

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Ana Puljak

ULOGA RADNOG STRESA, ZADOVOLJSTVA POSLOM I
ZAŠTITNIH ČIMBENIKA U POJAVI SINDROMA SAGORIJEVANJA
MEDICINSKIH SESTARA IZ DOMOVA ZA STARIJE OSOBE
TIJEKOM KRIZNIH DOGAĐAJA

Doktorski rad

Rijeka, 2026.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Ana Puljak

ULOGA RADNOG STRESA, ZADOVOLJSTVA POSLOM I
ZAŠTITNIH ČIMBENIKA U POJAVI SINDROMA SAGORIJEVANJA
MEDICINSKIH SESTARA IZ DOMOVA ZA STARIJE OSOBE
TIJEKOM KRIZNIH DOGAĐAJA

Doktorski rad

Mentor

Silvia Rusac

Komentor

Branko Kolarić

Rijeka, 2026.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF MEDICINE

Ana Puljak

THE ROLE OF PROFESSIONAL STRESS, JOB SATISFACTION,
AND PROTECTIVE FACTORS IN THE OCCURRENCE OF
BURNOUT
SYNDROME IN NURSING HOMES FOR THE ELDERLY DURING
A
CRISIS EVENT

Doctoral dissertation

Mentor

Silvija Rusac

Comentor

Branko Kolarić

Rijeka, 2026.

Mentor/ica/komentor/ica rada: (titula, ime i prezime mentora)

Doktorski rad obranjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____ (titula, ime i prezime)

2. _____ (titula, ime i prezime)

3. _____ (titula, ime i prezime)

4. _____ (titula, ime i prezime)

5. _____ (titula, ime i prezime)

Rad ima _____ listova.

UDK: _____ (UDK broj dodjeljuje Knjižnica Medicinskog fakulteta u Rijeci)

PREDGOVOR

Motivacija za ovo istraživanje proizašla je iz neposrednog rada s djelatnicima domova za starije tijekom pandemije COVID-19 i potresa, ali i iz osobnog interesa za područje mentalnog zdravlja i zdravlja na radnom mjestu. Rad medicinskih sestara u domovima za starije i u redovnim okolnostima iznimno je zahtjevan, a tijekom pandemije COVID-19 i potresa dosegnuo je visoku razinu profesionalnih i emocionalnih napora. Kroz zajednički rad tijekom tog razdoblja, duboko me se dojmila angažiranost medicinskih sestara i ostalog osoblja. Posebno me dirnula njihova povezanost s korisnicima, od kojih je svatko u dom donio i svoju životnu priču u kojoj medicinske sestre imaju važnu ulogu.

Kao što Valerie Perrin piše u knjizi „Oni koje nitko ne posjećuje“:

"Pažljivo postupam s tim tijelom. Poznajem i nju i njezino tijelo napamet. Tijelo koje je toliko voljelo. Mi, u domu, mi smo čuvarice hrama starih ljubavi."

Nadam se da će rezultati ovog rada, osim svoje znanstvene uloge, dati glas i čuvaricama ljubavi onih najranjivijih među nama i barem donekle predstaviti i njihovu priču.

Željela bih izraziti zahvalnost svima koji su doprinijeli realizaciji ovog istraživanja. Posebno zahvaljujem svojim mentorima na stručnom vodstvu i kontinuiranoj podršci: prof. dr. sc. Branku Kolariću na snažnom poticaju i pomoći u postavljanju temelja ovog istraživanja i podijeljenom znanju i iskustvu, prof. dr. sc. Silviji Rusac na konstruktivnim savjetima, spremnosti da uvijek nađe vremena i zajedničkom smijehu koji je pratio naš rad te dr. sc. Krunoslavu Peteru na tehničkoj podršci. Zahvaljujem i Karmen Arnaut, mag. med. techn, Maji Miloš, dipl. soc. i Dalmi Sajko, mag med. techn, radi spremnosti i volje da pomognu u provedbi istraživanja, svim medicinskim sestrama koje su dijelile svoja iskustva, unatoč pretrpanom radnom vremenu te Gradskom uredu za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom koji je bio otvoren za ovaj rad. Svojoj obitelji zahvaljujem što je poticala moju odluku da je došlo vrijeme i za ovaj profesionalni poduhvat. Suprugu zahvaljujem na provjeri pri „ušminkavanju“ zadnjih tehničkih detalja, u trenucima kada je primijetio moje stanje pred predaju rada. I za posvetu, uz jedan zemaljski zagrljaj njemu, djeci i tati... jedan veliki nebeski šaljem mami, kojoj obećavam da ću nakon ovoga malo i uživati.

SAŽETAK

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja, zadovoljstva poslom i najčešće izvore stresa kod medicinskih sestara u domovima za starije u Gradu Zagrebu tijekom pandemije COVID-19 i potresa, povezanost između izvora stresa i profesionalnog sagorijevanja i prisutnost zaštitnih čimbenika u suočavanju sa stresom.

Ispitanici i metode

Primijenjena je mješovita metoda kvantitativnog i kvalitativnog istraživanja u 11 domova za Grada Zagreba. Kvantitativno istraživanje provedeno je među 135 medicinskih sestara, analizom strukturiranih upitnika: Upitnik učestalosti specifičnih izvora stresa, *Maslach Burnout Inventory* i *Job Satisfaction Inventory*. Kvalitativno istraživanje provedeno je induktivnom tematskom analizom 11 polustrukturiranih dubinskih intervjua. Istraživanje je provedeno između svibnja i kolovoza 2022.

Rezultati

Najznačajniji izvori profesionalnog stresa bili su prevelik obim posla, nerealna očekivanja, nedostatak podrške kolega i nedostatak komunikacije s nadređenima. Visoku emocionalnu iscrpljenost izvijestilo je 62,3% ispitanica, visok stupanj depersonalizacije 26,7%, a nizak osjećaj osobnog postignuća 34,9%, što ukazuje na visoku razinu profesionalnog sagorijevanja. Najznačajniji prediktor sagorijevanja su nerealna očekivanja. Kvalitativna analiza ukazala je na složene izvore stresa povezane s organizacijskim promjenama, strahom od zaraze i potresa, emocionalnim opterećenjem zbog patnje korisnika te otežanom komunikacijom. Zadovoljstvo poslom bilo je umjereno, a ključni zaštitni čimbenici bili su timska suradnja, podrška nadređenih i osjećaj smislenosti rada.

