika prema stručnoj spremi: U Domu zdravlja najveći je udio medicinskih sestara-tehničara sa SSS (41,30%), a gotovo trećina zaposlenih su doktori medicine (32,00%); u Specijalnoj bolnici je manje od četvrtine doktora medicine (23,50%), a medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ iznad 60%; dok je u Rehabilitacijskom centru zastupljenost medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS i VŠŠ podjednaka (51,60% odnosno 45,20%), a doktora medicine svega 3,20%.

7.1.3. Spol

U istraživanju je sudjelovalo 33 muških i 107 ženskih ispitanika. U Domu zdravlja: 12 muškaraca (16%) i 63 žene (84%). U Specijalnoj bolnici: 15 muškaraca (44,1%) i 19 žena (55,9%). U Rehabilitacijskom centru: 6 muškaraca (19,4%) i 25 žena (80,6%) (Tablica 2, Slika 3).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika po spolu (muškarci i žene)

N= 140	Ustanova					
	Dom zdravlja		Specijalna bolnica		Rehabilitacijski centar	
	N	%	N	%	N	%
muškarci	12	16,0%	15	44,1%	6	19,4%
žene	63	84,0%	19	55,9%	25	80,6%



Slika 3. Raspodjela ispitanika po spolu zaposlenih u Domu zdravlja, Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru

Iz Tablice 2. i Slike 3. razvidno je, da se u, odnosu na specifičnosti radnih zadaća u ispitivanim ustanovama, razlikuje i zastupljenost ispitanika prema spolu: U Domu zdravlja je znatno veći udio žena (84,00%) a manji udio muškaraca (16,00%); u Specijalnoj bolnici također je veći udio žena (55,90%) a nešto manji udio muškaraca (44,10%); u Rehabilitacijskom centru je također znatno veći udio žena (80,60%) a manji udio muškaraca (19,40%).

7.1.4. Dob i radni staž

Prosječna dob zdravstvenih djelatnika u Domu zdravlja je 42,8 godina (raspon 21 do 64 godine).

Prosječna dob zdravstvenih djelatnika u Specijalnoj bolnici je 35,9 godina (raspon 24 do 56 godina). Prosječna dob zdravstvenih djelatnika u Rehabilitacijskom centru je 40,2 godine (raspon 23 do 57 godina).

Ukupni radni staž zdravstvenih djelatnika zaposlenih u Domu zdravlja u prosjeku iznosi 16,3 godine, u Specijalnoj bolnici u prosjeku iznosi 3,2 godine te u Rehabilitacijskom centru u prosjeku iznosi 16,9 godina.

Radni staž na odjelu zdravstvenih djelatnika zaposlenih u Domu zdravlja u prosjeku iznosi 14,6 godina, u Specijalnoj bolnici u prosjeku iznosi 7,1 godina te u Rehabilitacijskom centru u prosjeku iznosi 14,8 godina (Tablica 3, Slika 4, Slika 5, Slika 6).

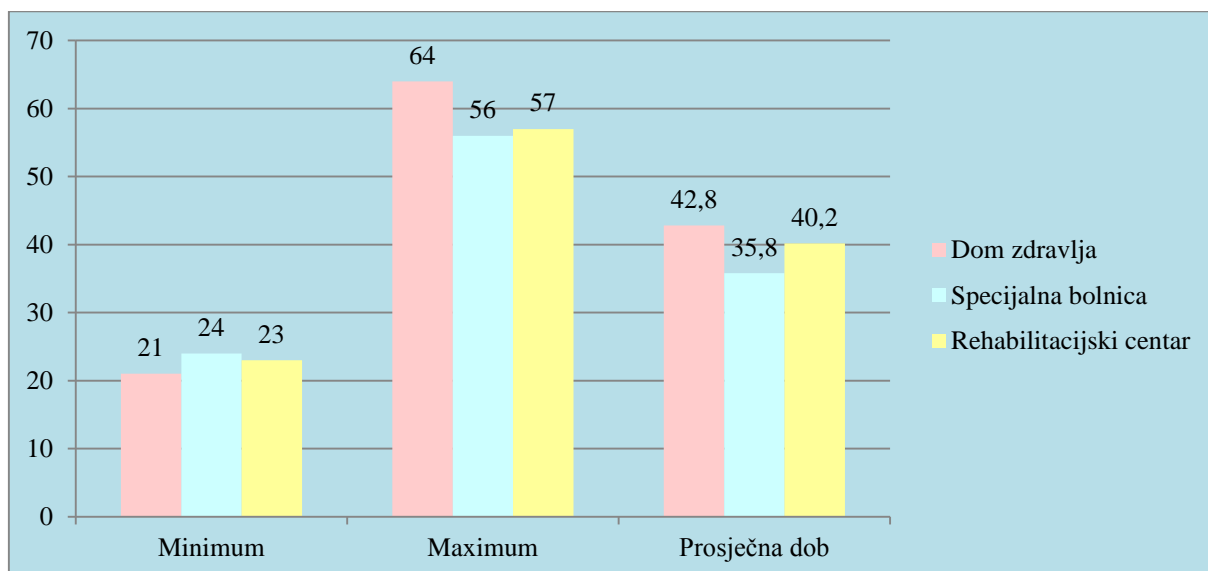
Tablica 3. Opisna statistika dobi i staža ovisno o ispitivanim ustanovama: jednosmjerna analiza varijance

	N	Aritmetička sredina (godine)	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Dob (godine)	Dom zdravlja	75	42,81	12,17	40,01	45,61	21,00	64,00
	Bolnica	34	35,85	8,43	32,91	38,80	24,00	56,00
	Rehabilitacijski centar	31	40,23	10,97	36,20	44,25	23,00	57,00
	Ukupno	140	40,55	11,40	38,65	42,45	21,00	64,00
Ukupni radni staž (godine)	Dom zdravlja	75	16,3	12,8	13,3	19,2	0,3	45,5
	Bolnica	34	3,2	1,5	2,7	3,8	0,2	5,2
	Rehabilitacijski centar	31	16,9	11,5	12,8	21,1	0,4	35,7
	Ukupno	140	13,0	12,2	11,2	15,3	0,2	45,5
Stož na odjelu (godine)	Dom zdravlja	75	14,6	11,4	11,9	17,4	0	40
	Bolnica	34	7,1	7,9	4,4	9,9	0,1	30
	Rehabilitacijski centar	31	14,8	11,0	10,7	18,9	0,6	35,7
	Ukupno	140	12,7	10,9	10,8	14,6	0	40

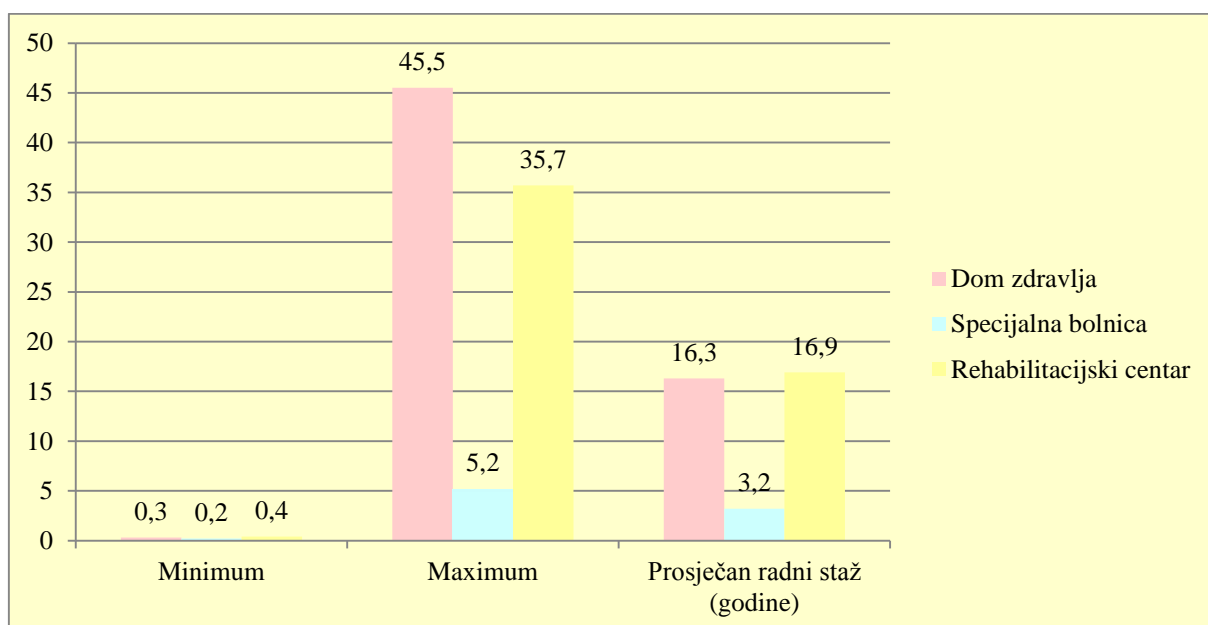
Tablica 4. Značajnost razlika po dobi, ukupnom radnom stažu i stažu na odjelu

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Dob	1137,58	2,00	568,79	4,61	0,012
Ukupni radni staž	650942,45	2,00	325471,22	18,97	<0,001
Stož na odjelu	207637,33	2,00	103818,67	6,53	0,002

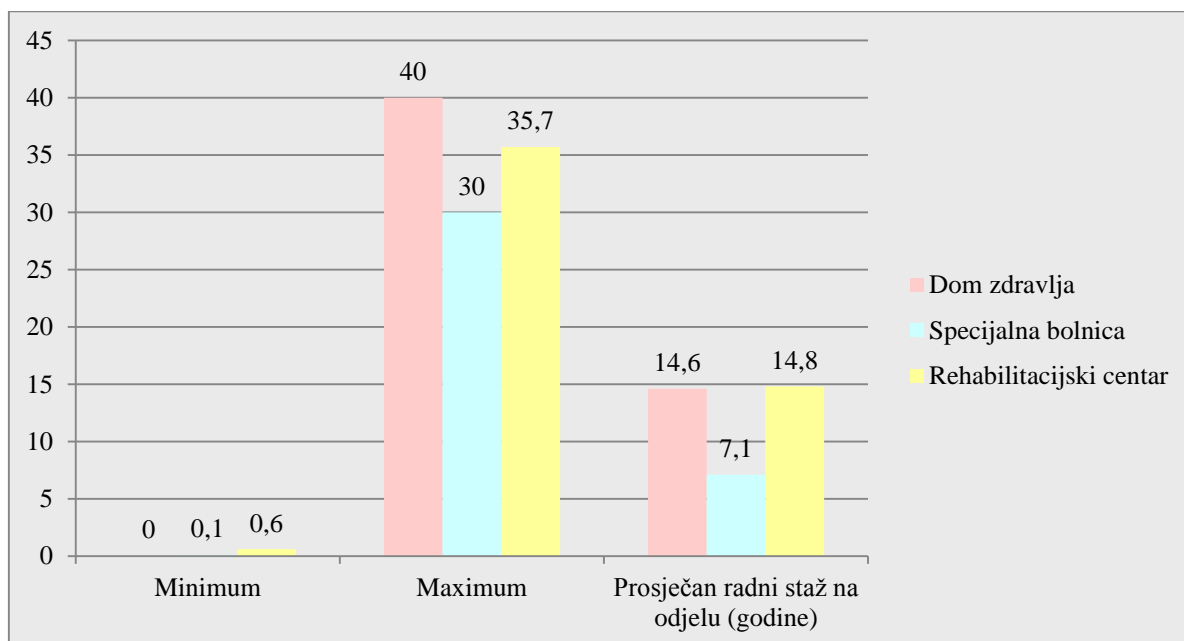
Rezultati istraživanja pokazuju da postoji statistički značajna razlika po dobi, ukupnom radnom stažu i stažu na odjelu (Tablica 4).



Slika 4. Raspodjela ispitanika po dobi između ispitivanih ustanova



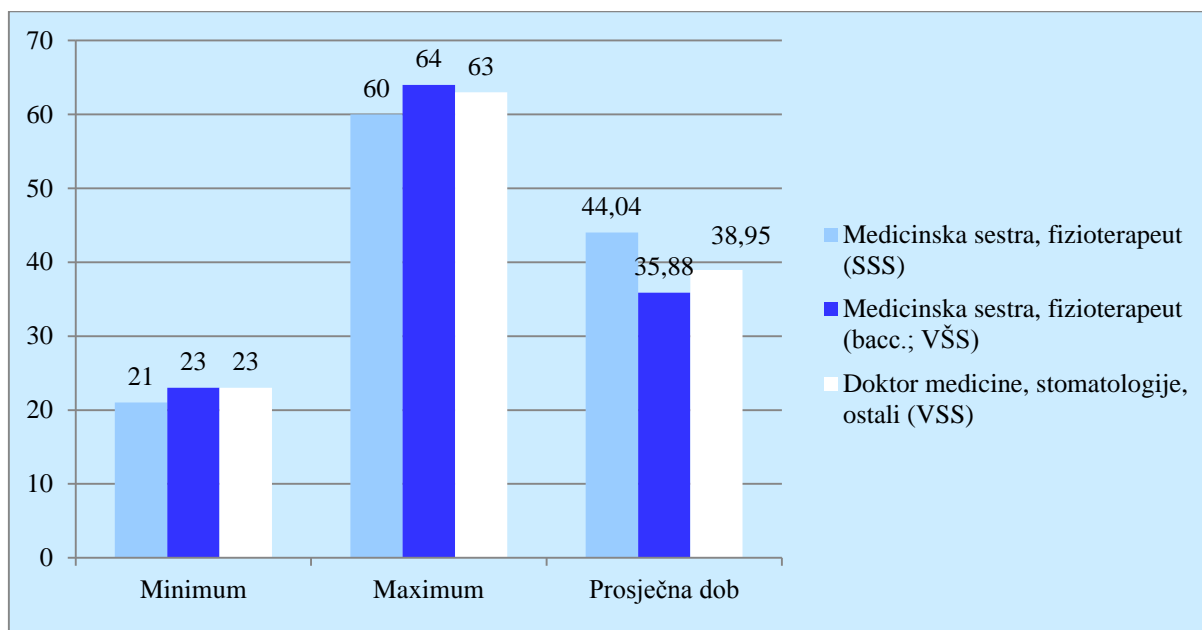
Slika 5. Raspodjela ispitanika po ukupnom radnom stažu između ispitivanih ustanova



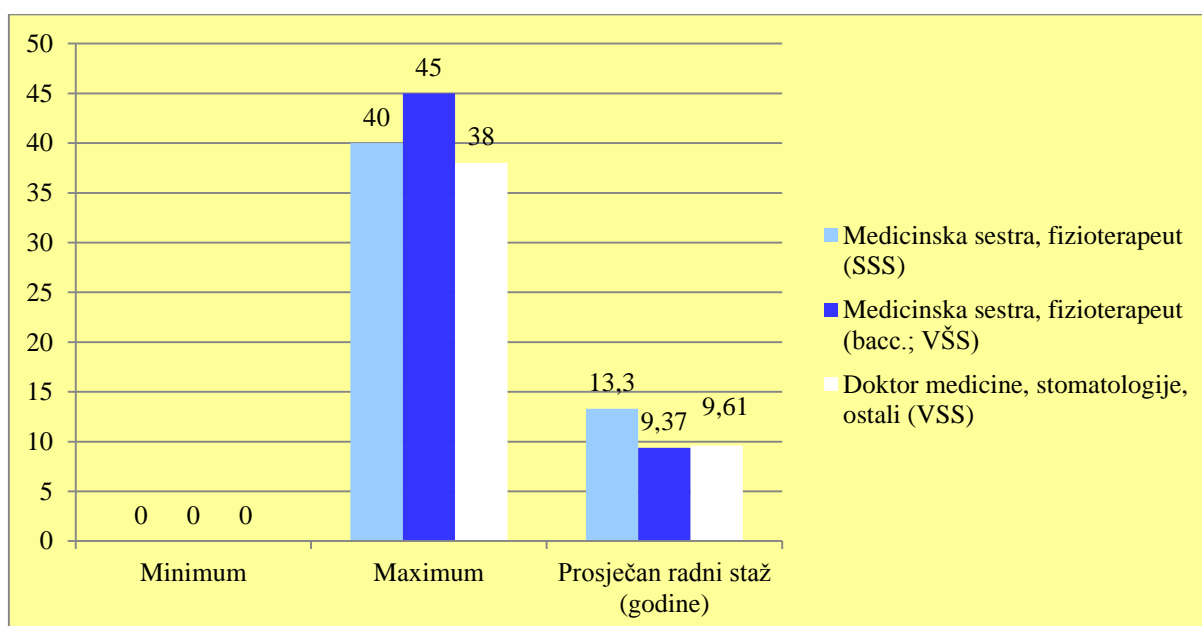
Slika 6. Raspodjela ispitanika po ukupnom radnom stažu na odjelu između ispitivanih ustanova

Tablica 5. Opisna statistika dobi i staža ovisno o zanimanju ispitanika: jednosmjerna analiza varijance

		N	Artm. sredina (godine)	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max
					Donji	Gornji		
Dob (godine)	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	44,04	10,309	41,11	46,97	21	60
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	35,88	10,216	33,17	38,59	23	64
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	43,33	12,361	2,152	38,95	23	63
Ukupni radni staž (godine)	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	13,30	11,608	16,00	22,60	0	40
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	9,37	10,900	6,48	12,26	0	45
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	9,61	11,937	5,37	13,84	0	38



Slika 7. Raspodjela ispitanika po dobi po značajci zanimanja



Slika 8. Raspodjela ispitanika po ukupnom radnom stažu po značajci zanimanja

Iz Tablice 5. i Slike 7. vidljivo je da prosječna dob medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS iznosi 44,0 godine (raspon 21 do 60 godina), prosječna dob medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS je 35,8 godina (raspon 23 do 64 godine), prosječna dob doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS je 38,9 godina (raspon 23 do 63 godine)

Dok je iz Tablice 5. i Slike 8. razvidno da ukupni radni staž medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS u prosjeku iznosi 13,3 godine (raspon 0 do 40 godina), ukupni radni staž medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS u prosjeku iznosi 9,4 godina (raspon 0 do

45 godina), a ukupni radni staž doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS u prosjeku iznosi 9,6 godinu (raspon 0 do 38 godina).

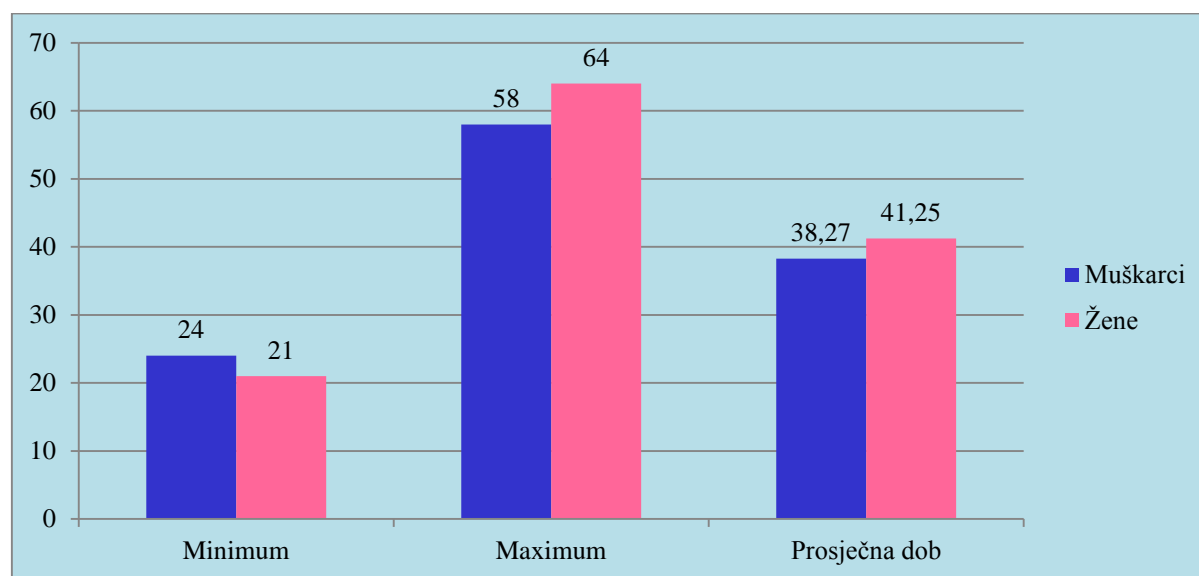
Tablica 6. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima dobi i radnog staža ispitanika po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Dob (godine)	2109,256	2	1054,628	9,063	<0,001
Ukupni radni staž (godine)	3116,244	2	1558,122	11,982	<0,001

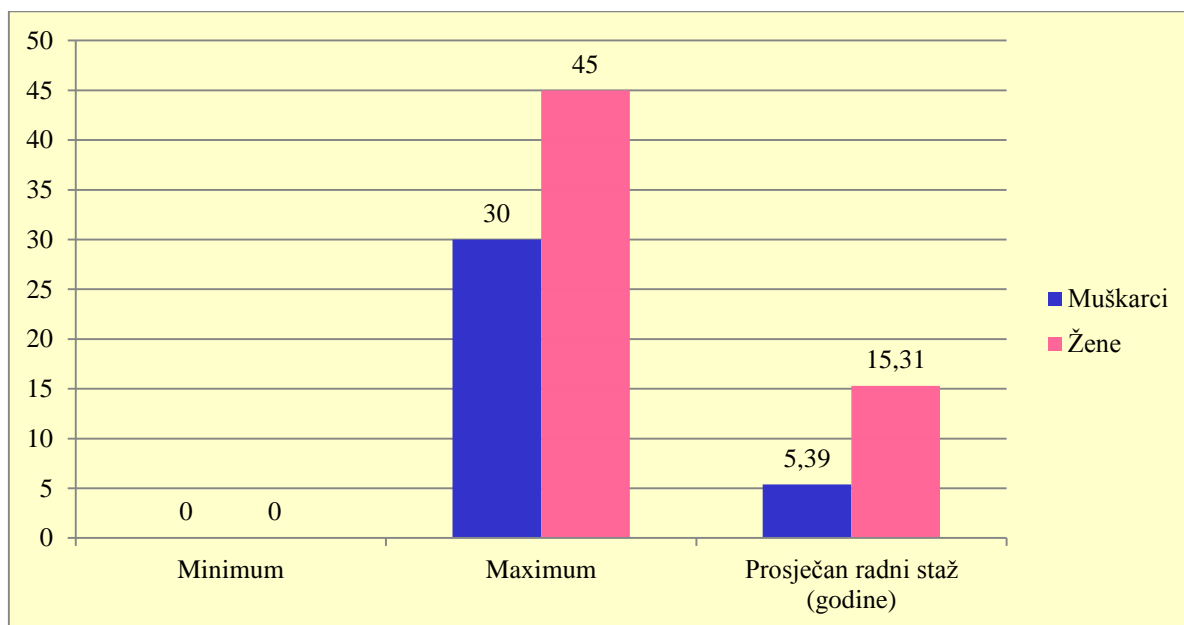
Rezultati istraživanja pokazuju da je razlika u dobi i ukupnom radnom stažu statistički značajna ($P < 0,001$) (Tablica 6).