Zaključak

Rad ukazuje na visoku razinu profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestara u domovima za starije u kriznim okolnostima i važnu ulogu organizacijskih i psihosocijalnih čimbenika. Dobiveni nalazi upućuju na potrebu sustavnog jačanja organizacijske podrške, razvoja kriznih protokola i jačanja zaštitnih resursa zaposlenika.

Ključne riječi: Domovi za starije; Medicinske sestre; Pandemija COVID-19; Potres; Profesionalno sagorijevanje

SUMMARY

Aim of the study

This study aimed to assess professional burnout, job satisfaction, and the main sources of stress among nurses in nursing homes in Zagreb during the COVID-19 pandemic and the earthquake. The relationship between stressors and burnout as well as the protective factors contributing to mental health and resilience were also examined.

Participants and methods

A mixed-methods approach was applied in 11 nursing homes. Quantitative data were collected from 135 nurses using the Specific Sources of Stress Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, and Job Satisfaction Inventory. Qualitative data were obtained through inductive thematic analysis of 11 semi-structured in-depth interviews.

Results

Key stressors included excessive workload, unrealistic job expectations, lack of colleague support, and insufficient communication with superiors. High emotional exhaustion was reported by 62.3%, high depersonalization by 26.7%, and low personal accomplishment by 34.9% of nurses. The qualitative analysis further revealed complex sources of stress related to organizational changes, fear of infection and earthquakes, emotional burden resulting from residents' suffering, and impaired communication. Job satisfaction was moderate, and the key protective factors included teamwork, supervisory support, and a sense of meaningfulness in work. The research was conducted between May and August 2022.

Conclusion

The study indicates a high level of professional burnout among nurses in nursing homes, as well as the significant role of organizational and psychosocial factors. The findings highlight the need for systematic strengthening of organizational support, the development of crisis protocols, and the enhancement of employees' protective resources.

Keywords: Burnout; COVID-19; Earthquake; Nurses; Nursing homes; Pandemic

SADRŽAJ

PREDGOVOR	I
SAŽETAK.....	II
SUMMARY	III
SADRŽAJ.....	1
1. Uvod i pregled područja istraživanja	4
1.1 Opća obilježja stresa, profesionalnog sagorijevanja i zadovoljstva poslom	4
1.1.1. Obilježja stresa	5
1.1.2. Profesionalni stres	6
1.1.3. Profesionalno sagorijevanje.....	10
1.1.3.1. Čimbenici profesionalnog sagorijevanja.....	13
1.1.3.2. Razvoj i posljedice profesionalnog sagorijevanja.....	17
1.1.4. Zadovoljstvo poslom	19
1.2. Specifične značajke stresa, profesionalnog sagorijevanja i zadovoljstva poslom	21
1.2.1. Profesionalni stres i sagorijevanje kod medicinskih sestara	21
1.2.2. Profesionalni stres i sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije	23
1.2.3. Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara.....	26
1.2.4. Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u domovima za starije	27
1.3. Zaštitni čimbenici	29
1.3.1. Opće značajke zaštitnih čimbenika.....	29
1.3.2. Zaštitni čimbenici kod medicinskih sestara	30
1.3.3. Zaštitni čimbenici kod medicinskih sestara u domovima za starije	32
1.4. Domovi za starije u Gradu Zagrebu	33
1.5. Utjecaj pandemija i potresa na medicinske sestre u domovima za starije	34
1.5.1. Potres kao stresor.....	34

1.5.2.	Epidemije i pandemije kao stresori	37
2.	Cilj istraživanja	41
3.	Ispitanici i metode	42
3.1.	Kvantitativno istraživanje	42
3.1.1.	Ispitanici i prikupljanje podataka	42
3.1.2.	Metode i instrumenti istraživanja.....	43
3.1.3.	Etički aspekti istraživanja.....	44
3.1.4.	Statistička obrada podataka	45
3.2.	Kvalitativno istraživanje	46
3.2.1.	Ispitanici i prikupljanje podataka	46
3.2.2.	Metode i protokol istraživanja	47
4.	Rezultati.....	49
4.1.	Kvantitativno istraživanje	49
4.1.1.	Sociodemografski pokazatelji	49
4.1.2.	Izvori stresa	51
4.1.3.	Profesionalno sagorijevanje.....	57
4.1.4.	Povezanost izvora stresa i profesionalnog sagorijevanja	58
4.1.5.	Zadovoljstvo poslom	62
4.1.6.	Povezanost zadovoljstva poslom i profesionalnog sagorijevanja	63
4.2.	Kvalitativno istraživanje	64
4.2.1.	Sociodemografski pokazatelji	64
4.2.2.	Rezultati induktivne tematske analize.....	65
5.	Rasprava	111
5.1.	Profesionalni stres tijekom pandemije COVID-19.....	111
5.2.	Potres kao izvor profesionalnog stresa i sagorijevanja tijekom kriznog razdoblja.....	119
5.3.	Razina profesionalnog sagorijevanja tijekom pandemije COVID-19 i potresa.....	124

5.4.	Povezanost profesionalnog stresa i sagorijevanja tijekom pandemije COVID-19 i potresa	131
5.5.	Zadovoljstvo poslom i povezanost s profesionalnim sagorijevanjem tijekom pandemije COVID- 19 i potresa	137
5.6.	Zaštitni čimbenici u suočavanju sa profesionalnim stresom tijekom pandemije COVID 19 i potresa	143
6.	Zaključak	154
7.	Literatura	156
8.	Popis slika i tablica.....	176
9.	Životopis.....	178

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

1.1 Opća obilježja stresa, profesionalnog sagorijevanja i zadovoljstva poslom

Stres se prvi put spominje u 14. stoljeću u značenju teškoće, tegobe ili nesretnih okolnosti. U 17. stoljeću Hooke ga koristi u fizikalnom kontekstu, no šira primjena u psihologiji započinje tek u 19. stoljeću [1]. Walter Cannon je prvi uveo pojam homeostaze te opisao fiziološki odgovor „*borba ili bijeg*“ (*fight or flight*) [2]. Hans Selye definira stres kao usklađeni skup tjelesnih obrana protiv štetnog podražaja bilo koje vrste. Prema njegovom „općem adaptacijskom sindromu“, stres je tjelesni odgovor na vanjski podražaj koji prijeti ravnoteži organizma. Podražaje koji uzrokuju stres nazvao je stresorima. Ako između stresnih podražaja ne postoji dovoljno razdoblja za oporavak, dolazi do kroničnog stresa koji može izazvati ozbiljne zdravstvene probleme, uključujući pojačano lučenje kortizola i smanjenje funkcije imunološkog sustava [3].

Daljnji modeli stresa, osobito onaj koji su razvili Lazarus i Folkman, definiraju stres kao rezultat interakcije između pojedinca i njegove okoline. Prema ovom pristupu, stres nastaje kada pojedinac procijeni da je njegov odnos s okolinom narušen, odnosno da zahtjevi situacije nadilaze njegove sposobnosti i resurse za suočavanje. Bez takve svjesne kognitivne procjene, stres se ne pojavljuje. Hoće li određeni događaj biti doživljen kao stresor ovisi o individualnoj procjeni prijetnje, koju oblikuju brojni čimbenici: dob, spol, osobnost, prethodna iskustva, kao i obilježja situacije, primjerice njezino trajanje, prisutnost ili izostanak socijalne podrške [1, 3].

Ključno je kako osoba tumači stresor u kontekstu vlastitih kapaciteta za suočavanje.

Stres može izazvati emocionalne, misaone, tjelesne i ponašajne reakcije [2-6]:

- Emocionalne reakcije uključuju tugu, tjeskobu, paniku, ljutnju, krivnju i bespomoćnost.
- Misaone reakcije uključuju poteškoće koncentracije, rastresenost, zaboravljivost i opsesivne misli.
- Tjelesne reakcije očituju se kroz pojačano znojenje, ubrzan puls i disanje, mišićnu napetost, promjene tjelesne težine.
- Ponašajne reakcije uključuju agresivnost, povlačenje iz društvenih aktivnosti te povećanu konzumaciju alkohola i cigareta.

1.1.1. Obilježja stresa

Stres predstavlja fiziološki i psihološki odgovor na stvarne ili percipirane prijetnje homeostazi. Dok kratkotrajni stres može imati adaptivnu funkciju, dugotrajna izloženost stresorima dovodi do disfunkcije različitih organskih sustava. Učinci ovise o trajanju, intenzitetu i individualnoj osjetljivosti [7].

Akutni stres je kratkotrajna reakcija usmjerena na mobilizaciju resursa za suočavanje s prijetnjom. Stres aktivira simpatički živčani sustav i hipotalamičko-hipofizno-adrenalnu (HPA) os. Ta reakcija poznata je kao odgovor „bori se ili bježi“ [8]. Neposredno nakon izlaganja stresoru izlučuju se adrenalin i noradrenalin, što uzrokuje: tahikardiju i povišenje krvnog tlaka, bronhodilataciju, ubrzano disanje i metabolizam, tenziju mišića i mobilizaciju glukoze i masnih kiselina. Istovremeno se inhibiraju probavne, reproduktivne i imunološke funkcije kako bi se energija usmjerila na preživljavanje. Kortizol, izlučen nešto sporije, pojačava glukoneogenezu, poboljšava vaskularni tonus i modulira upalni odgovor. Akutni stres može poboljšati kognitivne funkcije kao što su pažnja i brzina donošenja odluka zahvaljujući aktivaciji hipokampusa, amigdale i prefrontalnog korteksa. Učinci akutnog stresa su reverzibilni i adaptivni ako postoji dovoljno vremena za oporavak [6-9].

Kronični stres predstavlja dugotrajnu ili ponavljanu aktivaciju živčanog sustava bez adekvatnog oporavka, što dovodi do disregulacije homeostatskih mehanizama i štetnih posljedica. Posljedice se mogu očitovati na brojnim organskim sustavima, a time i organizmu u cjelini [5, 7, 10].

Fiziološki učinci stresa ovise o trajanju – akutni stres može biti koristan i adaptivan, dok kronični stres predstavlja značajan rizik za razvoj psihosomatskih bolesti [8-15]. Usporedba fizioloških učinaka akutnog i kroničnog stresa prikazana je u Tablici 1.

Tablica 1. Usporedba fizioloških učinaka akutnog i kroničnog stresa

<i>Kriterij</i>	<i>Akutni stres</i>	<i>Kronični stres</i>
Trajanje	Kratkotrajno (sekunde do sati)	Dugotrajno, učestalo (dani, tjedni, mjeseci)
Aktivacija sustava	Simpatički živčani sustav, HPA os	Dugotrajna aktivacija HPA osi i simpatičkog sustava

<i>Kriterij</i>	<i>Akutni stres</i>	<i>Kronični stres</i>
Hormon stresa	Adrenalin, noradrenalin, kortizol (povećanje kratkog trajanja)	Povišen kortizol kronično, s mogućom disregulacijom
Kardiovaskularni učinci	Povećan krvni tlak i broj otkucaja srca (privremeno)	Hipertenzija, povećan rizik za infarkt i aritmije
Imunološki učinci	Privremena imunosupresija	Dugotrajna imunosupresija, veća podložnost infekcijama
Živčani sustav	Povećana budnost, pažnja, reakcije	Oštećenje hipokampusa, poremećaji pamćenja i emocija
Reproduktivni učinci	Privremena inhibicija	Hormonalna neravnoteža, smanjena plodnost
Metabolički učinci	Mobilizacija glukoze i energije	Inzulinska rezistencija, visceralna pretilost, metabolički sindrom
Psihološki učinci	Fokusiranost, poboljšana kognicija (kratkoročno)	Depresija, anksioznost, sagorijevanje, emocionalna nestabilnost
Funkcionalna korist / šteta	Adaptivna, korisna za preživljavanje	Maladaptivna, doprinosi razvoju bolesti