Tablica 7. Opisna statistika dobi i staža ovisno o spolu ispitanika: jednosmjerna analiza varijance

		N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max
					Donji	Gornji		
Dob (godine)	Muškarci	33	38,27	10,257	34,64	41,91	24	58
	Žene	107	41,25	11,680	39,01	43,49	21	64
Ukupni radni staž (godine)	Muškarci	33	5,39	7,198	2,84	7,95	0	30
	Žene	107	15,31	12,587	12,90	17,72	0	45



Slika 9. Raspodjela ispitanika po dobi i značajci spola



Slika 10. Raspodjela ispitanika po ukupnom radnom stažu i značajci spola

Iz Tablice 7. i Slike 9. možemo iščitati da je prosječna dob muškaraca, u ustanovama u kojima je provedeno istraživanje, 38,3 godine (raspon 24 do 58 godina), a prosječna dob žena iznosi 41,2 godine (raspon 21 do 64 godine).

Tablica 7. i Slika 10. pokazuju da je prosječni radni staž kod muškaraca, u ustanovama u kojima je provedeno istraživanje, 5,4 godine (raspon 0 do 30 godina), a prosječni radni staž kod žena je 15,3 godine (raspon 0 do 45 godina).

Tablica 8. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima dobi i radnog staža ispitanika po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Dob (godine)	223,918	1	223,918	1,733	0,190
Ukupni radni staž (godine)	2479,184	1	2479,184	18,541	<0,001

Rezultati istraživanja pokazuju da je razlika ukupnog radnog staža statistički značajna ($P < 0,001$) (Tablica 8).

7.2. Učestalost

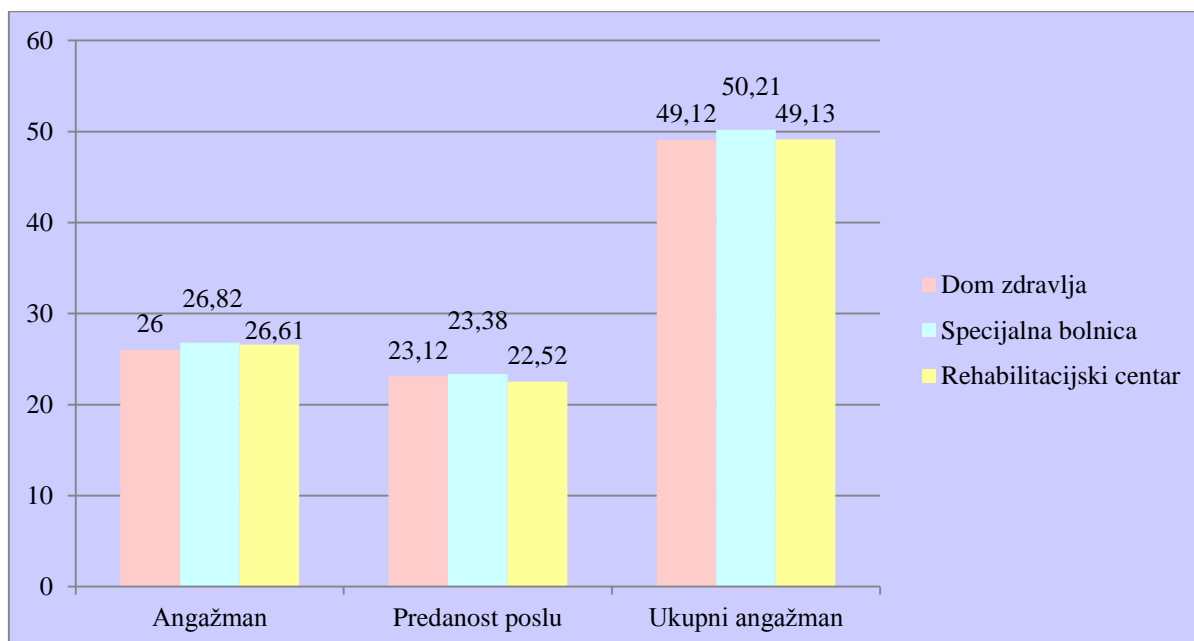
7.2.1. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu

Tablica 9. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu između ispitivanih ustanova

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Angažman	Dom zdravlja	75	26,00	7,44	24,29	27,71	0,00	36,00
	Bolnica	34	26,82	7,33	24,27	29,38	11,00	36,00
	Rehabilitacijski centar	31	26,61	7,56	23,84	29,38	0,00	36,00
	Ukupno	140	26,34	7,40	25,10	27,57	0,00	36,00
Predanost poslu	Dom zdravlja	75	23,12	7,03	21,50	24,74	0,00	31,00
	Bolnica	34	23,38	6,18	21,23	25,54	7,00	30,00
	Rehabilitacijski centar	31	22,52	6,47	20,14	24,89	0,00	30,00
	Ukupno	140	23,05	6,67	21,93	24,17	0,00	31,00
Ukupni angažman	Dom zdravlja	75	49,12	14,06	45,89	52,35	0,00	66,00
	Bolnica	34	50,21	13,22	45,59	54,82	18,00	66,00
	Rehabilitacijski centar	31	49,13	13,53	44,17	54,09	0,00	66,00
	Ukupno	140	49,39	13,65	47,10	51,67	0,00	66,00

Tablica 10. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu između ispitivanih ustanova

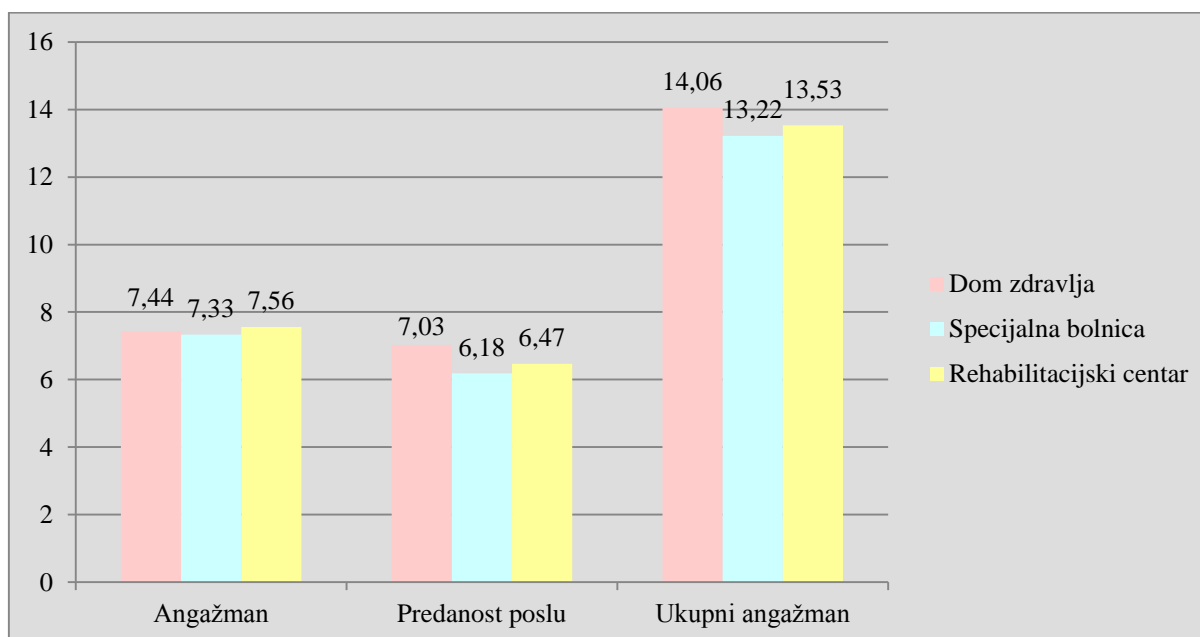
ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Angažman	18,925	2	9,46	0,17	0,843
Predanost poslu	12,959	2	6,48	0,14	0,866
Ukupni angažman	30,209	2	15,10	0,08	0,923



Slika 11. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 9. i Slike 11. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da je angažman, predanost poslu i ukupni angažman najviše izražen u Specijalnoj bolnici, nešto manje je izražen u Domu zdravlja, a najmanje u Rehabilitacijskom centru.

Rezultati istraživanja pokazuju da razlike nisu statistički značajne (Tablica 10).



Slika 12. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu između ispitivanih ustanova (Standardna devijacija)

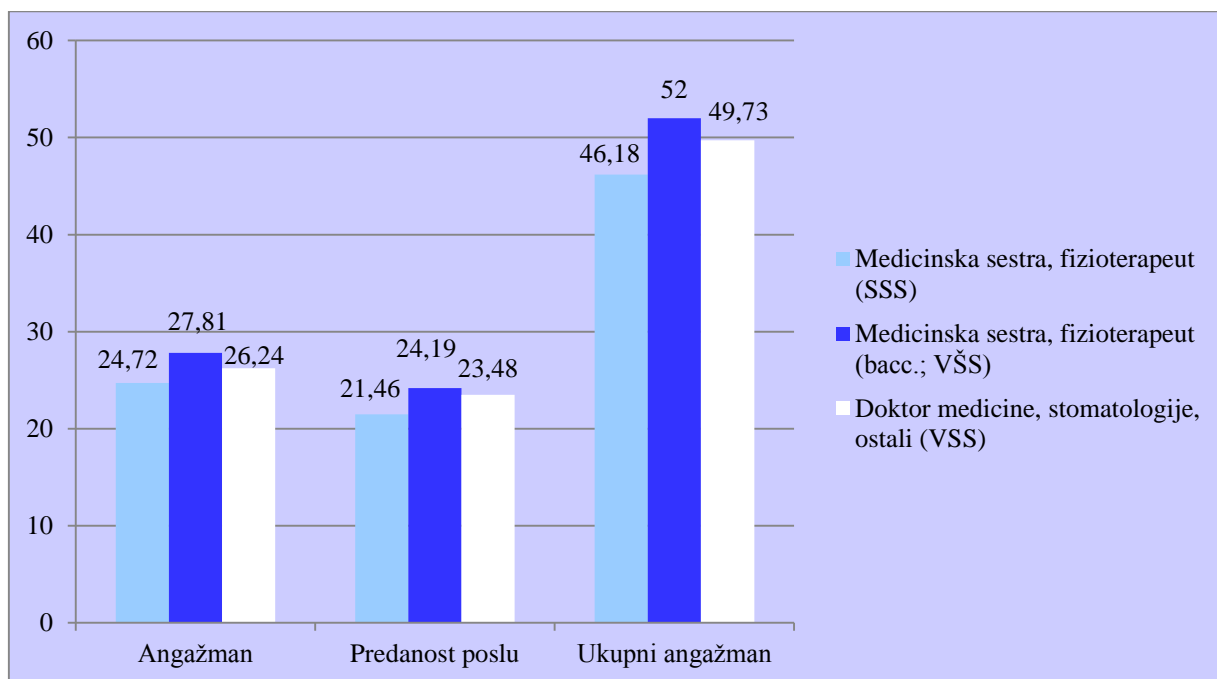
Najveća odstupanja od srednje vrijednosti u sve tri ispitivane ustanove pokazala je dimenzija ukupni angažman (Slika 12).

Tablica 11. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci zanimanja

	N	Atm. sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Angažman	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	24,72	9,11	22,13	27,31	0,00	36,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	27,81	5,98	26,22	29,39	11,00	36,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	26,24	6,34	23,99	28,49	14,00	36,00
Predanost poslu	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	21,46	8,12	19,15	23,77	0,00	30,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	24,19	5,31	22,78	25,60	7,00	30,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	23,48	6,06	21,34	25,63	8,00	31,00
Ukupni angažman	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	46,18	16,89	41,38	50,98	0,00	66,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	52,00	10,81	49,13	54,87	18,00	66,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	49,73	11,83	45,53	53,92	22,00	66,00

Tablica 12. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci zanimanja

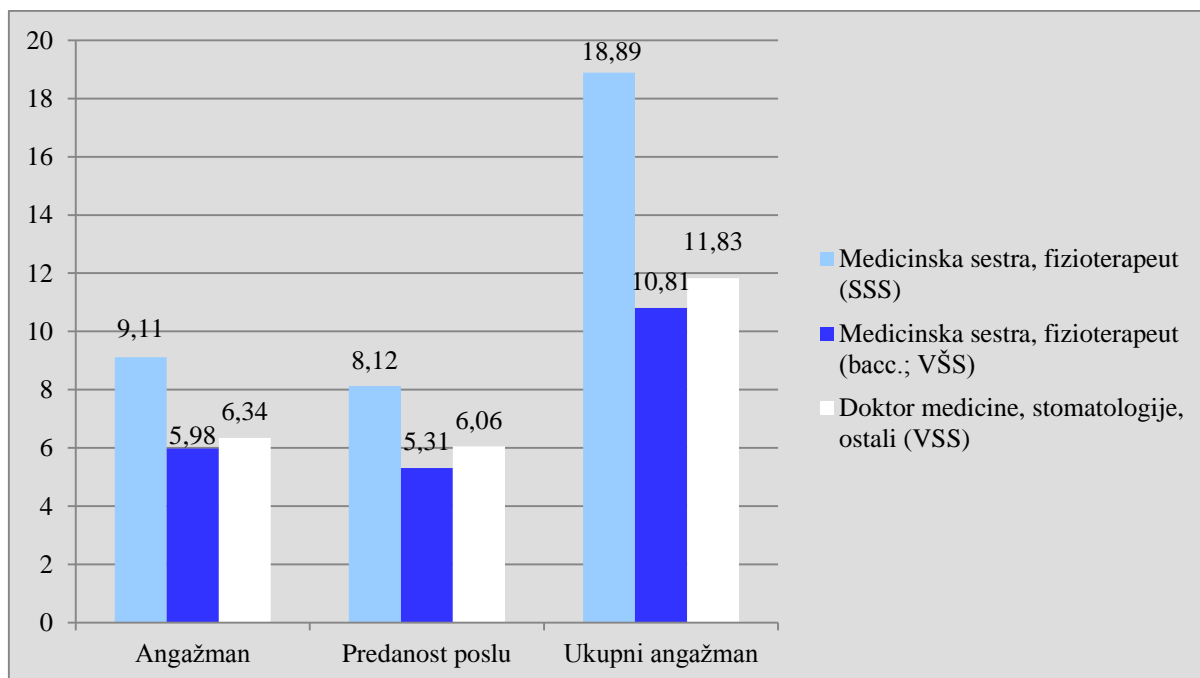
ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Angažman	254,204	2	127,102	2,369	0,097
Predanost poslu	207,110	2	103,555	2,371	0,097
Ukupni angažman	907,246	2	453,623	2,486	0,087



Slika 13. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci zanimanja (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 11. i Slike 13. rezultati provedenog istraživanja pokazuju da su angažman, predanost poslu i ukupni angažman najviše izraženi kod medicinskih sestara- tehničara i fizioterapeuta s VŠS, dok je kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS nešto manji, a najmanje je izražen kod medicinskih sestara- tehničara i fizioterapeuta sa SSS.

Rezultati istraživanja pokazuju da ta razlika nije statistički značajna (Tablica 12).



Slika 14. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci zanimanja (Standardna Devijacija)

Najveća odstupanja od srednje vrijednosti u sve tri ispitivane ustanove pokazala je dimenzija

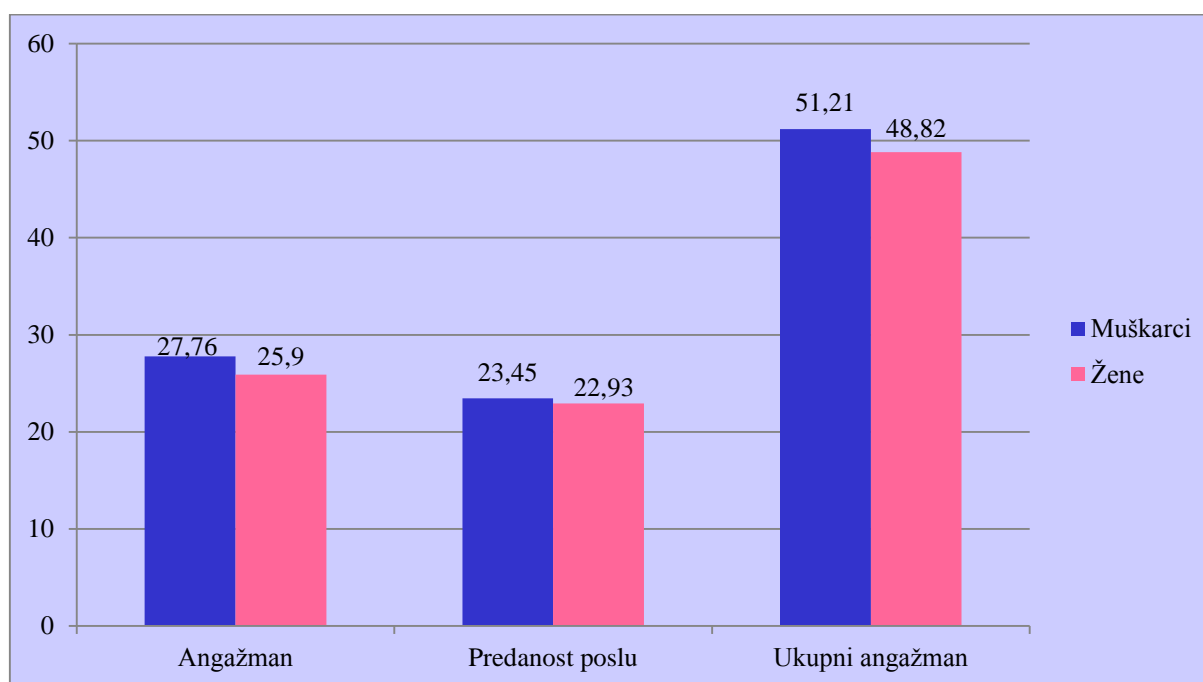
ukupni angažman medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS (Slika 14).

Tablica 13. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci spola

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Angažman	muškarci	33	27,76	6,16	25,57	29,94	14,00	36,00
	žene	107	25,90	7,71	24,42	27,38	0,00	36,00
Predanost poslu	muškarci	33	23,45	5,87	21,37	25,54	11,00	30,00
	žene	107	22,93	6,92	21,60	24,25	0,00	31,00
Ukupni angažman	muškarci	33	51,21	11,62	47,09	55,33	28,00	66,00
	žene	107	48,82	14,22	46,10	51,55	0,00	66,00

Tablica 14. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Angažman	87,292	1	87,292	1,602	0,208
Predanost poslu	7,066	1	7,066	0,158	0,692
Ukupni angažman	144,030	1	144,030	0,771	0,381



Slika 15. Razlike u procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu po značajci spola (Aritmetička sredina)

Tablica 13. i Slika 15. pokazuju rezultate provedenog istraživanja koji ukazuju da je kod muškaraca u ispitivanim ustanovama više izražen angažman, predanost poslu i ukupni angažman, u odnosu na žene kod kojih su sve tri dimenzije manje izražene.

Rezultati istraživanja pokazuju da ta razlika nije statistički značajna (Tablica 14).