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [8–15]

1.1.2. Profesionalni stres

Profesionalni (radni) stres označava emocionalni, bihevioralni i fiziološki odgovor pojedinca na štetne aspekte rada, obilježen osjećajem preopterećenja, intenzivnom pobuđenošću i neugodom [16]. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, profesionalni stres nastaje kada postoji nesklad između radnih zahtjeva i sposobnosti zaposlenika, a pogoršava ga nedostatak podrške ili osjećaj gubitka kontrole nad radom [17]. Kada radni zahtjevi nadmaše kapacitete zaposlenika, posljedično dolazi do narušavanja psihofizičkog zdravlja i učinkovitosti [9]. U konačnici, nesklad osobnih obilježja i profesionalne okoline može voditi prema sindromu sagorijevanja [18]. Profesionalni stres prepoznat je kao jedan od najvećih izazova modernog radnog života, prisutan je u gotovo svim profesijama, ali s različitom učestalošću i intenzitetom.

Osobito je izražen u pomagačkim profesijama gdje emocionalni i interpersonalni zahtjeve često prevladavaju resurse za suočavanje i osobnu otpornost [19-24].

U Tablici 2. prikazani su najčešći izvori profesionalnog stresa kod pomagačkih zanimanja.

Tablica 2. Izvori profesionalnog stresa kod pomagačkih zanimanja

<i>Izvori stresa</i>	<i>Primjeri izvora stresa</i>
Unutarnji (osobni)	• sociodemografske značajke (dob, obrazovanje) • pretjerana identifikacija s korisnicima • osjećaj potpune odgovornosti za ishod • doživljeni nedostatak podrške (posao/obitelj) • emocionalna preopterećenost, empatijsko iscrpljenje • slabe mogućnosti suodlučivanja • pasivne strategije suočavanja
Vanjski (organizacijski)	• nepovoljni fizički/organizacijski uvjeti (manjak osoblja, česte organizacijske promjene) • administrativna preopterećenost, nedostatak supervizije • konflikti u timu i nejasna podjela uloga • izostanak podrške nadređenih • rad s emocionalno zahtjevnim situacijama • monotonija i nedostatak povratnih informacija

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [19–24].

U pokušaju razumijevanja nastanka i djelovanja profesionalnog stresa, u literaturi su razvijeni brojni modeli koji nude različite koncepte i pristupe objašnjenju psihosocijalnih čimbenika stresa na radnom mjestu. Svi modeli naglašavaju važnost interakcije između pojedinca i njegove radne okoline te identificiraju uvjete koji mogu povećati rizik od profesionalnog stresa i sagorijevanja.

Model radnih zahtjeva, vještina i socijalne podrške temeljen je na Karasekovom modelu zahtjeva–kontrola. Ovaj model dodaje važnost socijalne podrške. Stres nastaje kombinacijom visokih radnih zahtjeva, niske autonomije i nedostatka podrške na radnom mjestu. Visoki zahtjevi uključuju intenzivan radni tempo, veliki obim posla i emocionalni napor, dok niska kontrola označava mali utjecaj zaposlenika na odluke.

Nedostatak socijalne podrške znači manjak suradnje i razumijevanja kolega i nadređenih. Stres se ublažava prisutnošću jednog ili više zaštitnih čimbenika [25].

Model kompenzacije napor–nagrada polazi od ravnoteže između uloženog truda i dobivenih nagrada. Stres nastaje kad se doživljava neravnoteža između visokog napora i niskih nagrada: materijalnih, emocionalnih ili socijalnih. Neravnoteža vodi do emocionalne iscrpljenosti i frustracije, naročito u zanimanjima koja zahtijevaju visoku osobnu uključenost, ali nemaju odgovarajuće mehanizme nagrađivanja. Model dodatno naglašava važnost osjećaja pravednosti i priznanja u radu kao ključnih čimbenika radnog zadovoljstva i mentalnog zdravlja [25, 26].

Model zahtjeva i resursa na poslu (JD-R) tvrdi da radni zahtjevi troše energiju, dok radni resursi (kao što su autonomija i podrška) štite i podržavaju zaposlenika [26]. Neravnoteža između visokih zahtjeva i niskih resursa dovodi do stresa i sagorijevanja, dok dovoljni resursi potiču angažiranost i otpornost. Radni zahtjevi su elementi posla koji zahtijevaju napor, npr. emocionalni zahtjevi, konfliktne uloge, radno opterećenje. Radni resursi su čimbenici koji olakšavaju postizanje ciljeva, smanjuju zahtjeve ili potiču razvoj (npr. autonomija, podrška, mogućnosti učenja). Ovaj model primjenjiv je u različitim zanimanjima i omogućuje integraciju više dimenzija radne stvarnosti [27]. Model zahtjeva i resursa na poslu jedan je od najsvestranijih i najčešće korištenih modela u suvremenim istraživanjima radnog stresa i sagorijevanja [28 -31].

Svi prikazani modeli na različite načine ističu važnost odnosa između zaposlenika i njegovog radnog konteksta. Premda se razlikuju u terminologiji i fokusu, zajednička im je poruka da stres ne proizlazi isključivo iz osobnih karakteristika pojedinca, već je rezultat složene interakcije između zahtjeva posla i dostupnih resursa, nagrada, podrške i autonomije. Meta-analiza iz 2019. pokazuje da visoki radni zahtjevi povećavaju rizik od profesionalnog sagorijevanja i negativnih ishoda, dok radni resursi djeluju zaštitno i smanjuju štetne učinke stresa na zaposlenike [30].

U okviru ove disertacije, JD-R model bit će od posebnog značaja jer omogućuje integraciju više dimenzija radne stvarnosti, što je posebno važno u analiziranju specifičnih čimbenika sagorijevanja u odabranim zanimanjima. U Tablici 3. prikazana je usporedba modela profesionalnog stresa.

Tablica 3. Modeli profesionalnog stresa

<i>Model</i>	<i>Glavna ideja</i>	<i>Ključni čimbenici</i>	<i>Posljedice stresa</i>
Model radnih zahtjeva, vještina i socijalne podrške	Stres nastaje kad su visoki zahtjevi udruženi s niskom kontrolom i slabom socijalnom podrškom.	Visoki zahtjevi, niska kontrola, slaba podrška	Povećan stres, smanjena produktivnost
Model kompenzacije napor–nagrada	Neravnoteža između uloženog napora i dobivene nagrade uzrokuje stres.	Visoki napor, niska nagrada (plaća, priznanje, sigurnost)	Emocionalna iscrpljenost, frustracija
Model zahtjeva i resursa na poslu (JD-R)	Radni zahtjevi troše energiju, resursi štite i podržavaju angažman i zdravlje.	Zahtjevi (npr. opterećenje), resursi (npr. Podrška, kadrovski resursi)	Sagorijevanje, angažiranost, zdravlje

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [26–31].

Mjerenje profesionalnog stresa obuhvaća više pristupa, uključujući medicinski, bihevioralno-znanstveni i epidemiološki. Medicinski pristup koristi fiziološke pokazatelje poput krvnog tlaka i razine kortizola kako bi se objektivno procijenila reakcija organizma na stres. Bihevioralno-znanstveni pristup temelji se na subjektivnim samoprocjenama, najčešće putem standardiziranih psiholoških upitnika (npr. *Perceived Stress Scale*, *Job Content Questionnaire*) koji omogućuju uvid u osobnu percepciju stresa, doživljaj kontrole, emocionalne iscrpljenosti i podrške na radnom mjestu. Epidemiološki pristup, usmjeren je na analizu radnih uvjeta i učestalosti zdravstvenih problema na razini šire populacije, što omogućuje oblikovanje preventivnih strategija na organizacijskoj ili društvenoj razini. Sličnim se pristupom bave Marmot, Freudenberger i sur. koji naglašavaju kako kronični radni stres i prekomjerni zahtjevi mogu dovesti do profesionalnog sagorijevanja, te kako razumijevanje i praćenje tih pojava omogućuje razvoj intervencija za očuvanje mentalnog zdravlja zaposlenika [32-34].

Razina profesionalnog stresa značajno se razlikuje među različitim zanimanjima, a poslovi s visokim emocionalnim angažmanom, velikom odgovornošću i stalnom interakcijom s ljudima često nose najveće opterećenje. Johnson i sur. analizirali su 26

zanimanja korištenjem *ASSET (A Shortened Stress Evaluation Tool)* upitnika, koji mjeri stres kroz tri dimenzije: fizičko zdravlje, psihološko blagostanje i zadovoljstvo poslom [20]. Fizičko zdravlje odnosi se na percepciju fizičkih simptoma povezanih s opterećenjem, psihološko blagostanje procjenjuje emocionalno stanje i razinu psihološke iscrpljenosti, dok zadovoljstvo poslom odražava opću percepciju radne okoline, motivaciju i osjećaj postignuća.

Šest zanimanja pokazuje povišene razine stresa na svim mjerama – hitna služba, učitelji, socijalne službe, korisnički pozivni centri, zatvorski čuvari i policija. Takvi uvjeti rada, karakterizirani visokim zahtjevima i ograničenim resursima, povećavaju rizik od fizičkih i psiholoških problema te smanjenog zadovoljstva poslom, što dugoročno može dovesti do profesionalnog sagorijevanja. U Tablici 4. prikazana su zanimanja koja su pod najvećim rizikom pojave profesionalnog stresa.

Tablica 4. Zanimanja pod najvećim rizikom pojave profesionalnog stresa

<i>Rang</i>	<i>Fizičko zdravlje (najrizičniji rezultati)</i>	<i>Psihološko blagostanje (najniži rezultati)</i>	<i>Zadovoljstvo poslom (najniži rezultati)</i>
1	Hitna služba	Socijalne službe (skrb)	Zatvorski čuvari
2	Učitelji	Učitelji	Hitna služba
3	Socijalne službe (skrb)	Vatrogasci	Policija
4	Korisnički pozivni centri	Hitna služba	Korisnički pozivni centri
5	Osoblje u barovima	Veterinari	Socijalne službe (skrb)
6	Zatvorski čuvari	Predavači	Učitelji

Izvor: Johnson i sur. [20]

1.1.3. Profesionalno sagorijevanje

Sindrom profesionalnog sagorijevanja prvi je put prepoznat kao društveni i klinički problem početkom 1970-ih. Savjetnici i terapeuti koji su radili s ovisnicima posudili su termin „sagorijevanje“ iz rada s ovisnicima o drogama kako bi opisali vlastitu psihološku deterioraciju i stres. Među njima je i klinički psiholog Herbert Freudenberger, koji je

primijetio da volonteri u zdravstvenoj skrbi postupno gube motivaciju i doživljavaju mentalne i fizičke simptome [33].

Psihologinja Christina Maslach istraživala je emocionalnu iscrpljenost u radnom okruženju i strategije distanciranja radnika od klijenata, pri čemu su neki opisali svoje poteškoće kao „sagorijevanje na poslu“ [32]. Perlman i Hartman ponudili su sintetičku definiciju sindroma sagorijevanja kao odgovor na kronični emocionalni stres s tri komponente: emocionalna i fizička iscrpljenost, smanjena radna učinkovitost i depersonalizacija [34].

Iako je profesionalno sagorijevanje prvotno istraživano među zdravstvenim radnicima, kasnije je prepoznat i u drugim profesijama, poput učitelja, policajaca i menadžera. To je dovelo do razvoja *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS), koji profesionalno sagorijevanje definira kroz iscrpljenost, cinizam i smanjenu profesionalnu učinkovitost [32]. Istraživači se ne slažu uvijek oko središnje komponente; neki ističu emocionalnu iscrpljenost, dok drugi kritiziraju MBI zbog preklapanja s pojmovima stresa i depresije [18]. Sagorijevanje na poslu često je posljedica dugotrajne i prekomjerne izloženosti profesionalnom stresu ili drugim profesionalnim opterećenjima na radnom mjestu [26].