7.2.2. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture

Tablica 15. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture između ispitivanih ustanova

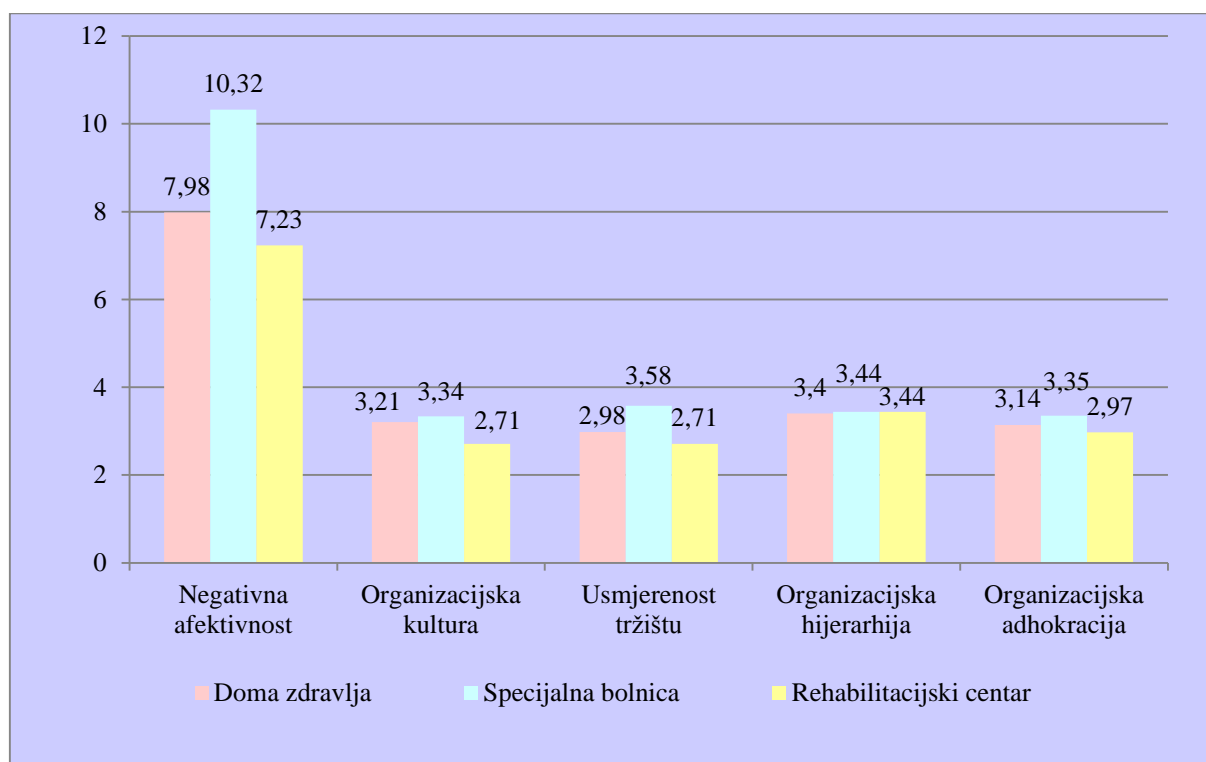
	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Negativna afektivnost	Dom zdravlja	75	7,93	2,92	7,26	8,61	5,00	20,00
	Bolnica	34	10,32	4,62	8,71	11,94	5,00	21,00
	Rehabilitacijski centar	31	7,23	1,84	6,55	7,90	5,00	11,00
	Ukupno	140	8,36	3,42	7,79	8,93	5,00	21,00
Organizacijska kultura	Dom zdravlja	75	3,21	0,91	3,00	3,42	1,20	4,60
	Bolnica	34	3,34	0,73	3,08	3,59	2,00	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	2,71	0,86	2,39	3,03	1,40	5,00
	Ukupno	140	3,13	0,88	2,98	3,28	1,20	5,00
Usmjerenost tržištu	Dom zdravlja	75	2,98	0,87	2,78	3,19	1,20	4,60
	Bolnica	34	3,58	0,66	3,35	3,81	2,20	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	2,71	0,78	2,42	3,00	1,40	4,20
	Ukupno	140	3,07	0,86	2,93	3,21	1,20	5,00
Organizacijska hijerarhija	Dom zdravlja	75	3,40	0,61	3,26	3,54	1,80	5,00
	Bolnica	34	3,44	0,50	3,26	3,61	2,40	4,40
	Rehabilitacijski centar	31	3,44	0,73	3,17	3,71	1,60	4,60
	Ukupno	140	3,42	0,61	3,31	3,52	1,60	5,00
Organizacijska adhokracija*	Dom zdravlja	75	3,14	0,63	2,99	3,28	1,60	4,40
	Bolnica	34	3,35	0,59	3,14	3,55	2,00	4,20
	Rehabilitacijski centar	31	2,97	0,69	2,72	3,22	1,60	4,40
	Ukupno	140	3,15	0,64	3,04	3,26	1,60	4,40

*suprotnost birokraciji

Tablica 16. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture između ispitivanih ustanova

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Negativna afektivnost	184,616	2	92,31	8,80	<0,001
Organizacijska kultura	7,422	2	3,71	5,04	0,008
Usmjernost tržištu	13,492	2	6,75	10,45	<0,001
Organizacijska hijerarhija	0,056	2	0,03	0,07	0,929
Organizacijska adhokracija*	2,359	2	1,18	2,96	0,055

*suprotnost birokraciji

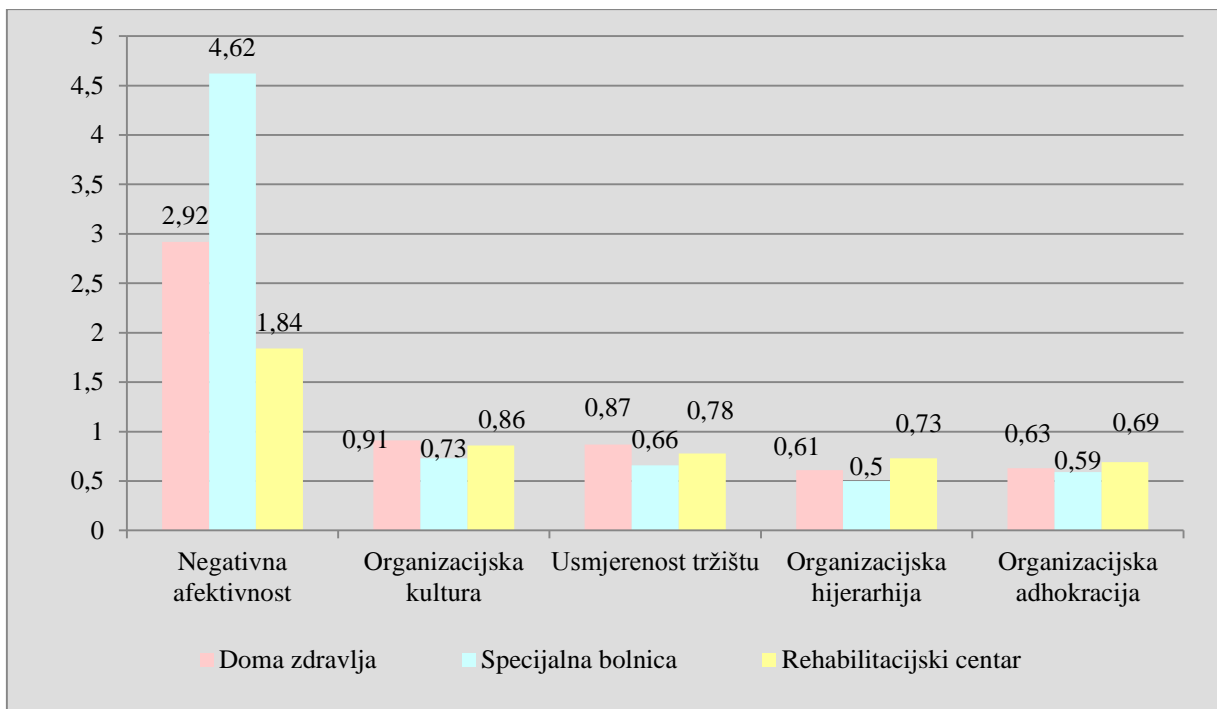


Slika 16. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

U provedenom istraživanju rezultati iz Tablice 15. i Slike 16. pokazuju da su negativna afektivnost, organizacijska kultura, usmjerenost tržištu i organizacijska adhokracija u ispitivanim ustanovama najviše izražene u Specijalnoj bolnici, nešto manje u Domu zdravlja, a najmanje u Rehabilitacijskom centru. Organizacijska hijerarhija je podjednako zastupljena u Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru, a manja u Domu zdravlja.

Organizacijska adhokracija funkcionira na suprotan način od birokracije. Dok je hijerarhijski sustav potpuno organiziran i formalan, adhokracijski sustav je privremen, fleksibilan i neformalan. Sustav je otvoren za prihvaćanje novih ideja, drugim riječima razmišljanje „izvan granica“, „izvan kutije.“(<https://en.m.wikipedia.org/wiki/Adhocracy>).

Rezultati istraživanja pokazuju da su razlike negativne afektivnosti, organizacijske kulture i usmjerenosti tržištu statistički značajne (Tablica 16).



Slika 17. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture između ispitivanih ustanova (Standardna devijacija)

Najveće odstupanje od srednje vrijednosti u sve tri ispitivane ustanove, pokazala je dimenzija negativna afektivnost (Slika 17).

Tablica 17. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci zanimanja

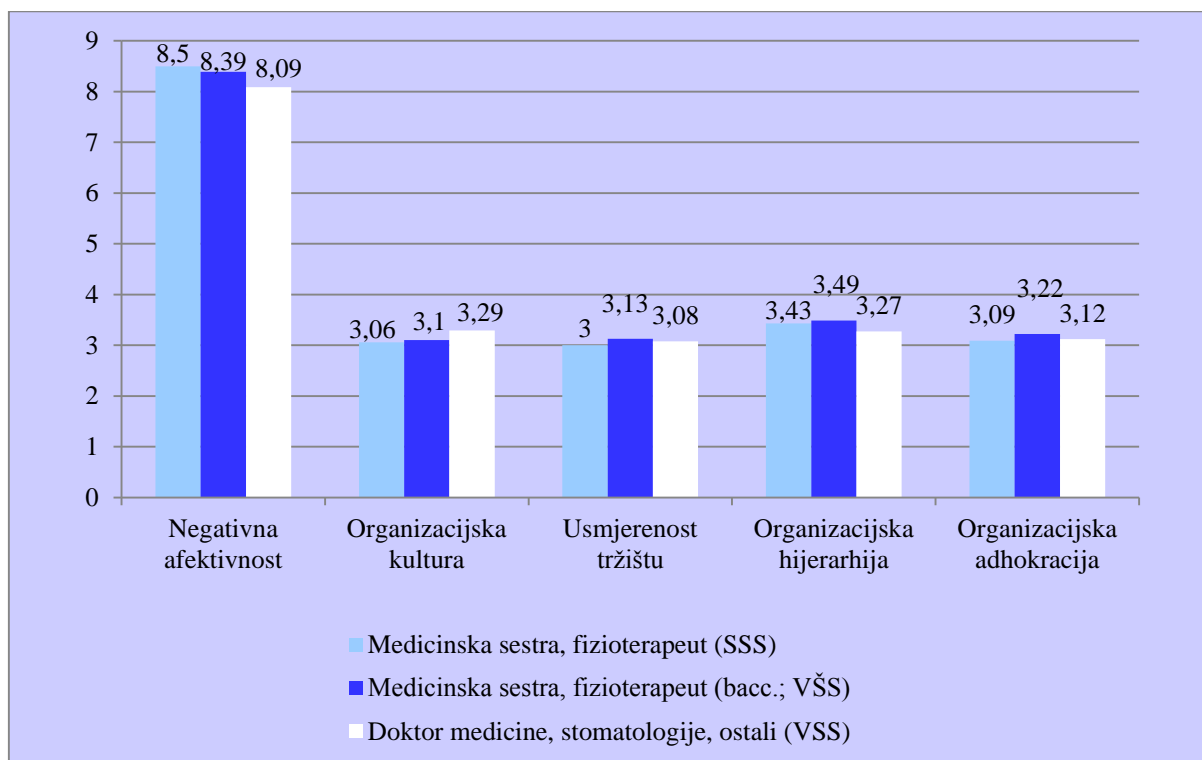
	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Negativna afektivnost	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	8,50	3,42	7,53	9,47	5,00	20,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	8,39	3,84	7,37	9,40	5,00	21,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	8,09	2,63	7,16	9,02	5,00	17,00
Organizacijska kultura	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,06	0,88	2,81	3,32	1,40	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,10	0,92	2,85	3,34	1,20	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,29	0,82	3,00	3,58	1,60	4,60
Usmjerenost tržištu	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,00	0,83	2,76	3,23	1,20	4,60
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,13	0,89	2,89	3,37	1,20	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,08	0,86	2,77	3,38	1,20	4,80
Organizacijska hijerarhija	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,43	0,73	3,22	3,63	1,60	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,49	0,54	3,34	3,63	2,40	4,60
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,27	0,53	3,08	3,46	1,80	4,60
Organizacijska adhokracija*	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,09	0,64	2,91	3,27	1,60	4,40
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,22	0,60	3,07	3,38	1,80	4,40
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,12	0,72	2,87	3,38	1,60	4,40

* suprotnost birokraciji

Tablica 18. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Negativna afektivnost	3,407	2	1,703	0,144	0,866
Organizacijska kultura	1,113	2	0,557	0,712	0,493
Usmjernost tržištu	0,487	2	0,243	0,328	0,721
Organizacijska hijerarhija	0,987	2	0,493	1,321	0,270
Organizacijska adhokracija*	0,536	2	0,268	0,650	0,524

* suprotnost birokraciji



Slika 18. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci zanimanja (Arhmetička sredina)

Iz Tablice 17. i Slike 18. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da je **negativna afektivnost** najviše izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, kod medicinskih sestara-tehničara s VŠŠ je nešto manja, dok je kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS najmanje izražena. **Organizacijska kultura** je najviše izražena kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, nešto manja je kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ, dok je kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS najmanje izražena. **Usmjerenost tržištu** najviše je izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ, nešto manja je kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, dok je najmanje izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. **Organizacijska hijerarhija** je najviše izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ, kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS je nešto manja, dok je kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS najmanje izražena. **Organizacijska adhokracija** najviše je izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ, dok je kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS nešto manja, a kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS je najmanje izražena.

Rezultati istraživanja pokazuju da te razlike nisu statistički značajne (Tablica 18).

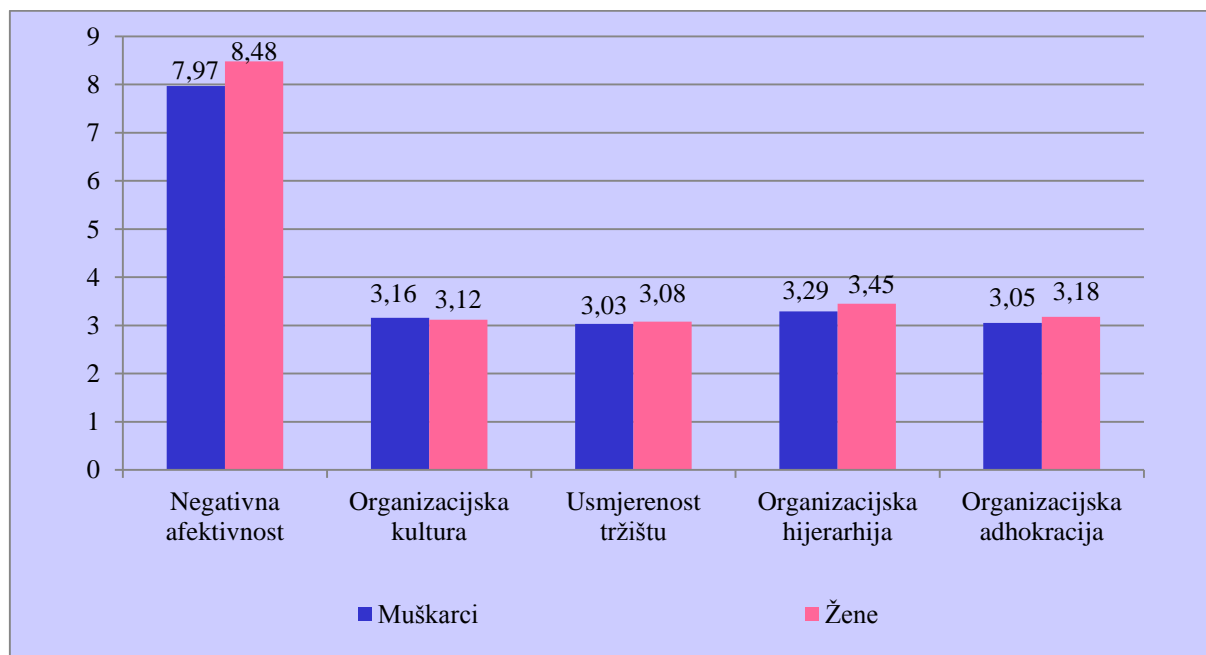
Tablica 19. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci spola

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Negativna afektivnost	muškarci	33	7,97	2,96	6,92	9,02	5,00	17,00
	žene	107	8,48	3,55	7,80	9,16	5,00	21,00
Organizacijska kultura	muškarci	33	3,16	0,80	2,88	3,45	1,40	4,40
	žene	107	3,12	0,91	2,95	3,30	1,20	5,00
Usmjerenost tržištu	muškarci	33	3,03	0,85	2,73	3,33	1,20	5,00
	žene	107	3,08	0,86	2,92	3,25	1,20	4,80
Organizacijska hijerarhija	muškarci	33	3,29	0,52	3,10	3,48	1,80	4,20
	žene	107	3,45	0,63	3,33	3,58	1,60	5,00
Organizacijska adhokracija*	muškarci	33	3,05	0,64	2,83	3,28	1,80	4,20
	žene	107	3,18	0,64	3,06	3,30	1,60	4,40

*suprotnost birokraciji

Tablica 20. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Negativna afektivnost	6,482	1	6,482	0,554	0,458
Organizacijska kultura	0,046	1	0,046	0,058	0,809
Usmjerenost tržištu	0,065	1	0,065	0,088	0,767
Organizacijska hijerarhija	0,670	1	0,670	1,796	0,182
Organizacijska adhokracija*	0,405	1	0,405	0,988	0,322



Slika 19. Razlike u procijenjenim vrijednostima afektivnosti i organizacijske kulture po značajci spola (Aritmetička sredina)

Rezultati provedenog istraživanja iz Tablice 19. i Slike 19. pokazuju da su negativna afektivnost, usmjerenost tržištu, organizacijska hijerarhija i adhokracija više izražene kod žena, a manje kod muškaraca u ispitivanim ustanovama. Organizacijska kultura je pak više izražena kod muškaraca, a manje kod žena. Rezultati istraživanja pokazuju da te razlike nisu statistički značajne (Tablica 20).

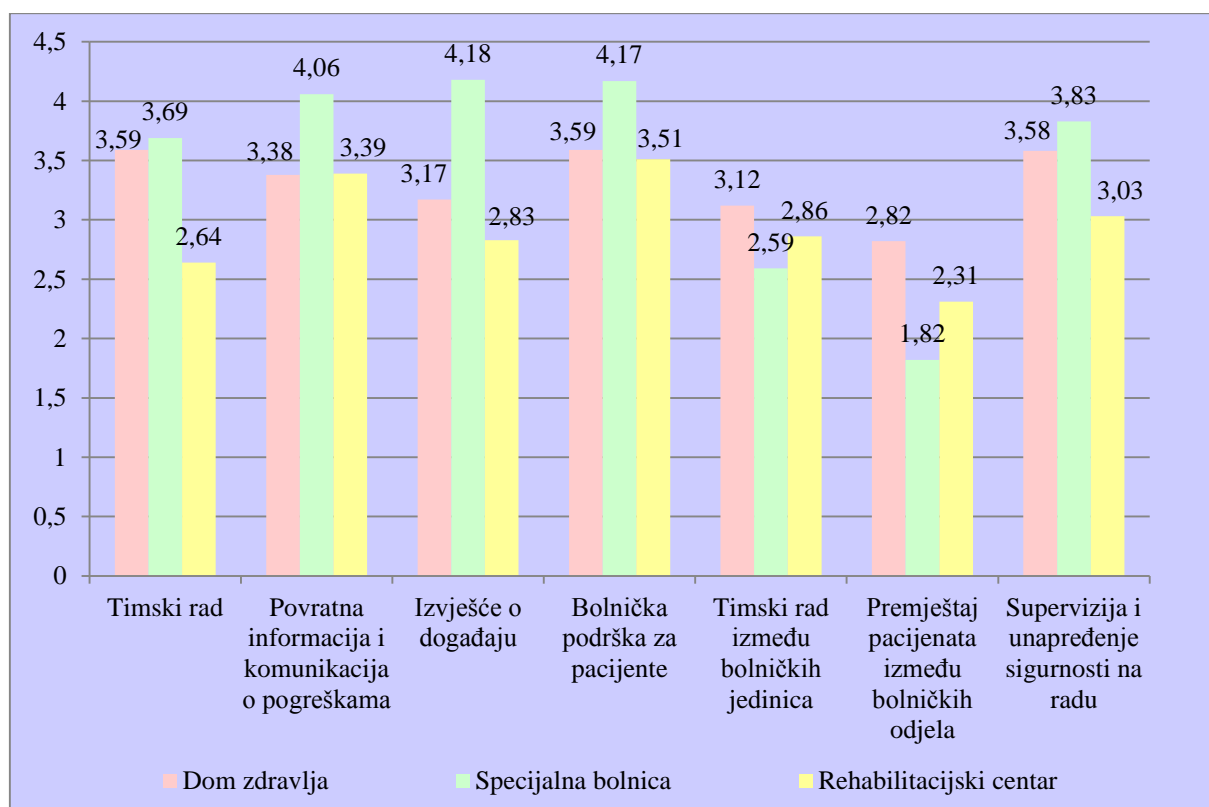
7.2.3. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata

Tablica 21. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata između ispitivanih ustanova

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Timski rad	Dom zdravlja	75	3,59	1,00	3,36	3,82	1,00	5,00
	Bolnica	34	3,69	1,00	3,34	4,04	1,50	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	2,64	0,98	2,28	3,00	1,00	4,75
	Ukupno	140	3,40	1,07	3,22	3,58	1,00	5,00
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	Dom zdravlja	75	3,38	0,91	3,17	3,59	1,00	5,00
	Bolnica	34	4,06	0,99	3,71	4,40	1,50	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	3,39	0,92	3,05	3,72	1,00	5,00
	Ukupno	140	3,54	0,97	3,38	3,71	1,00	5,00
Izvešće o događaju	Dom zdravlja	75	3,17	1,14	2,90	3,43	1,00	5,00
	Bolnica	34	4,18	0,98	3,83	4,52	2,00	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	2,83	1,13	2,41	3,24	1,00	5,00
	Ukupno	140	3,34	1,20	3,14	3,54	1,00	5,00
Bolnička podrška za pacijente	Dom zdravlja	75	3,59	0,63	3,45	3,74	2,00	5,00
	Bolnica	34	4,17	0,76	3,90	4,43	2,33	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	3,51	0,88	3,18	3,83	2,00	5,00
	Ukupno	140	3,71	0,77	3,58	3,84	2,00	5,00
Timski rad između bolničkih jedinica	Dom zdravlja	75	3,12	0,42	3,02	3,21	2,00	4,75
	Bolnica	34	2,59	0,57	2,39	2,79	1,00	3,50
	Rehabilitacijski centar	31	2,86	0,75	2,59	3,14	1,00	4,25
	Ukupno	140	2,93	0,58	2,84	3,03	1,00	4,75
Premještanje pacijenata između bolničkih odjela	Dom zdravlja	75	2,82	0,62	2,68	2,97	1,00	4,50
	Bolnica	34	1,82	0,76	1,56	2,09	1,00	3,75
	Rehabilitacijski centar	31	2,31	0,94	1,97	2,66	1,00	4,50
	Ukupno	140	2,47	0,84	2,33	2,61	1,00	4,50
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	Dom zdravlja	75	3,58	0,63	3,44	3,73	1,00	5,00
	Bolnica	34	3,83	0,87	3,53	4,14	1,67	5,00
	Rehabilitacijski centar	31	3,03	0,87	2,71	3,35	1,00	5,00
	Ukupno	140	3,52	0,79	3,39	3,65	1,00	5,00

Tablica 22. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata između ispitivanih ustanova

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Timski rad	23,611	2	11,81	11,91	<0,001
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	11,863	2	5,93	6,82	0,002
Izvješće o događaju	34,166	2	17,08	14,04	<0,001
Bolnička podrška za pacijente	9,427	2	4,71	8,96	<0,001
Timski rad između bolničkih jedinica	6,733	2	3,37	11,44	<0,001
Premještaj pacijenata između bolničkih odjela	24,356	2	12,18	22,67	<0,001
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	10,986	2	5,49	9,80	<0,001



Slika 20. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 21. i Slike 20. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, koji pokazuju da su timski rad, povratna informacija i komunikacija o pogreškama, izvješće o događaju vezano za pacijente, bolnička podrška za pacijente te supervizija i unapređenje sigurnosti na radu najviše izraženi u Specijalnoj bolnici, a najmanje u Rehabilitacijskom centru. Timski je rad između bolničkih jedinica i premještaj pacijenata između bolničkih odjela najviše izražen u Domu zdravlja, a najmanje u Specijalnoj bolnici.

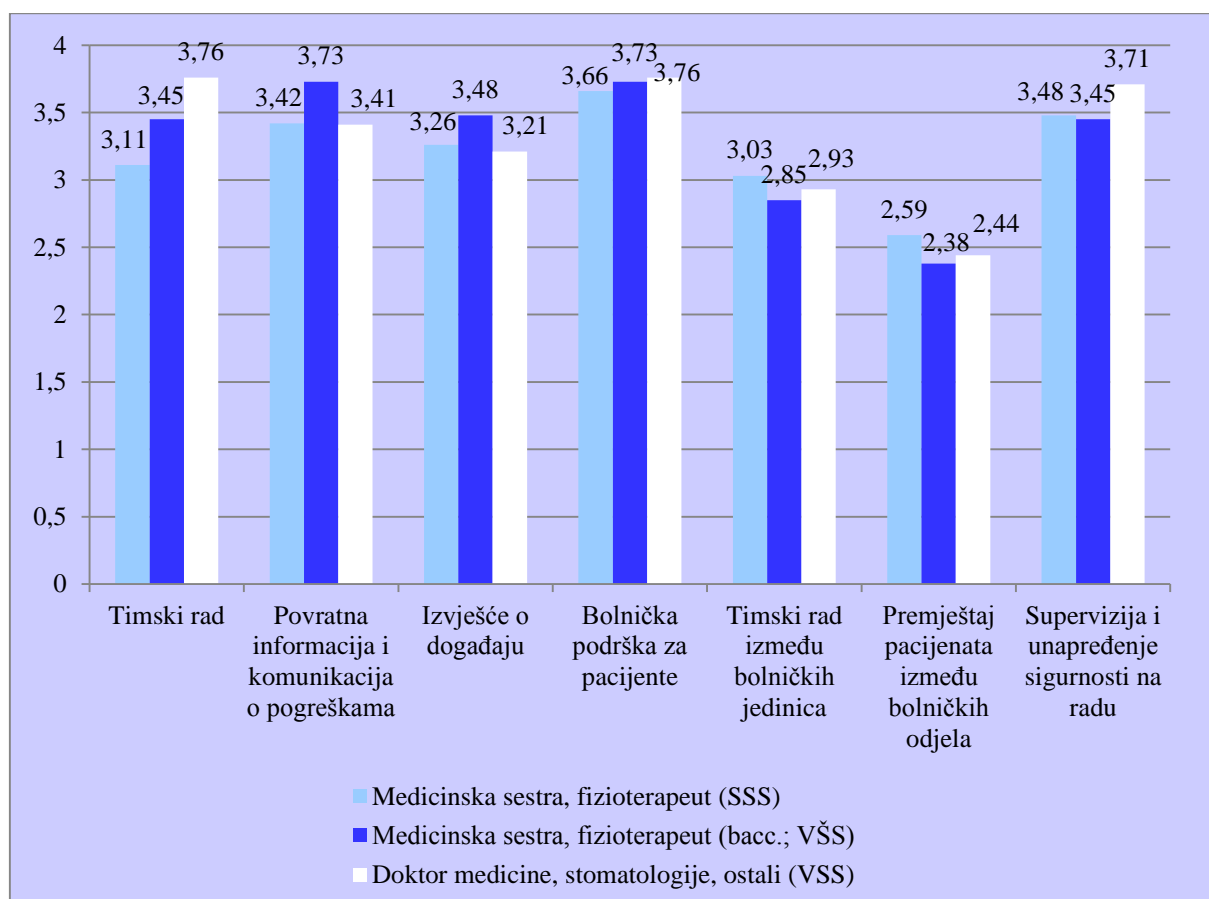
Rezultati istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna razlika u timskom radu ($P < 0,001$), povratnoj informaciji i komunikaciji o pogreškama ($P 0,002$), izvješću o događaju, bolničkoj podršci za pacijente, timskom radu između bolničkih jedinica, premještaju pacijenata između bolničkih odjela te u superviziji i unapređenju sigurnosti na radu ($P < 0,001$) (Tablica 22).

Tablica 23. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci zanimanja

	N	Artn. sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Timski rad	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,11	1,17	2,78	3,44	1,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	3,45	1,02	3,18	3,72	1,25	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,76	0,89	3,45	4,08	2,00	5,00
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,42	1,03	3,13	3,72	1,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	3,73	0,90	3,49	3,97	1,50	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,41	0,97	3,06	3,75	1,50	5,00
Izvešće o događaju	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,26	1,17	2,92	3,59	1,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	3,48	1,24	3,15	3,81	1,00	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,21	1,20	2,78	3,64	1,00	5,00
Bolnička podrška za pacijente	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,66	0,68	3,46	3,85	2,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	3,73	0,83	3,51	3,95	2,00	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,76	0,78	3,49	4,04	2,00	5,00
Timski rad između bolničkih jedinica	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,03	0,65	2,84	3,21	1,00	4,75
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	2,85	0,58	2,70	3,01	1,00	4,25
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,93	0,46	2,77	3,09	1,75	3,75
Premještaj pacijenata između bolničkih odjela	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	2,59	0,81	2,36	2,82	1,00	4,50
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	2,38	0,92	2,13	2,62	1,00	4,50
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,44	0,74	2,18	2,70	1,00	4,00
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,48	0,72	3,27	3,68	1,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠŠ)	57	3,45	0,93	3,20	3,70	1,00	5,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,71	0,63	3,48	3,93	1,67	5,00

Tablica 24. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Timski rad	8,718	2	4,359	3,963	0,021
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	3,386	2	1,693	1,817	0,166
Izvjješće o događaju	2,008	2	1,004	0,692	0,502
Bolnička podrška za pacijente	0,260	2	0,130	0,219	0,804
Timski rad između bolničkih jedinica	0,818	2	0,409	1,212	0,301
Premještaj pacijenata između bolničkih odjela	1,227	2	0,613	0,869	0,422
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	1,525	2	0,762	1,211	0,301



Slika 21. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci zanimanja (Aritmetička sredina)

Tablica 23. i Slika 21. iz provedenog istraživanja pokazuju da su timski rad, bolnička podrška za pacijente te supervizija i unapređenje sigurnosti na radu u ispitivanim ustanovama najviše

izraženi kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, dok su timski rad i bolnička podrška za pacijente najmanje izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, a supervizija i unapređenje sigurnosti na radu je najmanje izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS. Povratna informacija i komunikacija o pogreškama te izvješće o događaju najviše su izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a najmanje kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS. Timski rad između bolničkih jedinica i premještaj pacijenata između bolničkih odjela najviše su izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, a najmanje kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS.

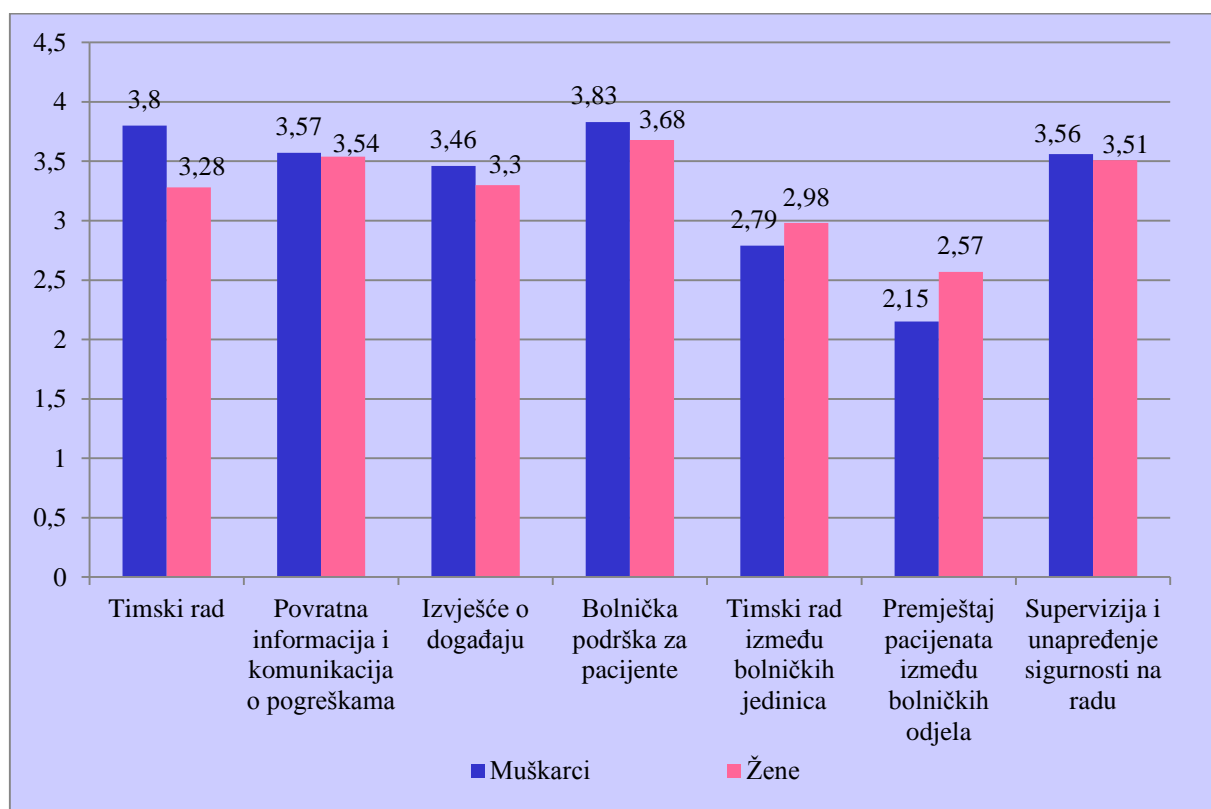
Rezultati istraživanja u ispitivanim ustanovama pokazali su da je razlika u timskom radu statistički značajna ($P 0,021$), dok ostale dimenzije nemaju statističku značajnost (Tablica 24).

Tablica 25. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci spolu

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Timski rad	muškarci	33	3,80	0,92	3,48	4,13	2,00	5,00
	žene	107	3,28	1,09	3,07	3,49	1,00	5,00
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	muškarci	33	3,57	0,99	3,22	3,93	1,50	5,00
	žene	107	3,54	0,97	3,35	3,72	1,00	5,00
Izvješće o događaju	muškarci	33	3,46	1,19	3,04	3,88	1,00	5,00
	žene	107	3,30	1,21	3,07	3,53	1,00	5,00
Bolnička podrška za pacijente	muškarci	33	3,83	0,75	3,57	4,10	2,00	5,00
	žene	107	3,68	0,77	3,53	3,82	2,00	5,00
Timski rad između bolničkih jedinica	muškarci	33	2,79	0,49	2,61	2,96	1,75	4,00
	žene	107	2,98	0,60	2,86	3,09	1,00	4,75
Premještaj pacijenata između bolničkih odjela	muškarci	33	2,15	0,73	1,89	2,41	1,00	3,50
	žene	107	2,57	0,85	2,40	2,73	1,00	4,50
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	muškarci	33	3,56	0,81	3,27	3,85	1,67	5,00
	žene	107	3,51	0,79	3,36	3,66	1,00	5,00

Tablica 26. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Timski rad	6,903	1	6,903	6,246	0,014
Povratna informacija i komunikacija o pogreškama	0,034	1	0,034	0,036	0,850
Izvjješće o događaju	0,661	1	0,661	0,445	0,501
Bolnička podrška za pacijente	0,607	1	0,607	1,035	0,311
Timski rad između bolničkih jedinica	0,921	1	0,921	2,756	0,099
Premještaj pacijenata između bolničkih odjela	4,322	1	4,322	6,371	0,013
Supervizija i unapređenje sigurnosti na radu	0,066	1	0,066	0,103	0,748



Slika 22. Razlike u procijenjenim vrijednostima kulture sigurnosti pacijenata po značajci spola (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 25. i Slike 22. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da su timski rad, povratna informacija i komunikacija o pogreškama, izvješće o događaju, bolnička podrška za pacijente, supervizija i unapređenje sigurnosti na radu najviše izraženi kod muškaraca, a najmanje kod žena. Timski rad između bolničkih jedinica i premještaj pacijenata

između bolničkih odjela najviše su izraženi kod žena, a najmanje kod muškaraca u ustanovama gdje je provedeno istraživanje.

Rezultati istraživanja pokazuju da postoji statistički značajna razlika u timskom radu (P 0,014) i premještanju pacijenata između bolničkih odjela (P 0,013), dok ostale dimenzije nemaju statističku značajnost (Tablica 26).

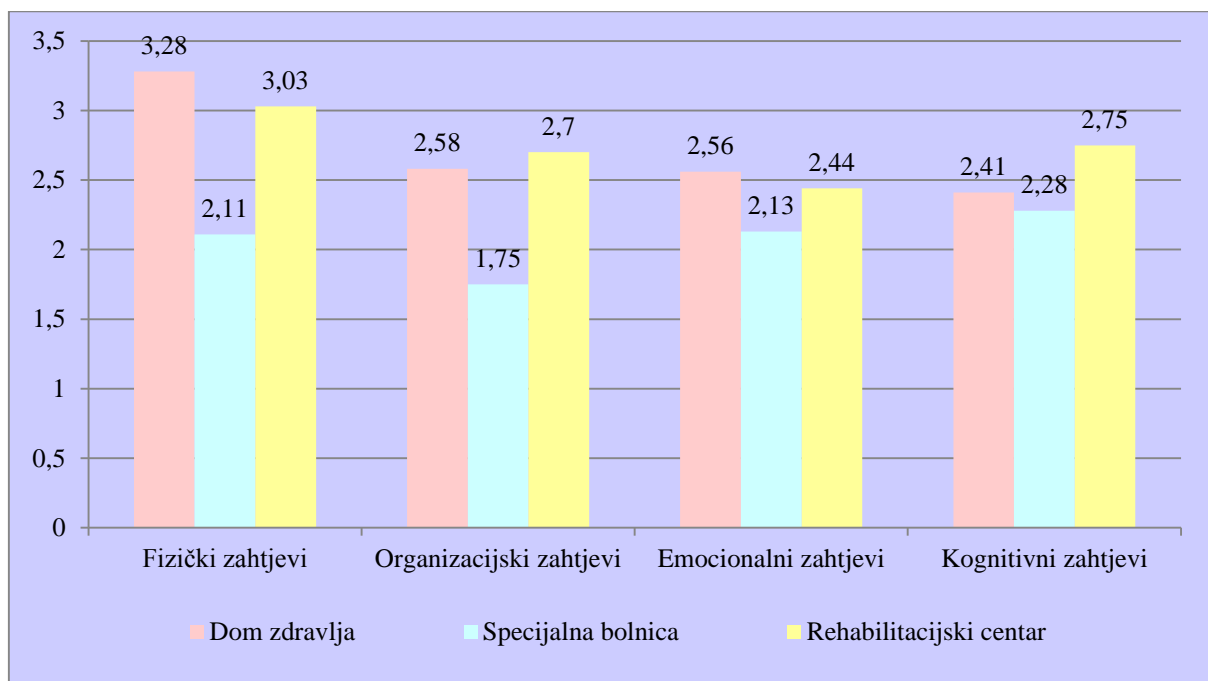
7.2.4. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva

Tablica 27. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva između ispitivanih ustanova

		N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max
					Donji	Gornji		
Fizički zahtjevi	Dom zdravlja	75	3,28	0,68	3,13	3,44	1,67	5,00
	Bolnica	34	2,11	0,85	1,81	2,40	0,00	4,43
	Rehabilitacijski centar	31	3,03	0,83	2,73	3,34	1,00	4,67
	Ukupno	140	2,94	0,90	2,79	3,09	0,00	5,00
Organizacijski zahtjevi	Dom zdravlja	75	2,58	0,70	2,42	2,74	1,17	4,33
	Bolnica	34	1,75	0,70	1,50	1,99	0,00	3,33
	Rehabilitacijski centar	31	2,70	0,73	2,43	2,97	1,00	3,83
	Ukupno	140	2,40	0,79	2,27	2,53	0,00	4,33
Emocionalni zahtjevi	Dom zdravlja	75	2,56	0,59	2,42	2,69	1,17	4,00
	Bolnica	34	2,13	0,83	1,84	2,42	0,00	3,50
	Rehabilitacijski centar	31	2,44	0,65	2,20	2,67	1,00	3,50
	Ukupno	140	2,43	0,69	2,31	2,54	0,00	4,00
Kognitivni zahtjevi	Dom zdravlja	75	2,41	0,74	2,24	2,58	1,20	4,60
	Bolnica	34	2,28	0,68	2,04	2,52	1,00	4,40
	Rehabilitacijski centar	31	2,75	0,65	2,51	2,99	1,00	3,80
	Ukupno	140	2,45	0,72	2,33	2,57	1,00	4,60

Tablica 28. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva između ispitivanih ustanova

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Fizički zahtjevi	32,798	2	16,40	28,37	<0,001
Organizacijski zahtjevi	19,673	2	9,84	19,77	<0,001
Emocionalni zahtjevi	4,343	2	2,17	4,86	0,009
Kognitivni zahtjevi	3,866	2	1,93	3,89	0,023



Slika 23. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

Tablica 27. i Slika 23. provedenog istraživanja pokazuju da su fizički i emocionalni zahtjevi najviše izraženi u Domu zdravlja, a najmanje u Specijalnoj bolnici. Organizacijski i kognitivni zahtjevi najviše su izraženi u Rehabilitacijskom centru, a najmanje u Specijalnoj bolnici.