Kontinuirana istraživanja dovela su do multidimenzionalne teorije sagorijevanja na poslu, koja ostaje dominantni okvir u području istraživanja [23]. Početna istraživanja bila su koncentrirana u Sjedinjenim Američkim Državama, što potvrđuje pregled literature Perlmana i Hartmana [34]. S vremenom su istraživanja proširena i na druge zemlje, čime se profesionalno sagorijevanje sve više prepoznaje kao globalni fenomen prisutan u različitim profesijama i kulturnim kontekstima.

Za Freudenbergera i Maslach, sagorijevanje je ukorijenjeno u zanimanjima koja uključuju pružanje njege ili socijalni rad, gdje je srž rada odnos između davatelja i primatelja. Taj interpersonalni kontekst uključuje okvire radnog mjesta, ali i motive te vrijednosti djelatnika [23, 33]. Odnos prema poslu i poteškoće koje nastaju kada se taj odnos pogorša prepoznaje se kao značajna pojava povezana sa zdravljem i radnom funkcionalnošću [23].

Sagorijevanje na poslu obuhvaća tri međusobno povezane dimenzije: emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju (cinizam) i osjećaj neučinkovitosti / smanjenog osobnog postignuća. U praksi se stručnjaci najčešće pozivaju na doživljaj emocionalne

iscrpljenosti, pa se ponekad pogrešno zaključuje da su preostale dvije dimenzije slučajne ili suvišne.

Emocionalna iscrpljenost je nužan, ali ne i dovoljan kriterij sagorijevanja. Gledati je odvojeno od radnoga konteksta značilo bi izgubiti iz vida interpersonalnu i organizacijsku dimenziju fenomena. Iako emocionalna iscrpljenost samostalno odražava komponentu stresa, ona može pokrenuti i obrasce distanciranja – osobe se emocionalno i kognitivno udaljuju od posla kao način suočavanja s kroničnim preopterećenjem. U zdravstvenim i socijalnim djelatnostima emocionalna zahtjevnost posla može iscrpiti kapacitet stručnjaka da odgovore na potrebe korisnika [23, 35].

Depersonalizacija (cinizam) predstavlja pokušaj uspostavljanja distance prema korisnicima ili klijentima, pri čemu ih se doživljava kao neosobne objekte rada [23]. Iscrpljene i obeshrabrene osobe razvijaju ravnodušnost ili ciničan stav, što je neposredan odgovor na emocionalnu iscrpljenost; analize potvrđuju snažnu povezanost iscrpljenosti i depersonalizacije u različitim profesijama i organizacijama [18, 23].

Osjećaj neučinkovitosti / smanjenog osobnog postignuća ima složen odnos prema preostala dvije dimenzije. U pomagačkim zanimanjima osjećaj neuspješnosti često proizlazi iz iscrpljenosti i/ili cinizma. Teško je osjećati se učinkovito i uspješno uz iscrpljenost ili ravnodušnost prema korisnicima/pacijentima. No, osjećaj osobnog postignuća ne smanjuje se uvijek uz povećan obim posla [23,28]. Meta-analiza longitudinalnih studija temeljenih na JD-R modelu sugerira da se emocionalna iscrpljenost i smanjenje osjećaja osobnog postignuća ne moraju uvijek razvijati linearno ili u fiksnom redoslijedu; neki autori ističu kako različite dimenzije sagorijevanja mogu imati različite uzroke i putanje ovisno o kontekstu zanimanja, organizacijskoj klimi i dostupnosti resursa [28]. Maslach i sur. ističu šest područja radnog života u kojima se može javiti neprikladnost između osobe i okoline [23]. Područja neprikladnosti prikazani su u Tablici 5.

Tablica 5. Neprikladnosti na radnom mjestu i posljedice

<i>Područje</i>	<i>Opis neprikladnosti</i>	<i>Tipične posljedice</i>
Radna opterećenost	Zahtjevi sustavno nadmašuju resurse zaposlenika	Iscrpljenost

<i>Područje</i>	<i>Opis neprikladnosti</i>	<i>Tipične posljedice</i>
Kontrola	Niska autonomija i ograničeni resursi, uz istodobnu odgovornost; nedostatak kontrole u radnim procesima	Iscrpljenost; depersonalizacija
Nagrade	Nedostatak financijskih ili društvenih nagrada	Osjećaj neučinkovitosti
Zajednica	Loši odnosi, sukobi, niska socijalna potpora	Cinizam; iscrpljenost
Pravednost	Percepcija nepoštenog postupanja, favoriziranja	Cinizam; smanjena predanost
Vrijednosti	Sukob osobnih i organizacijskih vrijednosti	Moralna iscrpljenost; sve tri dimenzije sagorijevanja

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [32–38].

Što je nesklad veći, to je veća vjerojatnost razvoja sagorijevanja. Pri tome područje vrijednosti često djeluje kao središnji medijator: primjerice, zaposlenici ponekad toleriraju veliko radno opterećenje ako osjećaju da posao odražava njihove vrijednosti i da su adekvatno nagrađeni.

Često se postavlja pitanje preklapanja sindroma sagorijevanja sa obilježjima depresije. Razlika između sagorijevanja i depresije ustanovljena je u nekoliko istraživanja koja su se koristila *Maslach Burnout Inventarom* (MBI) i raznim mjerama depresije. Utvrđeno je da je profesionalno sagorijevanje problem koji je uzrokom specifično vezan za kontekst posla, dok depresija ima šire uzroke i tendenciju prodiranja u sva područja života jedne osobe. Istraživanja potvrđuju da su i depresija i sagorijevanje povezani, ali različiti konstrukti, s djelomičnim preklapanjem, posebice u dimenziji emocionalne iscrpljenosti [36, 37].

1.1.3.1. Čimbenici profesionalnog sagorijevanja

Čimbenici profesionalnog sagorijevanja mogu biti: organizacijski, individualni i situacijski. Pregled čimbenika profesionalnog sagorijevanja prikazan je u Tablici 6.