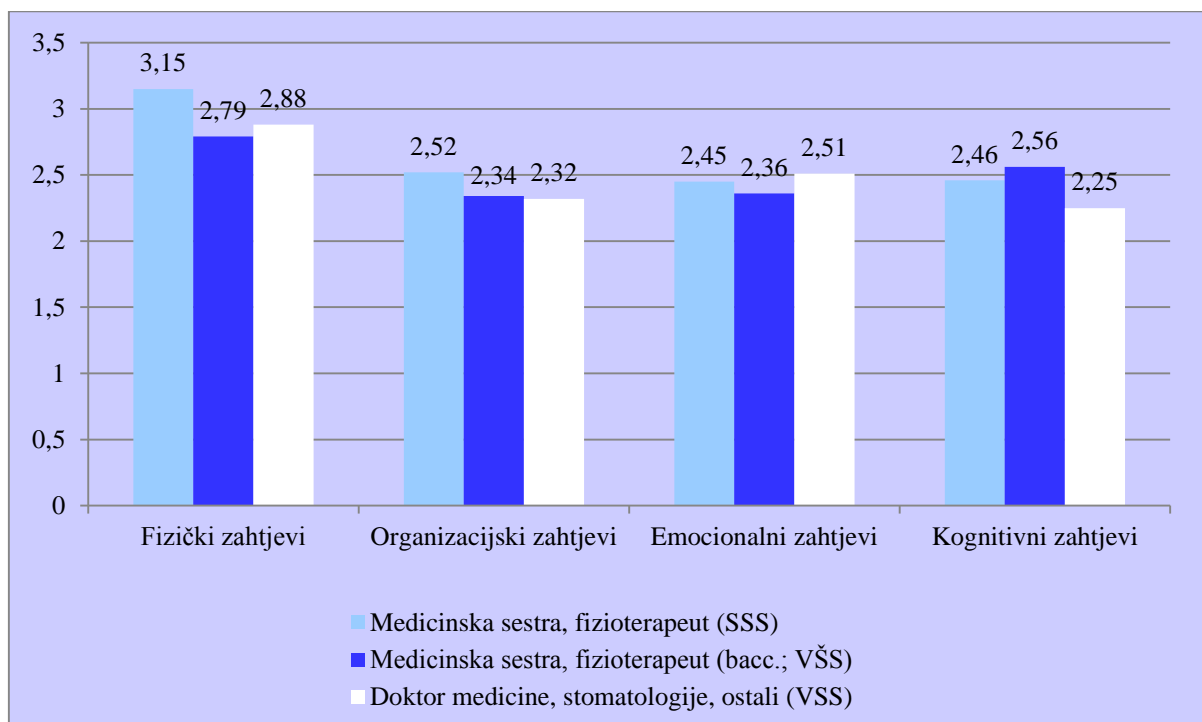
Rezultati istraživanja pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ispitivanim ustanovama kod fizičkih ($P < 0,001$), organizacijskih ($P < 0,001$), emocionalnih ($P 0,009$) i kognitivnih ($P 0,023$) zahtjeva (Tablica 28).

Tablica 29. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci zanimanja

	N	Artm. sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Fizički zahtjevi	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,15	0,95	2,88	3,42	0,00	5,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	2,79	0,81	2,58	3,01	1,00	4,43
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,88	0,93	2,55	3,21	1,00	4,86
Organizacijski zahtjevi	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	2,52	0,86	2,27	2,76	0,00	4,33
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	2,34	0,78	2,14	2,55	1,00	4,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,32	0,72	2,07	2,58	1,00	4,17
Emocionalni zahtjevi	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	2,45	0,74	2,24	2,66	0,00	4,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	2,36	0,65	2,18	2,53	1,00	3,50
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,51	0,68	2,27	2,75	1,00	4,00
Kognitivni zahtjevi	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	2,46	0,78	2,24	2,68	1,00	4,60
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	2,56	0,72	2,37	2,75	1,00	4,40
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	2,25	0,61	2,04	2,47	1,20	3,80

Tablica 30. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Fizički zahtjevi	3,580	2	1,790	2,262	0,108
Organizacijski zahtjevi	1,072	2	0,536	0,846	0,431
Emocionalni zahtjevi	0,523	2	0,262	0,551	0,578
Kognitivni zahtjevi	1,955	2	0,977	1,913	0,152



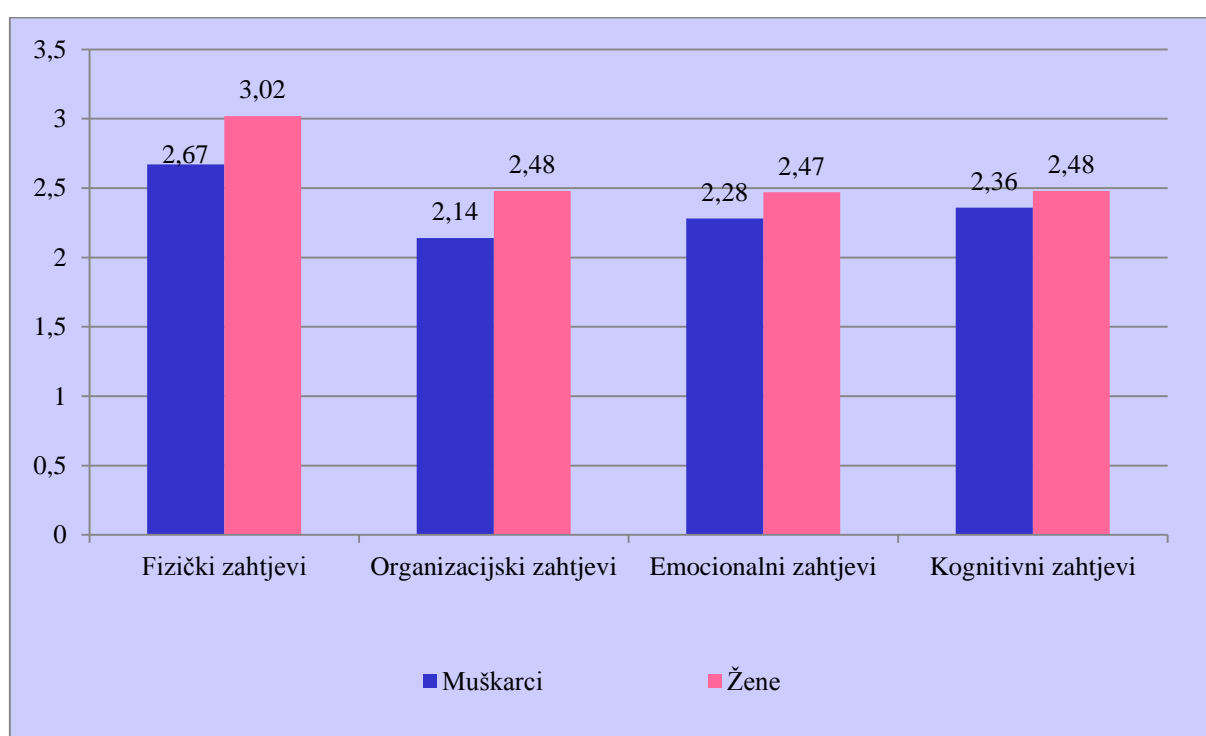
Slika 24. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci zanimanja (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 29. i Slike 24. vidljivi su rezultati provedenog istraživanja koji pokazuju da su fizički i organizacijski zahtjevi u ispitivanim ustanovama najviše izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, dok su fizički zahtjevi najmanje izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a organizacijski zahtjevi su pak najmanje izraženi kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS. Emocionalni zahtjevi su najviše izraženi kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a najmanje su izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS. Kognitivni zahtjevi su pak najviše izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a najmanje kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS.

Rezultati istraživanja pokazali su da ta razlika nije statistički značajna (Tablica 30).

Tablica 31. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci spola

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Fizički zahtjevi	muškarci	33	2,67	0,98	2,32	3,02	1,00	4,86
	žene	107	3,02	0,86	2,86	3,19	0,00	5,00
Organizacijski zahtjevi	muškarci	33	2,14	0,75	1,87	2,41	1,00	4,17
	žene	107	2,48	0,79	2,33	2,63	0,00	4,33
Emocionalni zahtjevi	muškarci	33	2,28	0,68	2,04	2,52	1,00	3,50
	žene	107	2,47	0,69	2,34	2,60	0,00	4,00
Kognitivni zahtjevi	muškarci	33	2,36	0,63	2,14	2,58	1,00	3,80
	žene	107	2,48	0,75	2,34	2,62	1,00	4,60



Slika 25. Razlike u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci spola (Aritmetička sredina)

Tablica 31. i Slika 25. prikazuju rezultate provedenog istraživanja koji ukazuju da su fizički zahtjevi, organizacijski zahtjevi, emocionalni zahtjevi i kognitivni više izraženi kod žena, u odnosu na muškarce.

Rezultati istraživanja pokazali su da je razlika kod fizičkih zahtjeva (P 0,049) i organizacijskih zahtjeva (P 0,030) statistički značajna (Tablica 32).

Tablica 32. Značajnosti u procijenjenim vrijednostima radnih zahtjeva po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Fizički zahtjevi	3,119	1	3,119	3,953	0,049
Organizacijski zahtjevi	2,942	1	2,942	4,782	0,030
Emocionalni zahtjevi	0,962	1	0,962	2,055	0,154
Kognitivni zahtjevi	0,375	1	0,375	0,732	0,397

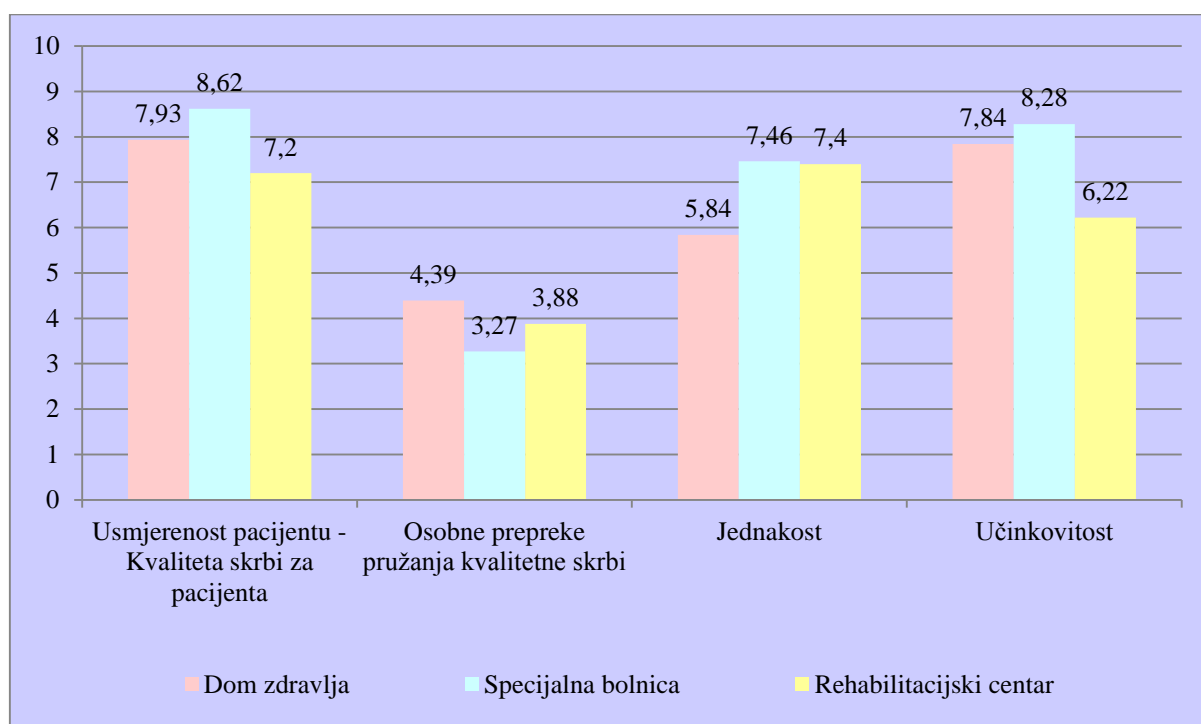
7.2.5. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi

Tablica 33. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi između ispitivanih ustanova

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Usmjerenost pacijentu Kvaliteta skrbi za pacijenta	Dom zdravlja	75	7,93	1,56	7,57	8,29	3,50	10,00
	Bolnica	34	8,62	1,50	8,10	9,14	2,86	10,00
	Rehabilitacijski centar	31	7,20	1,30	6,73	7,68	4,57	9,71
	Ukupno	140	7,94	1,56	7,67	8,20	2,86	10,00
Osobne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	Dom zdravlja	75	4,39	1,92	3,95	4,83	1,00	9,00
	Bolnica	34	3,27	2,27	2,48	4,07	1,00	10,00
	Rehabilitacijski centar	31	3,88	1,93	3,18	4,59	1,00	7,33
	Ukupno	140	4,01	2,05	3,67	4,35	1,00	10,00
Jednakost	Dom zdravlja	75	5,84	2,15	5,34	6,33	0,00	10,00
	Bolnica	34	7,46	2,71	6,51	8,40	0,00	10,00
	Rehabilitacijski centar	31	7,40	2,00	6,67	8,14	1,50	10,50
	Ukupno	140	6,58	2,39	6,18	6,98	0,00	10,50
Učinkovitost	Dom zdravlja	75	7,84	1,62	7,47	8,21	3,00	10,00
	Bolnica	34	8,25	1,84	7,61	8,90	0,00	10,00
	Rehabilitacijski centar	31	6,22	1,42	5,70	6,74	2,80	9,40
	Ukupno	140	7,58	1,79	7,28	7,88	0,00	10,00

Tablica 34. Značajnost u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi između ispitivanih ustanova

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Usmjerenost pacijentu	32,534	2	16,27	7,32	0,001
Osnovne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	29,957	2	14,98	3,71	0,027
Jednakost	88,323	2	44,16	8,57	<0,001
Učinkovitost	78,175	2	39,09	14,64	<0,001



Slika 26. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 33. i Slike 26. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da su usmjerenost pacijentu – kvaliteta skrbi za pacijenta, jednakost i učinkovitost najviše izražene u Specijalnoj bolnici, nešto manje u Domu zdravlja, a najmanje u Rehabilitacijskom centru. Osobne prepreke pružanja kvalitetne skrbi najviše su izražene u Domu zdravlja, nešto manje u Rehabilitacijskom centru, a najviše u Specijalnoj bolnici.

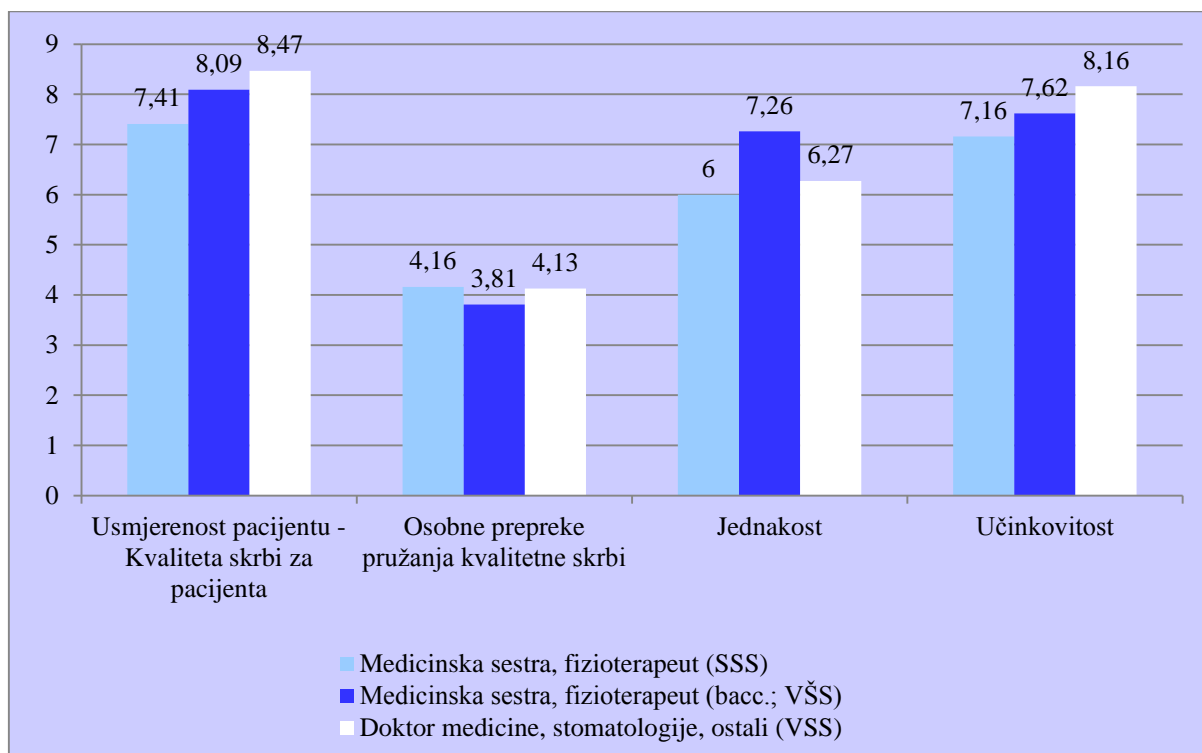
Rezultati istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna razlika u usmjerenosti pacijentu – kvaliteti skrbi za pacijenta (P 0,001), osnovnim preprekama pružanja kvalitetne skrbi (P 0,027) te jednakosti i učinkovitosti (P <0,001) (Tablica 34).

Tablica 35. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajci zanimanja

	N	Artm. sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Usmjerenost pacijentu	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	7,41	1,77	6,90	7,91	2,86	10,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	8,09	1,38	7,72	8,46	4,57	10,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	8,47	1,27	8,02	8,92	5,00	10,00
Osnovne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	4,16	2,06	3,57	4,74	1,00	8,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,81	1,99	3,28	4,34	1,00	9,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	4,13	2,15	3,37	4,90	1,00	10,00
Jednakost	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	6,00	2,49	5,29	6,70	0,00	10,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	7,26	2,13	6,70	7,83	2,00	10,50
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	6,27	2,44	5,41	7,14	1,00	10,00
Učinkovitost	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	7,16	2,20	6,53	7,78	0,00	10,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	7,62	1,51	7,22	8,02	4,60	10,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	8,16	1,35	7,68	8,64	5,00	10,00

Tablica 36. Značajnost u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Usmjerenost pacijentu	24,625	2	12,313	5,397	0,006
Osnovne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	3,925	2	1,963	0,464	0,630
Jednakost	46,856	2	23,428	4,295	0,016
Učinkovitost	20,135	2	10,067	3,253	0,042



Slika 27. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajci zanimanja (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 35. i Slike 27. vidljivi su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da su usmjerenost pacijentu – kvaliteta skrbi za pacijenta i učinkovitost najviše izraženi kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a najmanje kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Osobne prepreke pružanja kvalitetne skrbi i jednakost su skoro podjednako zastupljene kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS i doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a nešto manje su zastupljene kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS.

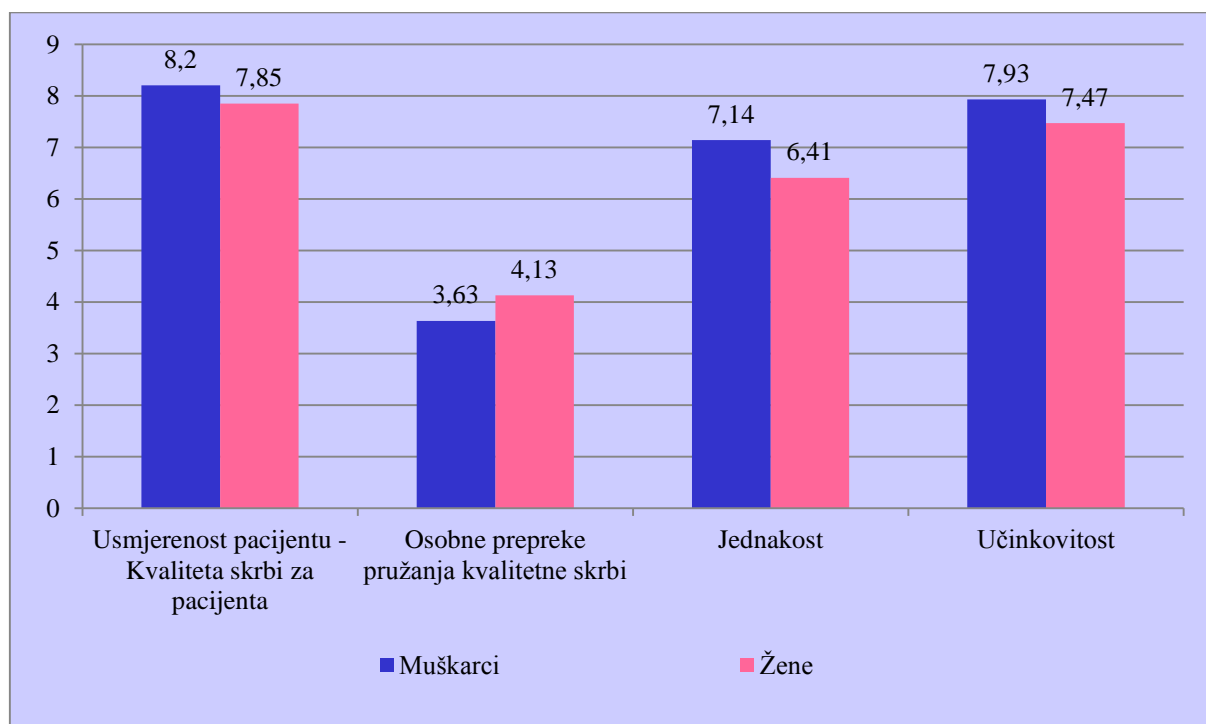
Rezultati istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna razlika u usmjerenosti pacijentu (P 0,006), jednakosti (P 0,016) i učinkovitosti (P 0,042), dok kod dimenzije osobne prepreke pružanja kvalitetne skrbi razlika nije statistički značajna (Tablica 36).