Tablica 6. Pregled čimbenika profesionalnog sagorijevanja

<i>Organizacijska obilježja</i>	<i>Individualna obilježja</i>	<i>Situacijska obilježja</i>
Obilježja posla	Demografska obilježja	Radno opterećenje

Obilježja zanimanja	Osobine ličnosti	Obilježja radnih procesa u odnosu na djelatnike (kontrola radnih procesa, pravednost)
Obilježja organizacije	Stavovi prema radu	Interpersonalni odnosi

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [35–39].

Sagorijevanje na poslu nosi sa sobom niz ozbiljnih posljedica, kako za same zaposlenike, tako i za korisnike usluga i organizacije u kojima djelatnici rade [38, 39]. Radi toga, značajno je poznavati čimbenike njegova razvoja. Organizacijski čimbenici čine temelj u razvoju sindroma. Profesionalno sagorijevanje je individualno iskustvo koje je snažno uvjetovano radnim okruženjem i specifičnim situacijskim čimbenicima [32]. Iako se manifestira na osobnoj razini, njegovi uzroci i posljedice duboko su ukorijenjeni u organizacijskom kontekstu. Sagorijevanje značajno utječe na radnu učinkovitost i organizacijsku stabilnost, a povezano je s povećanom stopom izostanaka, namjerom napuštanja posla te stvarnim fluktuacijama zaposlenika [40-46].

Čak i među zaposlenicima koji ostaju na radnom mjestu, sagorijevanje rezultira smanjenom produktivnošću, nižom kvalitetom rada, smanjenim zadovoljstvom poslom te slabijom organizacijskom predanošću [46, 47]. Osim toga, ono može utjecati i na međuljudske odnose, potičući konflikte i narušavanje timske dinamike, a negativni učinci često se prenose i na privatni život zaposlenika. Istraživanja su pokazala da su interpersonalni konflikti na radnom mjestu pozitivno povezani s razinom sagorijevanja, dok psihološki kapital zaposlenika djeluje zaštitno te je negativno povezan sa sagorijevanjem [47, 48]. U organizacijske čimbenike spadaju obilježja posla, obilježja zanimanja i obilježja organizacije. Jedan od glavnih čimbenika sagorijevanja su visoki radni zahtjevi u kombinaciji s nedostatkom resursa – što čini osnovu *Job Demands–Resources* (JD-R) modela [27]. Preopterećenost, vremenski pritisci, nejasne uloge i međuljudski konflikti povećavaju emocionalnu iscrpljenost, jedan od ključnih aspekata profesionalnog sagorijevanja. Socijalna i timska podrška – kolega na poslu, ali i podrška nadređenih – pokazala se kao zaštitni faktor. Tzv. „hipoteza ublaživača“ navodi da ona može ublažiti negativan utjecaj stresa na razvoj sagorijevanja [48, 49]. Također, nedostatak povratnih informacija, ograničene mogućnosti sudjelovanja u donošenju odluka i niska autonomija u radu povezani su sa sva tri aspekta sagorijevanja:

emocionalnom iscrpljenošću, depersonalizacijom i smanjenim osjećajem osobnog postignuća [50].

Zanimanja koja uključuju intenzivan rad s ljudima – poput zdravstvene skrbi, obrazovanja i socijalnog rada – posebno su rizična za razvoj profesionalnog sagorijevanja [23]. Emocionalni zahtjevi, uključujući potrebu za izražavanjem empatije i potiskivanjem vlastitih emocija, snažno doprinose profesionalnom sagorijevanju, često i više od objektivnih radnih zahtjeva [45]. Primjerice, učitelji i zdravstveni radnici češće doživljavaju emocionalnu iscrpljenost zbog intenzivnog odnosa s korisnicima usluga [41].

Strukturne promjene unutar organizacije – poput reorganizacije, promjena upravljanja ili spajanja – mogu potaknuti osjećaje nesigurnosti i narušiti psihološki ugovor između zaposlenika i organizacije. Kada zaposlenici percipiraju da organizacija nije ispunila implicitna obećanja, to može dovesti do osjećaja nepravde, niskog povjerenja i povećanog rizika od sagorijevanja [38]. Ove promjene također često smanjuju osjećaj kontrole i autonomije kod zaposlenika, što je dodatno povezano s emocionalnom iscrpljenošću i smanjenim angažmanom [50-52]

Individualni čimbenici u razvoju profesionalnog sagorijevanja na poslu su: demografska obilježja, osobine ličnosti i stavovi prema radu. Sagorijevanje na poslu rezultat je složene interakcije između individualnih karakteristika i radnog okruženja. Iako osobni čimbenici, poput osobnosti, demografskih obilježja i stavova prema radu, mogu povećati sklonost sagorijevanju, istraživanja pokazuju da situacijski čimbenici, poput radnih uvjeta, organizacijske podrške i odnosa na poslu, imaju značajniji utjecaj. Ljudi ne reagiraju pasivno na radno okruženje; njihove osobine, vrijednosti i očekivanja oblikuju način na koji doživljavaju posao. Unatoč važnosti individualnih razlika, sagorijevanje se sve više promatra kao društveni, a ne isključivo individualni fenomen [49, 50].

Od svih demografskih čimbenika, dob se najkonzistentnije povzuje s razinom sagorijevanja. Mlađi zaposlenici, osobito oni mlađi od 30 godina, češće doživljavaju emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju, što se može pripisati manjku radnog iskustva i višim profesionalnim očekivanjima [51,52]. Spol nije snažan prediktor sagorijevanja. Neka istraživanja pokazuju da žene češće iskazuju višu emocionalnu iscrpljenost, dok muškarci pokazuju više razine cinizma, što se može povezati s društvenim očekivanjima i vrstama zanimanja. Bračni status također može imati ulogu; neoženjeni zaposlenici, posebno muškarci, skloniji su profesionalnom sagorijevanju od

onih u braku, dok razvedeni pokazuju nešto niže razine. Viši stupanj obrazovanja može povećati razinu profesionalnog sagorijevanja zbog viših odgovornosti i profesionalnih očekivanja [53]. Osobine ličnosti, poput neuroticizma, visoke savjesnosti i vanjskog lokusa kontrole, povezane su s višim emocionalnim rizikom i rizikom od sagorijevanja, što osobito dolazi do izražaja tijekom kriznih razdoblja poput pandemije COVID-19 [45, 54, 55]. Osobe s nižom psihološkom otpornošću, nižim samopouzdanjem i pasivnim strategijama suočavanja češće doživljavaju iscrpljenost i depersonalizaciju. Nasuprot tome, osobine poput ekstraverzije, emocionalne stabilnosti i aktivnog suočavanja djeluju zaštitno. U izazovnim situacijama niža psihološka otpornost može dodatno pridonijeti pojavi sagorijevanja [52, 53-55]. Pojedinci se razlikuju i u očekivanjima koja donose na posao. Visoka očekivanja o prirodi posla poput onih da bude izazovan, smislen i uspješan, često vode do pretjeranog angažmana. Kada se ta očekivanja ne ispune, dolazi do razočaranja, što može dovesti do emocionalne iscrpljenosti i cinizma [56, 57].