Tablica 37. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajci spola

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Usmjerenost pacijentu	muškarci	33	8,20	1,31	7,74	8,67	4,57	10,00
	žene	107	7,85	1,62	7,54	8,16	2,86	10,00
Osnovne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	muškarci	33	3,63	1,87	2,97	4,29	1,00	7,67
	žene	107	4,13	2,10	3,72	4,53	1,00	10,00
Jednakost	muškarci	33	7,14	2,22	6,35	7,92	2,00	10,00
	žene	107	6,41	2,42	5,94	6,87	0,00	10,50
Učinkovitost	muškarci	33	7,93	1,42	7,42	8,43	4,80	10,00
	žene	107	7,47	1,88	7,11	7,83	0,00	10,00

Tablica 38. Značajnost u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Usmjerenost pacijentu	3,094	1	3,094	1,278	0,260
Osnovne prepreke pružanja kvalitetne skrbi	6,273	1	6,273	1,500	0,223
Jednakost	13,466	1	13,466	2,380	0,125
Učinkovitost	5,187	1	5,187	1,631	0,204



Slika 28. Razlike u procijenjenim vrijednostima kvalitete skrbi po značajnosti spola (Aritmetička sredina)

Tablica 37. i Slika 28. pokazuju rezultate provedenog istraživanja koji ukazuju da su usmjerenost pacijentu – kvaliteta skrbi za pacijenta, osobne prepreke pružanja kvalitetne skrbi, jednakost i učinkovitost više izražene kod muškaraca, a manje kod žena.

Rezultati istraživanja pokazali su da razlika nije statistički značajna (Tablica 38).

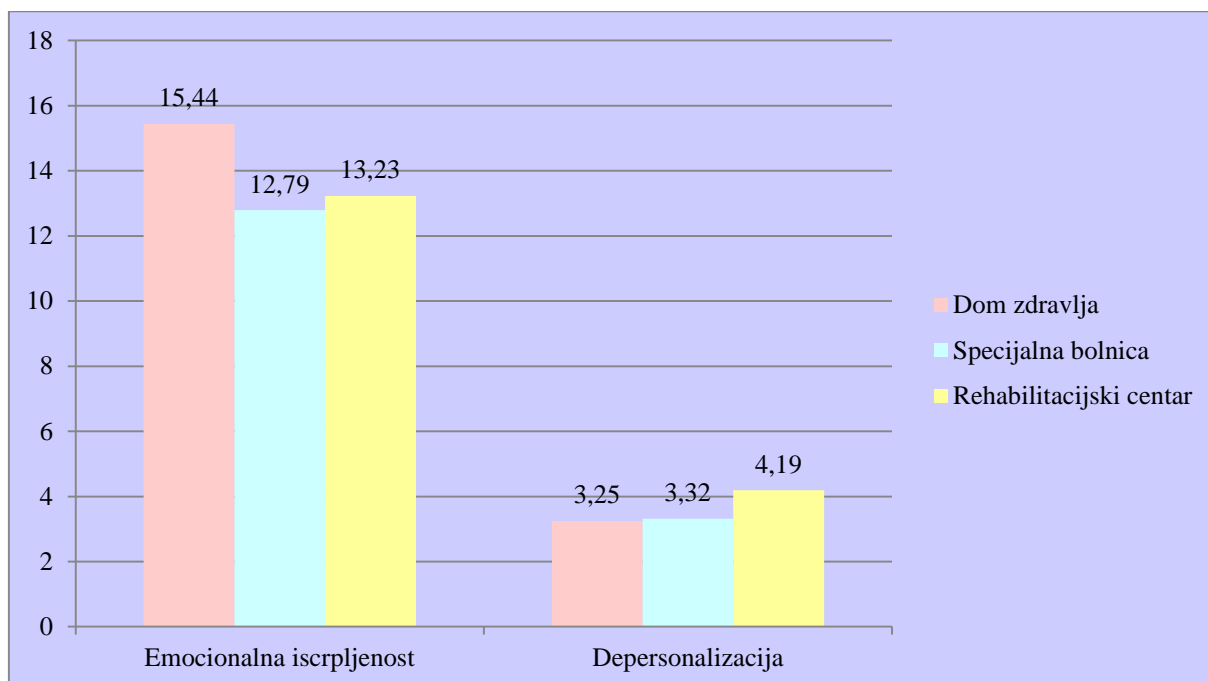
7.3. Sindrom sagorjevanja prema intenzitetu (stupnju)

Tablica 39. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja između ispitivanih ustanova

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Emocionalna iscrpljenost	Dom zdravlja	75	15,44	11,58	12,78	18,10	0,00	46,00
	Bolnica	34	12,79	10,63	9,09	16,50	0,00	36,00
	Rehabilitacijski centar	31	13,23	9,88	9,60	16,85	0,00	35,00
	Ukupno	140	14,31	10,99	12,47	16,14	0,00	46,00
Depersonalizacija	Dom zdravlja	75	3,25	3,72	2,40	4,11	0,00	15,00
	Bolnica	34	3,32	4,46	1,77	4,88	0,00	22,00
	Rehabilitacijski centar	31	4,19	4,50	2,54	5,85	0,00	15,00
	Ukupno	140	3,48	4,07	2,80	4,16	0,00	22,00

Tablica 40. Značajnost razlika u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja između ispitivanih ustanova

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Emocionalna iscrpljenost	210,335	2	105,17	0,87	0,422
Depersonalizacija	20,469	2	10,23	0,61	0,543



Slika 29. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja između ispitivanih ustanova (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 39. i Slike 29. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da je emocionalna iscrpljenost najviše izražena u Domu zdravlja, a najmanje u Specijalnoj bolnici. Depersonalizacija je pak najviše izražena u Rehabilitacijskom centru, a najmanje u Domu zdravlja.

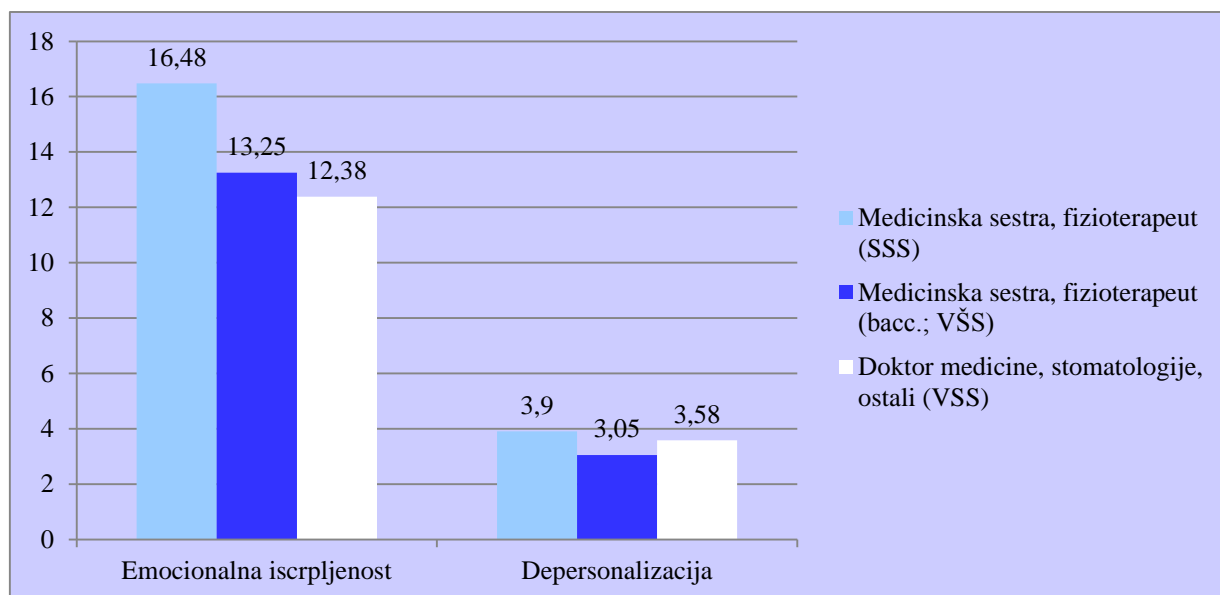
Rezultati istraživanja pokazali su da razlika nije statistički značajna (Tablica 40).

Tablica 41. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci zanimanja

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Min	Max	
				Donji	Gornji			
Emocionalna iscrpljenost	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	16,48	12,19	13,02	19,94	0,00	46,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	13,25	10,27	10,52	15,97	0,00	35,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	12,85	10,05	9,29	16,41	0,00	41,00
Depersonalizacija	Medicinska sestra, fizioterapeut (SSS)	50	3,90	4,61	2,59	5,21	0,00	22,00
	Medicinska sestra, fizioterapeut (bacc.; VŠS)	57	3,05	3,69	2,07	4,03	0,00	15,00
	Doktor medicine, stomatologije, ostali (VSS)	33	3,58	3,88	2,20	4,95	0,00	15,00

Tablica 42. Značajnost razlika u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci zanimanja

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Emocionalna iscrpljenost	370,509	2	185,255	1,546	0,217
Depersonalizacija	19,533	2	9,767	0,585	0,559



Slika 30. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci zanimanja (Aritmetička sredina)

Rezultati provedenog istraživanja iz Tablice 41. i Slike 30. pokazuju da su emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija najviše izražene kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Emocionalna iscrpljenost je najmanje izražena kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a depersonalizacija je najmanje izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠŠ.

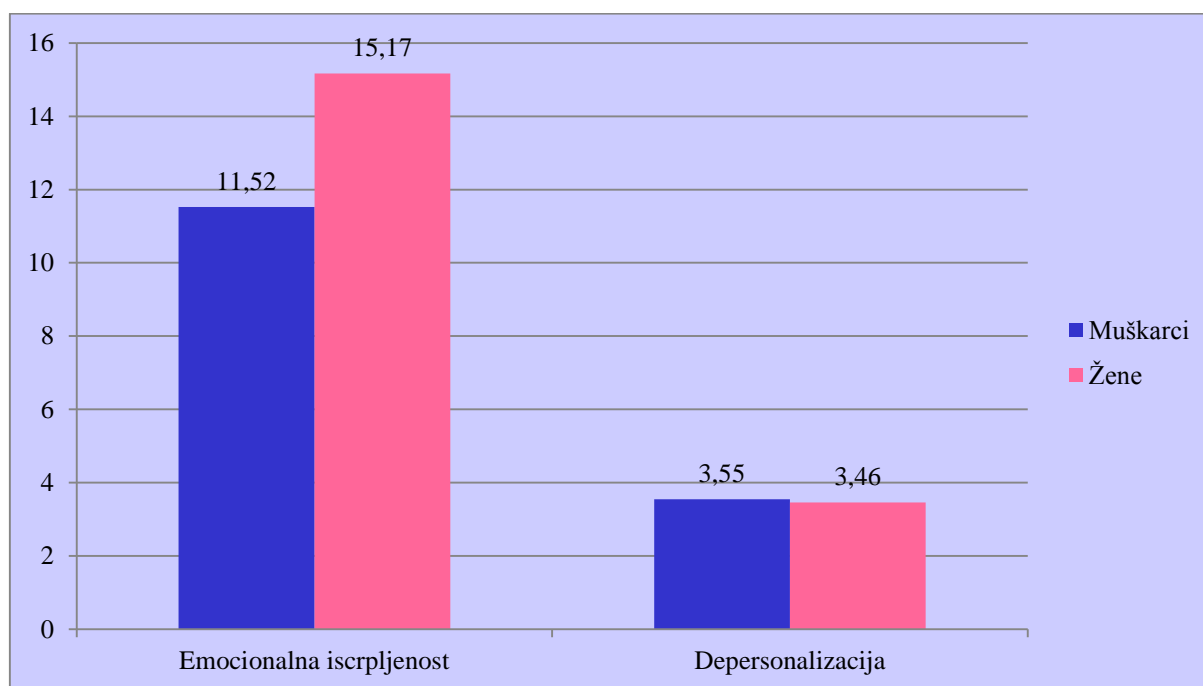
Rezultati istraživanja pokazali su da ta razlika nije statistički značajna (Tablica 42).

Tablica 43. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci spola

	N	Aritmetička sredina	SD	95% Interval pouzdanosti		Minimum	Maximum	
				Donji	Gornji			
Emocionalna iscrpljenost	muškarci	33	11,52	9,60	8,11	14,92	0,00	41,00
	žene	107	15,17	11,29	13,01	17,33	0,00	46,00
Depersonalizacija	muškarci	33	3,55	4,54	1,93	5,16	0,00	22,00
	žene	107	3,46	3,94	2,70	4,21	0,00	15,00

Tablica 44. Značajnost razlika u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci spola

ANOVA	Zbroj kvadrata	df	Prosječna vrijednost kvadrata	F	P
Emocionalna iscrpljenost	336,578	1	336,578	2,824	0,095
Depersonalizacija	0,193	1	193	0,012	0,915



Slika 31. Razlike u procijenjenim vrijednostima sindroma sagorijevanja po značajci spola (Aritmetička sredina)

Iz Tablice 43. i Slike 31. razvidni su rezultati provedenog istraživanja, a koji pokazuju da je emocionalna iscrpljenost više izražena kod žena, a znatno manje kod muškaraca. Depersonalizacija je nešto više izražena kod muškaraca, a manje kod žena.

Rezultati istraživanja pokazali su da razlika nije statistički značajna (Tablica 44).

8. Rasprava

Istraživanjem značajki sindroma sagorijevanja u zdravstvenih djelatnika zaposlenih u tri različite zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj: Domu zdravlja, Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru, čije se značajke zahtjeva, uvjeta i načina rada razlikuju, pokazale su se razlike u učestalosti i stupnju sindroma sagorijevanja, kako u odnosu na samu ustanovu, tako i u odnosu na zanimanje i spol ispitanika.

Rezultati istraživanja ukazuju kako postoji prisutnost sindroma sagorijevanja u vidu emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Ta dva simptoma sindroma sagorijevanja su najviše prisutna među zaposlenicima Doma zdravlja, a u manjoj mjeri u Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru (Tablica 39; Slika 29).

Koncept profesionalnog sagorijevanja definiran je trim dimenzijama: emocionalnom iscrpljenošću, depersonalizacijom (ponekad se ta dimenzija naziva cinizmom), te percepcijom smanjenog osobnog postignuća (ili percepcijom smanjene profesionalne efikasnosti) (Maslach & Jackson 1986; Maslach et al. 2001).

U literaturi se spominju *emocionalna iscrpljenost* i *depersonalizacija* kao vodeći simptomi sindroma sagorijevanja. Prema nekim autorima emocionalna iscrpljenost je temeljna komponenta sindroma sagorijevanja, vrlo je slična konceptu naprezanja na radnom mjestu (Lee & Ashforth 1996). *Emocionalna iscrpljenost* se odnosi na osjećaj osiromašenja emocija što rezultira gubitkom energije i slabošću. Predstavlja osjećaj emocionalne „rastegnutosti“ i iscrpljenosti zbog kontakta s drugim ljudima. Kad se emocionalne rezerve iscrpe, čovjek više nije sposoban davati se drugima. Dok je *depersonalizacija* često nazivana cinizmom, a označava emocionalno distanciranje i gubitak idealizma u profesionalnom radu, što se najčešće očituje negativnim stavom prema pacijentima. Odnosi se na bezosjećajan i ravnodušan odnos prema onim osobama koje su primatelji pomoći. Ovaj negativan stav može prerasti u grubo, neosjetljivo ili čak neprilagođeno ponašanje prema npr. pacijentima i/ili povlačenje od njih (Jeleč - Kaker 2008). Stoga je u našem istraživanju primijenjen ORCAB upitnik koji ispituje šest područja koja se odnose na: (1) opće podatke o ispitaniku (2) kako ispitanik procjenjuje svoj rad (3) njegov odnos prema ustanovi u kojoj radi (4) kako procjenjuje sigurnost pacijenta u ustanovi (5) ispitanikovo zdravlje i njegove navike te (6) na kvalitetu skrbi koju pruža (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009).

Prema Christini Maslach, emocionalna iscrpljenost javlja se prva u razvoju sindroma sagorijevanja (Maslach 1982). Maslach, Schaufeli i Leiter smatraju da se pri razvoju sindroma sagorijevanja osoba prvo osjeća umornom i bez snage da dalje ulaže u svoj posao, dakle emocionalno iscrpljenom, a nakon toga se pokušava obraniti i izbjeći daljni stres izolacijom od negativnih emocija (Maslach et al. 2001).

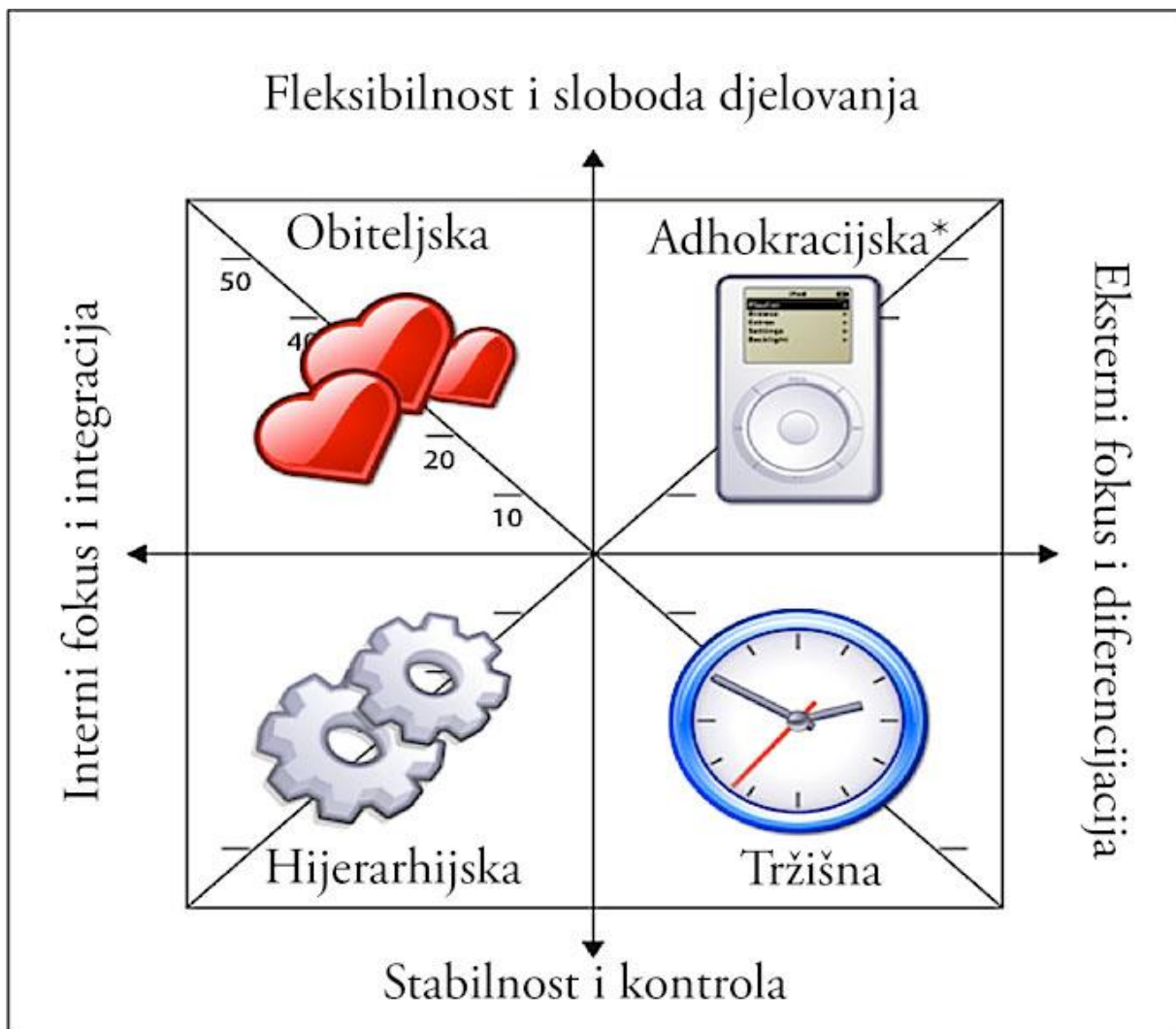
Rezultati raznih istraživanja često pokazuju povezanost između profesionalnog sagorijevanja, te različitih mentalnih i tjelesnih zdravstvenih problema, narušenih obiteljskih i socijalnih odnosa (Jackson & Schuler 1983), povećanog broja otkaza i izostanka s posla, te smanjene kvalitete i kvantitete učinkovitosti na radnome mjestu (Jackson & Schuler 1985).

Istraživanje je pokazalo, a što je vidljivo iz Tablice 5, Slike 7 da se ispitanici, medicinske sestre-tehničari i fizioterapeuti sa SSS razlikuju po dobi od medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS i doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS i po ukupnom radnom stažu [staž medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS u prosjeku iznosi 13,3 godine (raspon 0 do 40 godina), medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS iznosi u prosjeku 9,4 godine (raspon 0 do 45 godina), a ukupni radni staž doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS u prosjeku iznosi 9,6 godina (raspon 0 do 38 godina) ($P < 0,001$) (Tablica 5, Slika 8)] što može biti razlogom različitim značajkama sindroma sagorijevanja. Angažman na radnom mjestu, predanost poslu i ukupni angažman više su izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, dok su kod doktora medicine, stomatologije i ostalih nešto manje izraženi, a najmanje su pak izraženi kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS (Tablica 11, Slika 13). Značajnije su izraženi u muškaraca nego u žena.

Negativna afektivnost, organizacijska kultura, usmjerenost tržištu i organizacijska adhokracija najviše su izražene u Specijalnoj bolnici, nešto manje u Domu zdravlja, a najmanje u Rehabilitacijskom centru. Organizacijska hijerarhija podjednako je zastupljena u Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru, a manje u Domu zdravlja (Tablica 15, Slika 16). Negativna je afektivnost najviše izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, a najmanje kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS. Organizacijska kultura je najviše izražena kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a najmanje kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Usmjerenost tržištu najviše je izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a najmanje kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Organizacijska hijerarhija je najviše izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a najmanje kod doktora medicine,

stomatologije i ostalih s VSS. Organizacijska adhokracija najviše je izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS, a najmanje kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Istraživanje je pokazalo da su negativna afektivnost, usmjerenost tržištu, organizacijska hijerarhija i adhokracija više izražene kod žena, a manje kod muškaraca. Organizacijska pak kultura je više izražena kod muškaraca, a manje kod žena (Tablica 19, Slika 20).

Prema Robert E. Quinnu i Kim S. Cameron, sa Sveučilišta Ann Arbor u Michiganu, postoje 4 vrste organizacijske kulture: obiteljska, adhokracijska, tržišna i hijerarhijska (Slika 32):



Slika 32 Vrste organizacijske kulture; <http://artsfwd.org/4-types-org-culture/>

Obiteljski usmjerene kulture su nalik obiteljima, usredotočene na mentorstvo, brigu i “zajednički rad” pristupu.

Adhokracijski usmjerene kulture su dinamične i poduzetničke, s fokusom na preuzimanje rizika, inovacije i “prvi ćemo zavšiti posao” pristupu.

Tržišno usmjerene kulture su okrenute rezultatima, sa fokusom na natjecanju, postignućima i pristupu ”obavljanju posla do kraja”.

Hijerarhijski usmjerene kulture su strukturirane i kontrolirane, sa fokusom na efikasnost, stabilnost i na pristupu “obavljanje posla dobro i po pravilima”.

Ne postoji jedna ispravna organizacijska kultura: sve kulture promiču neke forme i ponašanja i zabranjuju druge oblike. Neke su pogodne za brze i konstantne promjene, druge za polagani postepen razvoj ustanove.

Na primjer, Quinn i Cameron (<http://artsfwd.org/4-tipes-org-culture>)

objedinjuju posljedne dvije kulture (hijerarhijsku i tržišnu) s glavnom usredotočenošću na stabilnost te obiteljsku i adhokracijsku komponentu s fleksibilnošću i prilagodljivošću. Hijerarhijska kultura temeljena na kontroli će dovesti do postepene promjene, dok će usmjerenost na adhokraciju tipično voditi do korjenitih promjena.

Izvore koji uzrokuju sagorijevanje na poslu kod pomagačkih struka, u koje spadaju i zdravstveni djelnici, mogu se podijeliti u dvije skupine:

Unutarnji izvori – nerealna očekivanja od posla i od sebe koja nadilaze radni realitet, pretjerana identifikacija s ljudima kojima se pomaže i s njihovim problemima, potreba za stalnom i potpunom kontrolom situacije, pretjerana vezanost uz posao i osjećaj da snosimo svu odgovornost, neprepuštanje dijelova posla drugima, nepostojanje radnih prioriteta, osjećaj stručne nekompetentnosti itd.

Vanjski izvori – izvori vezani uz radne uvjete, uz organizaciju rada, uz odnose s drugima unutar vrstu pomagačkog posla i obilježja ljudi kojima se pomaže (Ajduković & Ajduković 1996).

Kako se kod sindroma sagorijevanja radi o kumulativnom procesu, koji se razvija polako i započinje malim znakovima upozorenja, mogu proći godine prije nego što se simptomi manifestiraju kao psihički i emocionalni problemi i dovedu do potpunog gubitka i volje za rad. To se posebno odnosi na zdravstvenu djelatnost u kojoj su visokom stresu i posljedicama stresa izloženi upravo oni o kojima ovise zdravlje i život drugih ljudi (Aiken et al. 2002; Pavičević & Bobić 2002). Suvremena medicina se danas sve više i brže modernizira.

Upravo vanjski čimbenici u zdravstvenoj djelatnosti poput radnog okoliša i organizacije rada, uvođenja novih tehnologija, novih znanstvenih i stručnih spoznaja te rastući razvoj dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, uz naravno i unutrašnje čimbenike povećanja psihofizičkih zahtjeva na zdravstvene djelatnike, mogu izazvati nove epidemije bolesti uzrokovanih radom i radnim uvjetima (Eriksen et al. 2006; Knežević 2010). Iz tih razloga zdravstvena je struka s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti te smjenskom radu, svrstana u visoko stresne profesije (Knežević 2010). Liječnici, medicinske sestra i ostali zdravstveni djelatnici pripadaju takozvanim pomažućim profesijama, koje su kao takve, visokorizične za razvoj sindroma sagorijevanja. Ne postoji točno mjerenje koliko je medicinskih sestara i fizioterapeuta u Hrvatskoj i u svijetu u kojem stupnju sagorijevanja (Kalauz 2008). Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima i emocionalno iscrpljivanje (engl. *burnout*) u zdravstvenih radnika pridonose povećanom morbiditetu od psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti (Aasland et al. 1997; Hochschild 1979).

Prema istraživanju Međunarodnog konzorcija za istraživanje bolničkih rezultata 1998- 1999, u Engleskoj 36, 2% zaposlenih u zdravstvu pati od značajnog sindroma sagorijevanja (www.sozialnetz-hessen.de). Istraživanja u pojedinim institucijama i regijama na Kubi ukazuju da se ta brojka kreće između 25% i 40% (Chacon 2013).

Istraživanje koje je provedeno na portugalskim odjelima intenzivne skrbi na tri stotine profesionalaca (82 liječnika i 218 medicinskih sestara) pokazalo je visoku stopu sagorijevanja, a 31% ih je imalo i visoku razinu sagorijevanja. Razlika u razini sagorijevanja među medicinskim sestrama i liječnicima nije bila značajna. Istraživanje je također pokazalo kako je čimbenik rizika i spol, točnije žene imaju povećan rizik od sagorijevanja (www.ncbi.nlm.nih). Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija najviše izražene kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS. Emocionalna iscrpljenost je najmanje izražena kod doktora medicine, stomatologije i ostalih s VSS, a depersonalizacija je najmanje izražena kod medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta s VŠS (Tablica 41 i Slika 30). A obzirom na spol, emocionalna iscrpljenost više je bila izražena kod žena, a znatno manje kod muškaraca. Depersonalizacija je nešto više izražena kod muškaraca, a manje kod žena (Tablica 43 i Slika 31). Sindrom sagorijevanja na poslu posebnu važnost ima u liječnika, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika jer je on sam po sebi stanje prolongiranog odgovora na stres vezan uz posao te je upravo

zdravstvena struka ta u kojoj se javlja stres sa psihoemocionalnom i fizičkom komponentom (Beckstead 2002; Shamian 2001). Razlika između stresa vezanog za posao i sindroma sagorijevanja nalazi se na vremenskoj liniji. Dok je stres nešto što bismo vezali za kraće razdoblje, sindrom sagorijevanja za svoj nastanak zahtijeva znatno dulje razdoblje koje podrazumijeva iscrpljenost adaptacijskih mehanizama (Maslach & Schaufeli 1993).

Budući da isti stresor različiti ljudi mogu doživjeti na različit način, različitim intenzitetom te s različitim predznakom, važan je odnos pojedinca prema svakom od njih. Istraživanje provedeno među irskim liječnicima 2004. godine pokazuje da 56% njih svoj posao ocjenjuje kao stresan, odnosno izrazito stresan, a u 79% liječnika stres na radu uzrokuje nezadovoljstvo. Kao najčeće stresore navode hitna stanja, dežurstva, donošenje odluka nakon noćnog dežurstva, rutinski medicinski rad i malu mogućnost napredovanja. Čak 68% ih razmišlja o napuštanju struke, i to polovica vrlo ozbiljno. U Velikoj Britaniji 56% liječnika smatra da posao narušava njihovo zdravlje (Goehring et al. 2005).

O liječničkoj profesiji razvijeni su određeni mitovi koji pridonose razvoju sindroma sagorijevanja, npr. liječnik bi morao biti sveznajući, nepogrješiv, uvijek siguran u svoje stajalište, jer je nesigurnost znak slabosti, svoje bi potrebe morao podrediti potrebama struke, zabranjeno je otkrivati svoje emocije jer to znači slabost, a svi od liječnika očekuju i da dobro zarađuje. Takva je očekivanja nemoguće zadovoljiti pa liječnik zapada u stanje pojačane samokritičnosti koje vodi u stanje sagorijevanja (Mazzi & Ferlin, 2004).

Međuljudski odnosi kao čimbenik nastanka sindroma sagorijevanja istaknuti su u više istraživanja; tako je dokazano da su skladne i prijateljski nastrojene radne okoline imale čak protektivan učinak na psihičko zdravlje zaposlenika (Ramirez et al. 1996). U našem istraživanju timski je rad između bolničkih jedinica i premještaja pacijenata između bolničkih odjela najviše izražen u Domu zdravlja, a najmanje u Specijalnoj bolnici. Međutim, povratna informacija i komunikacija o pogreškama, izvješće o događaju vezano za pacijente, bolnička podrška za pacijente te supervizija i unapređenje sigurnosti na radu najviše su izraženi u Specijalnoj bolnici, a najmanje u Rehabilitacijskom centru (Tablica 21 i Slika 20) što djeluje kao zaštitni čimbenik u nastanku i izraženosti sindroma sagorijevanja.

Svakodnevni iscrpljujući posao s previše pacijenata, preuzimanje odgovornosti za kritične odluke, često donesene na temelju nepouzdanih informacija, kao i nošenje s njihovim posljedicama, uz neprestan trud da se izbjegnu pogreške svakako su radni uvjeti koji dovode do sagorijevanja (Maslach & Jackson, 1982).

U našem istraživanju postoji statistički značajna razlika u ispitivanim ustanovama kod fizičkih ($P < 0,001$), organizacijskih ($P < 0,001$), emocionalnih ($P 0,009$) i kognitivnih ($P 0,023$) zahtjeva (Tablica 28). Sindrom sagorijevanja je najzastupljeniji i najrazvijeniji u Domu zdravlja i to tako da su fizički i emocionalni zahtjevi najviše izraženi u Domu zdravlja, a najmanje u Specijalnoj bolnici. Organizacijski i kognitivni zahtjevi najviše su izraženi u Rehabilitacijskom centru, a najmanje u Specijalnoj bolnici (Tablica 27 i Slika 23).

Rezultati istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna razlika u usmjerenosti pacijentu – kvaliteti skrbi za pacijenta ($P 0,001$), osnovnim preprekama pružanja kvalitetne skrbi ($P 0,027$) te jednakosti i učinkovitosti ($P < 0,001$) (Tablica 34).

Stoga je intervencije na radnim mjestima u svrhu mjera za očuvanje zdravlja na radu zdravstvenih djelatnika i mjera prevencije nastanka sindroma sagorijevanja potrebno temeljiti na ishodima procjene psihosocijalnih čimbenika rizika za njegov nastanak. Pravi put i prava kultura će biti ona koja blisko odgovara smjeru i strategiji određene zdravstvene organizacije ili ustanove dok se suočava sa svojim osobnim izazovima i izazovima trenutka.

9. Zaključak

Temeljem dobivenih rezultata istraživanja može se zaključiti da postoje specifičnosti u značajkama emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije kao oblika sindroma sagorijevanja u zdravstvenih djelatnika u tri različite zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj: Domu zdravlja, Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru:

- Učestalost i intenzite emocionalne iscrpljenosti veći su u vanbolničkoj djelatnosti (u Domu zdravlja), dok je depersonalizacija izraženija u Rehabilitacijskom centru
- Negativna afektivnost, organizacijska kultura, usmjerenosta tržištu i organizacijska adhokracija najviše su izražene u Specijalnoj bolnici, nešto manje u Domu zdravlja, a najmanje u Rehabilitacijskom centru
- Organizacijska hijerarhija podjednako je zastupljena u Specijalnoj bolnici i Rehabilitacijskom centru, a manje u Domu zdravlja
- Postoje razlike obzirom na zanimanje i spol:
 - oba oblika, emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija, najviše zahvaćaju medicinske sestre-tehničare i fizioterapeute sa SSS
 - emocionalna iscrpljenost izraženija je u žena, a depersonalizacija u muškaraca
- Po značajkama sindroma sagorijevanja postoje razlike obzirom na zanimanje i spol:
 - medicinske sestre-tehničari i fizioterapeuti s VŠS, i to muškarci, imaju izraženije pokazatelje u:
 - procijenjenim vrijednostima posvećenosti poslu kao što su angažman, predanost poslu i ukupnom angažmanu
 - usmjerenosti tržištu
 - organizacijskoj hijerarhiji
 - organizacijskoj adhokraciji
 - medicinske sestre-tehničari i fizioterapeuti sa SSS imaju najizraženije pokazatelje za:
 - negativnu afektivnost i to više u žena
 - doktori medicine, stomatologije i ostali s VSS imaju najizraženiju
 - organizacijsku kulturu

U tom smjeru treba načini programe prevencije i provoditi mjere osnaživanja zaposlenika, poglavito medicinskih sestara-tehničara i fizioterapeuta sa SSS, žena, koji su se pokazali najugroženijom skupinom.

10. Zahvala

Mojoj mentorici, prof. dr. sc. Jadranki Mustajbegović, najljepša hvala na mentorstvu, nesebičnoj pomoći i velikoj podršci. Zahvaljujem joj na brojnim korisnim savjetima, raspravama i idejama.

Zahvaljujem zdravstvenim djelatnicima u ustanovama u kojima sam provodila istraživanje, koji su bili otvoreni i susretljivi, ispunili podijeljene upitnike te na taj način doprinjeli realizaciji ovog rada.

Osobito hvala voditeljima bolnica i odjela na suradnji i ljubaznosti.

Neizmjereno hvala mojim prijateljima, koji su bili tu i ostali uz mene u svim situacijama, hrabрили me, poticali i vjerovali da ću uspjeti.

Zahvaljujem se onima koji su dio mog života. Činite me boljom osobom. Hvala vam!

11. Literatura

1. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H (1997) Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 45:1615–29.
2. Afrić V (2007). Baza znanja - metode istraživanja u društvenim znanostima. <http://infoz.ffzg.hr/Afric/VjekoBZ/Projekt.asp>. Accessed:16.06.2015.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 14: 5-13.
4. Ajduković D (1996) Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača. U: Ajduković D, Ajduković M. (ur.) Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć. 29-37.
5. Beckstead JW (2002) Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory among Florida nurses. *Int J Nurs Stud*. 39:785–92.
6. Chacón M (2013) Burnout among Cuban Nurses: Out of the Shadows, *Medic Review*, No 4, Vol 15, October 2013.
7. Eriksen W, Tambs K, Knardahl S (2006) Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 6:290.
8. Everly A, Girdin G, Dusek DS and DE (1996) *Controlling Stress and Tension*, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA.
9. Freudenberg HJ (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
10. Garden AM (1987) Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 140, 545-560.
11. Goehring C, Gallacchi MB, Kunzi B, Bovier P (2005) Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 135:101–108.
12. Gundersen L (2001) Physical Burnout. *Anal. Of. Int. Med* 135(2), 145-148.

13. Hochschild AR (1979) Emotion work, feeling rules and social structure. *Am J Sociol.* 85:551–75.
14. Hudek J, Krapić N, Rajter L (2005) Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. U: *Psihologijske teme*, Vol. 14, 2: 41-54.
15. Jackson SE, Maslach C (1982) After-effects of job-related stress: families as victims. *Journal of Occupation Behavior*, 3, 63-77.
16. Jackson SE, Schuler RS (1983) Preventing employee burnout. *Personnel*, 60, 58- 68.
17. Jackson SE, Schuler RS (1985) A metaanalysis and conceptual critique of research on role ambiguity and roleconflict in work settings. *Organizational Behavior in Human Decision Process*, 33, 1-21.
18. Jeleč Kaker D (2008) Izvori profesionalnog stresa i sindrom sagorijevanja socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. U: *Ljetopis socijalnog rada* 16 (1), 133-151.
19. Kalauz S (2008) Sindrom sagorijevanja na poslu kod medicinskih sestara, Knjiga sažetaka 7. Kongresa kardiološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem, *Liječnički vjesnik* 16-19. Opatija, 2008.
20. Knežević B (2010) Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama (disertacija). Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet.
21. Lee RT, Ashforth BE (1996) A metaanalytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81,123-133.
22. Maslach C (1982) *Burnout: The cost of caring*. NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
23. Maslach C, Jackson SE (1982) Burnout in health professions: a social psychological analysis. U: Sanders GS, Suls J, ur. *Social psychology of health and illness*. 3. izdanje. Hillsdale: Lawrence Erlbaum. 227–51.
24. Maslach C, Jackson SE (1986) *Maslach Burnout Inventory (Manual)*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
25. Maslach C, Schaufeli WB (1993) Historical and conceptual development of burnout. U: Schaufeli WB, Maslach C, ur. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor and Francis. 1–16.

26. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter PM (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 53, 397-422.
27. Mason BJ, Markowitz JC, Klerman GL (1993) Interpersonal psychotherapy for dysthymic Disorder. U: Klerman GL, Weissman MM, editors. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington Jackson, S.E., Schuler, DC: American Psychiatric Press.
28. Mazzi B, Ferlin D (2004) Sindrom sagorjelosti na poslu: Naš profesionalni problem. IV. kongres HDOD-HLZ. Rovinj: HDOD.
29. Michaels RM (1996) Physician Burnout. *Pennsylvania Medicine* (99): 18-21.
30. Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2013-2020. godine. Zagreb, srpanj 2013.
31. ORCAB Questionnaire FP7-HEALTH-2009-single-stage: ORCAB - Improving quality and safety in the hospital: The link between organisational culture, burnout and quality of care. Grant agreement no.: 242084.
32. Pavičević L, Bobić J (2002) Stres na radu. U: Šarić M, Žuškin E, ur. *Medicina rada i okoliša*. Zagreb: Medicinska naklada.
33. Ramirez AJ, Graham J, Richards A, Cull A, Gregory WM (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 347:724–28.
34. Spasić D (2013) Sindrom izgaranja, perfekcionizam i dimenzije ličnosti kod medicinskih tehničara. Neobjavljen master rad. Filozofski fakultet, Departman za psihologiju Univerzitet u Nišu.
35. Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.). *The handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). Chichester: Wiley.

36. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D (2001) A hospital level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *Canad J Nurs*; 33:35–50.
37. <http://artsfwd.org/4-types-org-culture> Accessed: 17.06. 2015.
38. <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Adhocracy> Accessed: 30.08. 2015.
39. www.nebi.nlm.nih Accessed: 22.11. 2014.
40. www.sozialnetz-hessen.de Accessed: 27.11. 2014.

12. Životopis

Estera Trešek

Rođena sam u Nagoldu (Njemačka), 17. siječnja 1972. godine. Srednju tekstilnu školu, dizajnerski smjer završila sam u Križevcima 1991. godine. Nakon majčine smrt, 1992. godine upisala sam Srednju školu za medicinske sestre u Maruševcu, koju sam potom završila 1996. godine. Te iste godine upisala sam Višu medicinsku školu, smjer sestrinstvo pri Medicinskom fakultetu u Rijeci, a koji sam potom završila 1999. godine. Na drugoj godini studija bila sam nagrađena rektorovom nagradom za odličan uspjeh, kao najbolja studentica u svojoj klasi. Godine 2010. sam završila treću razlikovnu godinu pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

Godine 2013. upisala sam Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Nakon završetka Više medicinske škole, u rujnu 2000. godine počela sam raditi u Općoj bolnici u Varaždinu svoj pripravnički staž. Nakon obavljenog pripravničkog staža u listopadu 2001. godine položila sam stručni ispit za medicinske sestre i zaposlila se u KBC Rebro na odjelu pedijatrijske intenzivne skrbi, gdje sam obnašala dužnost voditelja odjela. U listopadu 2002. godine počela sam sa radom u Domu zdravlja u Koprivnici kao viša patronažna sestra, te u veljeći 2006. godine prelazim u Dom zdravlja Koprivničko - križevačke županije u ispostvu Križevci.

Odobrenje za samostalni rad za planiranje i provođenje zdravstvene njege, izdano mi je 2005. godine od HKMS.

Tijekom rada kao patronažna sestra počela sam sa radom metora za učenike srednje i više medicinske škole. Početkom 2013. godine počinjem raditi kao Asistent pri Veleučilištu u Varaždinu, smjer sestrinstvo.

Aktivni sam član HUMS, HKMS i HSSMS/MT.

13. Prilozi

13.1. Upitnik



Europska unija, u suradnji sa Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu provodi sustavno izvješće o uvjetima svakodnevnog rada i zdravstvenih posljedica u zdravstvenih djelatnika. Ovo istraživanje će se provesti u Vašoj ustanovi. Ono daje uvid u promjene radnog i profesionalnog okružja.

Molim Vas da ispunite sljedeći upitnik. On kao evaluacijski alat ima dvostruku svrhu:

1. Dijagnostički alat

Odgovarajući na ponuđena pitanja možete procijeniti svoju osobnu razinu stresa, iscrpljenosti i burnouta, te Vam se mogu predložiti najbolje individualne metode suočavanja sa stresom. Ako želite dobiti uvid u svoje rezultate, molim Vas da ispunite svoju e-mail adresu na kraju upitnika. Unos adrese nije obavezan, a Vaši podaci će biti povjerljivo pohranjeni i dostupni samo Vama.

2. Alat za prikupljanje podataka

Vaše mišljenje i iskustvo je jedinstven i pouzdan način razvijanja programa za poboljšanje radnih uvjeta u bolnicama. Cilj prikupljanja ovih podataka je razviti Europski program za prevenciju stresa i liječenje bolesti vezanih uz stres zdravstvenih djelatnika u Europi.

Zahvaljujem Vam se na suradnji!

Estera Trešek, bacc. med. techn.

(Studentica II. godine Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva Medicinskog fakulteta u Zagreb).

I. OPĆE INFORMACIJE

1. Koliko imate godina? _____
2. Kojeg ste spola? Muški Ženski
3. Kakav je Vaš bračni status? _____
4. Koji je vaš kadrovski položaj u ovoj ustanovi? _____
5. Na kojem odjelu radite? _____
6. Koliko dugo radite u ovoj ustanovi? ____ godina ____ mjeseci
7. Koliko ste dugo radili u svom sadašnjem bolničkom radnom području/jedinici? ____ godina ____ mjeseci
8. Tipično, koliko sati tjedno radite u ovoj ustanovi? _____ sati
9. Koju vrstu ugovora o zapošljavanju posjedujete? _____

II. VI I VAŠ RAD

Molimo da svaku izjavu pomno pročitate i odlučite jeste li ikada tako mislili o svom poslu. Ako niste nikada tako mislili, napišite ispred izjave 0 (nulu). Ako jeste tako mislili, iskažite kako često tako mislite pišući broj (od 1 do 6) koji najbolje opisuje kako često imate takvo mišljenje.

		Nikada ▼	Nekoliko puta godišnje ili rjeđe ▼	Jedanput mjesečno ili rjeđe ▼	Nekoliko puta mjesečno ▼	Jednom tjedno ▼	Nekoliko puta tjedno ▼	Svaki dan ▼
10	Zbog svog se rada osjećam emocionalno iscrpljen	0	1	2	3	4	5	6
11	Na kraju radnog dana osjećam se iskorišten	0	1	2	3	4	5	6
12	Kada ustanem ujutro i moram se suočiti s drugim danom na poslu osjećam se premorenim	0	1	2	3	4	5	6
13	Osjećam da se brinem za neke pacijente kao da su stvari	0	1	2	3	4	5	6
14	Raditi s ljudima cijeli dan zaista mi je naporno	0	1	2	3	4	5	6
15	Osjećam se zbog svog rada izgoreno	0	1	2	3	4	5	6
16	Otkad radim ovaj posao postao sam neosjetljiviji prema ljudima	0	1	2	3	4	5	6
17	Bojim se da me ovaj posao čini emocionalno neosjetljivim	0	1	2	3	4	5	6
18	Zbog svog se posla osjećam frustrirano	0	1	2	3	4	5	6
19	Osjećam da na svom poslu radim preteško	0	1	2	3	4	5	6
20	Zaista me nije briga što se događa s nekim pacijentima	0	1	2	3	4	5	6
21	Raditi direktno s ljudima postaje mi previše stresno	0	1	2	3	4	5	6

22	Osjećam kao da sam na kraju svojih snaga	0	1	2	3	4	5	6
23	Osjećam da me pacijenti okrivljuju zbog nekih svojih problema	0	1	2	3	4	5	6
24	Na svom radu osjećam se da prštim od energije	0	1	2	3	4	5	6
25	Smatram da je moj rad pun značenja i svrhe	0	1	2	3	4	5	6
26	Na poslu se osjećam snažno i poletno	0	1	2	3	4	5	6
27	Na svom se poslu osjećam jakim i snažnim	0	1	2	3	4	5	6
28	Moj me posao nadahnjuje	0	1	2	3	4	5	6
29	Kada ujutro ustanem drago mi je ići na posao	0	1	2	3	4	5	6
30	Ponosam sam na posao koji obavljam	0	1	2	3	4	5	6
31	Mogu nastaviti raditi tijekom dugih razdoblja	0	1	2	3	4	5	6
32	Za mene je moj posao izazov	0	1	2	3	4	5	6
33	Pri svom sam poslu mentalno vrlo elastičan	0	1	2	3	4	5	6
34	Pri svom poslu uvijek ustrajem čak i kada stvari ne idu dobro	0	1	2	3	4	5	6

Ova se ljestvica sastoji od broja riječi koje opisuju različita raspoloženja i osjećaje. Pokažite do koje ste se mjere tako osjećali tijekom zadnjih 7 dana.

1	2	3	4	5
Vrlo malo ili uopće ne	Malo	Umjereno	Pretežno	Izrazito

35 _____Ljut / Ljuta

36 _____Neprijateljski raspoložen / rapoložena

37 _____Uzbuđen / Uzbuđena

38 _____Posramljen / Posramljena

39 _____Inspiriran / Inspirirana

40 _____Nervozan/ Nervozna

41 _____Odlučan / Odlučna

42 _____Pažljiv / Pažljiva

43 _____Uplašen / Uplašena

44 _____Aktivan / Aktivna

III. VI I VAŠA USTANOVA

		Potpuno se NE slažem ▼	Djelomično se NE slažem ▼	Niti se slažem niti ne slažem ▼	Djelomično se slažem ▼	Potpuno se slažem ▼
45	Ustanova je vrlo toplo mjesto. Izrazito nalikuje proširenoj obitelji. Čini se da ljudi mnogo toga međusobno dijele.	1	2	3	4	5
46	Ustanova je vrlo dinamično i poduzetnično mjesto. Ljudi se žele isticati i preuzeti rizike.	1	2	3	4	5
47	Ustanova je vrlo formalizirano i strukturirano mjesto. Općenito birokratski postupci određuju što ljudi rade.	1	2	3	4	5
48	Ustanova je orijentirana vrlo proizvodno. Najveća je briga završiti posao. Ljudi nisu uključeni vrlo osobno.	1	2	3	4	5
49	Upravitelji su topli i brižni. Oni nastoje razviti potpuni potencijal namještenika i djelovati kao njihovi mentori i voditelji.	1	2	3	4	5
50	Upravitelji su preuzimači rizika. Oni potiču namještenike da preuzimaju rizike i budu inovativni.	1	2	3	4	5
51	Upravitelji su provoditelji propisa. Oni od namještenika očekuju pridržavanje utvrđenih propisa, politike i postupaka.	1	2	3	4	5
52	Upravitelji su koordinatori i učitelji. Oni pomažu namještenicima da usvoje svrhe i ciljeve ustanove.	1	2	3	4	5
53	Ono što drži zajedno Ustanovu je privrženost i tradicija. Visoka je predanost u tom objektu.	1	2	3	4	5
54	Ono što drži zajedno Ustanovu obveza uvođenja noviteta i razvoja. Naglasak je na biti prvi.	1	2	3	4	5
55	Ono što drži zajedno su formalni propisi i politike. Tu je važno održavanje uravnoteženog upravljanja.	1	2	3	4	5
56	Ono što drži zajedno Ustanovu je naglasak na ispunjavanje zadaća i ciljeva. Uobičajena je proizvodna orijentacija.	1	2	3	4	5

57	Ustanova naglašava ljudske resurse. U organizaciji su važni kohezija i moral.	1	2	3	4	5
58	Ustanova naglašava rast i postizanje novih resursa. Važna je spremnost na nove izazove.	1	2	3	4	5
59	Ustanova naglašava stalnost i stabilnost. Važna su učinkovita i uravnotežena djelovanja.	1	2	3	4	5

60	Ustanova naglašava kompetitivna djelovanja i postignuća. Važni su mjerljivi ciljevi.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

61	Ustanova raspodjeljuje svoje nagrade potpuno jednako među svojim članovima. Važno je da svatko od vrha do dna bude tretiran potpuno jednako	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

62	Ustanova raspodjeljuje svoje nagrade na temelju individualne inicijative. Najviše nagrade dobivaju oni s novim idejama i djelovanjima.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

63	Ustanova raspodjeljuje nagrade na temelju rangiranja. Što ste viši, više dobivate.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

64	Ustanova raspodjeljuje nagrade na temelju ispunjenja ciljeva. Nagrađene su osobe koje osiguravaju vodstvo i doprinose postizanju ciljeva ustanove	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

	Niti se				
	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
	▼	▼	▼	▼	▼

65.	U ovoj ustanovi zaposlenici jedni druge podržavaju.	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

66.	Kada treba brzo obaviti mnogo posla, radimo zajedno kao tim da završimo posao.	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

67.	U ovoj ustanovi ljudi se međusobno poštuju.	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

68.	Kada neko područje u ovoj ustanovi dobije više posla, ostali zaposlenici pripomažu.	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

IV. SIGURNOST PACIJENATA

Idući dio ispitivanja ispituje VAŠA mišljenja o problemima pacijentove sigurnosti, medicinske pogreške i događaja o kojima se izvještava u vašoj ustanovi. Ako ne želite odgovoriti na pitanje ili ako se pitanje na vas ne odnosi, može ostaviti svoj odgovor praznim.

“**Događaj**” je definiran kao vrsta odstupanja, incidenta ili odstupanja bez obzira dovodi li ili ne do štete za pacijenta.

“**Pacijentova sigurnost**” je definirana kao izbjegavanje i prevencija oštećenja pacijenta ili štetni događaji koji nastaju zbog procesa davanja zdravstvene skrbi.

		Nikada	Rijetko	Katkada	Većinom	Uvijek
		▼	▼	▼	▼	▼
69	Dobivamo povratnu vezu o promjenama koje se uvode na temelju izvješća o događaju	1	2	3	4	5
70	U ovoj jedinici, raspravljamo kako da se spriječi ponavljanje pogrešaka	1	2	3	4	5
71	Kada se učini pogreška, <u>ali je se opazi i ispravi prije no što djeluje na pacijenta</u> , koliko često se o tome izvještava?	1	2	3	4	5
72	Kada se učini pogreška, <u>koja ne može oštetiti pacijenta</u> , koliko često se o tome izvještava?	1	2	3	4	5
73	Kada se učini pogreška <u>koja bi mogla oštetiti pacijenta</u> , ali ga nije oštetila, koliko često se o tome izvještava?	1	2	3	4	5

		Odlično	Vrlo	Prihvatljivo	Slabo	Nedostaje
		▼	▼	▼	▼	▼
74	Molimo da svojem području/jedinici rada dodijelite sveopću ocjenu pacijentove sigurnosti. Označite JEDAN odgovor	A	B	C	D	E

Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
▼	▼	▼	▼	▼

75	Bolnička uprava osigurava radnu klimu koja unaprjeđuje sigurnost pacijenata.	1	2	3	4	5
76	Bolničke jedinice međusobno dobro ne surađuju.	1	2	3	4	5
77	Dolazi do problema kada se pacijente premješta iz jednog odjela u drugi.	1	2	3	4	5
78	Postoji dobra suradnja između bolničkih jedinica koje moraju zajedno raditi.	1	2	3	4	5
79	Pri izmjenama smjene često se izgube podaci važni za skrb pacijenta.	1	2	3	4	5
80	Često nije ugodno raditi s osobljem iz drugih bolničkih jedinica.	1	2	3	4	5
81	Pri razmjeni podataka između bolničkih jedinica često se javljaju problemi.	1	2	3	4	5
82	Postupci bolničke uprave pokazuju da je sigurnost pacijenta vrhunski prioritet.	1	2	3	4	5
83	Čini se da bolnička uprava zanima za sigurnost pacijenata samo nakon što se dogodi neki štetni događaj.	1	2	3	4	5
84	Bolničke jedinice dobro zajedno rade da se osigura najbolja skrb za pacijente.	1	2	3	4	5
85	U ovoj su ustanovi izmjene smjena problematične za pacijente.	1	2	3	4	5

	Potpuno	Djelomično	Niti se	Djelomično	Potpuno
	se NE	se NE	slažem	se	se
	slažem	slažem	ni	slažem	slažem
			ne		
			slažem		
	▼	▼	▼	▼	▼

86	Nadređena osoba / šef odjela kaže pohvalu kada on/ona vidi obavljeni posao prema utvrđenim postupcima pacijentove sigurnosti.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

87	Nadređena osoba / šef odjela ozbiljno razmatra prijedloge osoblja za poboljšanje pacijentove sigurnosti.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

88	Nadređena osoba / šef odjela katkad previdi probleme pacijentove sigurnosti koji se učestalo događaju.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

- 89 Posljednjih 12 mjeseci, koliko ste o nekom događaju ispunili i predali izvještaja? Označite JEDAN odgovor
- Nije bilo izvještaja o događaju
 - 1 do 2 izvještaja o događaju
 - 3 do 5 izvještaja o događaju
 - 6 do 10 izvještaja o događaju
 - 11 do 20 izvještaja o događaju
 - 21 ili više izvještaja o događaju

90 Molimo da slobodno napišete bilo kakvu primjedbu o sigurnosti pacijenta, pogreški ili događaju o kojem se izvijestilo u vašoj ustanovi:

Sljedeća se pitanja odnose na vaše iskustvo rada u ustanovi. Koliko ste često proteklog mjeseca kod sebe primijetili iz bilo kojeg razloga ove stavove ili načine rada (vremenski pritisak, osjećaj požurivanja, potrebu napuštanja ustanove).

		Nikada	Jednom	Nekoliko puta godišnje	Mjesečno	Tjedno
		▼	▼	▼	▼	▼
91	Našao sam se otpuštati pacijente kako bi služba mogla funkcionirati, jer je tim bio prezaposlen.	1	2	3	4	5
92	Nisam posve raspravio mogućnosti liječenja ili odgovorio na pacijentova pitanja.	1	2	3	4	5
93	Učinio sam pogreške pri postupku ili liječenju koje nisu bile uzrokovane nedostatkom znanja ili iskustva.	1	2	3	4	5
94	Propisao sam vezanje ili lijek za agitiranog pacijenta a da nju/njega nisam pregledao.	1	2	3	4	5
95	Nisam učinio dijagnostički pregled zbog želje da pacijenta otpustim.	1	2	3	4	5
96	Obratio sam malu pozornost socijalnom ili osobnom utjecaju bolesti na pacijenta.	1	2	3	4	5
97	Slabo sam emocionalno reagirao na smrt jednog od svojih pacijenata.	1	2	3	4	5
98	Osjećao sam se krivim zbog toga kako sam tretirao pacijenta s humanitarnog gledišta.	1	2	3	4	5

V. VAŠE ZDRAVLJE I NAVIKE

99. Koliko puta tjedno doručkujete? _____
100. Prosječno, koliko puta u danu jedete redoviti obrok? _____
101. Koliko puta u tjednu jedete 'brzu' hranu (*fast food*)? _____
102. Prosječno, koliko sati spavate po noći? _____
103. Prosječno, koliko cigareta popušite u danu? _____
104. Koliko puta tjedno vježbate najmanje 20 min bez stajanja? _____
105. Prosječno, koliko kava popijete na dan? _____
106. Prosječno, koliko puta u tjednu pijete alkoholna pića? (bez obzira na količinu) _____
107. Prosječno, koliko alkoholnog pića (u čašama) popijete svaki puta kada pijete? _____
108. Kada obično pijete prvo piće u danu? _____
109. Koliko pića (u čašama) popijete u svakoj gore navedenoj prilici
- Na radu _____
 - Nakon rada _____
 - Po noći, prije odlaska u krevet _____
 - Kada izlazite _____
110. Prosječno, koliko dana, odnosno noći tjedno uzimate pilule za spavanje kako bi zaspali? _____
111. Prosječno, koliko dana, odnosno noći tjedno uzimate pilule za spavanje kako bi se opustili? _____
112. Prosječno, kako često u tjednu koristite nefarmaceutska sredstva da se opustite ili za spavanje? _____
113. Koju vrstu sredstava? _____
114. Prosječno, koliko često tjedno uzimate sredstva protiv boli? _____
115. Koliko često se u proteklih godinu dana pili alkohol? _____
116. Koliko prosječno čaša alkoholnog pića dana popijete svaki puta kada pijete? _____
117. Koliko često ste u proteklih godinu dana pili šest ili više čaša alkoholnog pića? _____

VI. KVALITETA SKRBI

Sljedeća se pitanja odnose na vaše iskustvo rada u ustanovi. Molimo da pitanja pročitate i označite svoju razinu slaganja s tvrdnjama. U sljedećim bismo pitanjima željeli da se prisjetite zadnjih 7 dana i označite jeste li doživjeli sljedeće

		Nikad ▼		Ponekad ▼						Uvijek ▼	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
118	Mogao sam detaljno informirati pacijenta o dijagnostičkom /terapijskom postupku koji treba napraviti.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
119	Mogao sam osigurati dobru i ugodnu komunikaciju s pacijentima.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
120	Mogao sam uključiti svoje pacijente da prihvate svoje obavještene odluke o liječenju.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
121	Mogao sam pacijentu osigurati i dati sve potrebne informacije tako da on/ona može izabrati najbolju alternativu za svoje liječenje.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
122	Mogao sam obratiti dovoljno pozornosti potrebama pacijenata.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
123	Neki od nas su tako umorni da imamo malo raspoloživog vremena da se bavimo pacijentovim molbama.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
124	Katkada na kvalitetu skrbi utječu naši osobni problemi.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
125	Osooblje nije dovoljno zaštićeno kod rada s pacijentima od hepatitisa, AIDS-a, itd. – nije cijepljeno i ne nosi rukavice: rizik od infekcija za druge pacijente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
126	Kao multidisciplinarni tim, svaki od nas doprinosi liječenju pacijenata svojim specifičnim znanjem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
127	Mogao sam tražiti druge medicinske pretrage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

kada je medicinski slučaj bio kompleksan.

128	Mogao sam dati pacijentu najbolju raspoloživu medicinsku skrb.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
129	Mogao sam se savjetovati s kolegama većeg iskustva i kvalifikacije.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
130	Mogao sam pacijente savjetovati o promjeni njihova stila života i zdravstvenog ponašanja.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
131	Obično moram raditi dodatne sate da obavim sva svoja zaduženja s pacijentima.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
132	Mogao sam osigurati medicinsku skrb svim pacijentima bez obzira na njihov spol, dob, etničku pripadnost, geografski smještaj, seksualnu orijentaciju, religijska vjerovanja, socijalno-ekonomsko stanje ili edukacijsku razinu.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
133	Mogao sam učinkovito komunicirati sa svim pacijentima bez obzira na razinu njihove izobrazbe.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
134	Osjećam da bolnička uprava ne sluša ni mene ni moje probleme.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
135	Moji me kolege cijene zbog mog profesionalnog znanja i vještina.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
136	Moje su odluke o liječenju znatno ograničene financijskim restrikcijama bolničke uprave.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
137	U cilju osiguravanja odgovarajuće skrbi ustanova ovisi o rođacima koji dolaze pomoći pacijentu u njegovim svakodnevnim potrebama.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

		Nikada ▼	Vrlo ▼	Ponekad ▼	Često ▼	Uvijek ▼
138	Odgovoran sam za previše pacijenata u bolničkim vizitama.	1	2	3	4	5
139	Moram vrlo brzo raditi i žuriti.	1	2	3	4	5
140	Ustanova je vrlo bučno mjesto.	1	2	3	4	5
141	Moram raditi puno administrativnog posla.	1	2	3	4	5
142	Za broj pacijenata koje vidamo nema dovoljno osoblja.	1	2	3	4	5
143	Postoji nedostatak opskrbe potrebne za naš posao.	1	2	3	4	5
144	Oprema je problematična.	1	2	3	4	5
145	U mom odjelu hijerarhija je vrlo kruta.	1	2	3	4	5
146	Sporazumijevanje između bolničkih odjela je problematično.	1	2	3	4	5
147	Uloge u mom odjelu nisu jasne.	1	2	3	4	5
148	Zdravstveno se zakonodavstvo stalno mijenja i u mojoj ustanovi je stalna promjena propisa.	1	2	3	4	5
149	Uprava mog odjela nije pravična.	1	2	3	4	5
150	Sredstva javnog priopćavanja daju lošu sliku o stručnjacima zdravstvene skrbi koji rade u ovoj ustanovi.	1	2	3	4	5
151	U mom odjelu nema suradnje između mene i drugih članova.	1	2	3	4	5
152	Često mislim o tome što se događa na radu kada sam kod kuće.	1	2	3	4	5
153	Ne znam kako se suočiti s negativnim osjećajima kada sam na poslu	1	2	3	4	5
154	Ima mnogo konkurencije među mojim kolegama	1	2	3	4	5
155	Moram se baviti pacijentima koji verbalno vrijeđaju.	1	2	3	4	5
156	Bojim se da ću učiniti nešto loše.	1	2	3	4	5
157	Nema povratne veze o rezultatima mog posla.	1	2	3	4	5
158	Moram donositi odluke pod vremenskim pritiskom.	1	2	3	4	5
159	Nemam mogućnosti sam odlučivati o tome kako bi trebalo	1	2	3	4	5

obavljati moj posao.

160	Moram uvježbavati novo osoblje.	1	2	3	4	5
161	Moram donositi odluke kada nemam sve podatke koji su mi potrebni.	1	2	3	4	5

Hvala Vam na suradnji! Smatramo da će rezultati vašeg sudjelovanja doprinijeti Vašim profesionalnim i radnim uvjetima. Ako želite primiti rezultate, unesite svoju adresu e-pošte kako bi Vas kontaktirali.

e-mail	
--------	--