Situacijski čimbenici – preopterećenost poslom, nedostatak kontrole, neadekvatne nagrade, loši međuljudski odnosi, osjećaj nepravde i sukobi vrijednosti – pokazali su se kao najvažniji prediktori sagorijevanja Model prikladnosti između osobe i posla (*person–job fit*) naglašava važnost usklađenosti između zahtjeva posla i osobnih sposobnosti i vrijednosti. Kada do te usklađenosti ne dolazi, povećava se vjerojatnost stresa i sagorijevanja. Iako individualne karakteristike mogu doprinijeti ranjivosti na profesionalno sagorijevanje, upravo su situacijski čimbenici – posebno oni povezani s organizacijom rada – ključni u njegovu razvoju [58, 59]. Prepoznavanje i upravljanje tim čimbenicima ključno je za prevenciju sagorijevanja među zaposlenicima [23]. Pregled situacijskih čimbenika i utjecaj na profesionalno sagorijevanje prikazan je u Tablici 7.

Tablica 7. Pregled situacijskih čimbenika i utjecaj na profesionalno sagorijevanje

<i>Čimbenik</i>	<i>Utjecaj na profesionalno sagorijevanje</i>
Preopterećenost poslom	Povećava emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju
Nedostatak kontrole	Pojačava stres, smanjuje zadovoljstvo poslom
Neadekvatne nagrade	Povećava rizik od profesionalnog sagorijevanja
Loši odnosi / konflikti	Smanjuju kvalitetu rada, povećavaju iscrpljenost

<i>Čimbenik</i>	<i>Utjecaj na profesionalno sagorijevanje</i>
Osjećaj nepravde	Vodi do depersonalizacije i smanjenog angažmana
Sukobi vrijednosti	Povećavaju rizik od profesionalnog sagorijevanja
Nedostatak resursa / podrške	Pojačava stres i emocionalnu iscrpljenost
Prikladnost posla	Neusklađenost s osobnim sposobnostima vodi do stresa i profesionalnog sagorijevanja

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [50–59].

1.1.3.2. Razvoj i posljedice profesionalnog sagorijevanja

Procjena ljudi i poslova u profesionalnom kontekstu često se provodi kroz različite dimenzije. Ljudi se obično vrednuju prema osobnosti ili stručnim sposobnostima, dok se rijetko uzimaju u obzir njihova emocionalna stanja, motivacija ili reakcije na stres. Poslovi se, s druge strane, najčešće definiraju prema konkretnim zadacima i odgovornostima, bez šireg razmatranja organizacijskog konteksta ili utjecaja na samog zaposlenika. U tom kontekstu razvija se i koncept prikladnosti posla, odnosno „*job fit*“, koji procjenjuje stupanj usklađenosti između osobe i radnog mjesta [58]. *Job fit* je ključan pri izboru posla ili organizacije, jer predviđa vjerojatnost da će osoba odabrati ili biti odabrana za određenu poziciju, te pri prilagodbi novozaposlenih, procjenjujući koliko će se učinkovito uklopiti i biti zadovoljna na poslu [26-28]. Nepodudarnost između osobe i posla, osobito kada traje dulje vrijeme, može dovesti do profesionalnog sagorijevanja, koje se smatra kumulativnom posljedicom kontinuiranog rada u uvjetima koji ne odgovaraju osobnim sposobnostima, vrijednostima ili potrebama zaposlenika [23, 45]. Profesionalno sagorijevanje se razvija postupno i manifestira kroz emocionalno iscrpljenje, depersonalizaciju te osjećaj smanjene osobne učinkovitost [33, 35]. Istraživanja pokazuju da dugotrajna nesukladnost između zahtjeva posla i resursa zaposlenika povećava rizik od profesionalnog sagorijevanja, a pozitivni čimbenici poput psihološkog kapitala i kvalitetnih međuljudskih odnosa mogu djelovati zaštitno [27, 28, 40, 56]. Profesionalno sagorijevanje nije početni problem izbora posla, već rezultat kronične nesukladnosti između osobe i radnog okruženja, s brojnim posljedicama za psihičko i fizičko zdravlje zaposlenika [38, 41]

Posljedice profesionalnog sagorijevanja mogu biti dalekosežne, utječući na fizičko i mentalno zdravlje djelatnika, kvalitetu pružene skrbi, kao i na ukupnu učinkovitost i stabilnost radnog okruženja [28]. Uključuju smanjenu produktivnost, povećanu fluktuaciju zaposlenika, smanjenu kvalitetu skrbi ili usluge, kao i veće stope bolovanja i odsustva [38, 39]. Većina istraživanja o sagorijevanju usmjerena je upravo na njegov utjecaj na radnu uspješnost i zdravlje zaposlenika, pri čemu se bilježe povećana stopa bolovanja, fluktuacija kadra, smanjenje radne motivacije, kao i pojava psihosomatskih simptoma, depresije i anksioznosti. Dugotrajno profesionalno sagorijevanje također je povezano s fizičkim zdravstvenim problemima, uključujući poremećaje spavanja, kardiovaskularne bolesti i oslabljeni imunološki sustav, što dodatno naglašava potrebu za pravovremenim prepoznavanjem i organizacijskim i individualnim strategijama za očuvanje zdravlja [38–44]. Moguće posljedice profesionalnog sagorijevanja prikazane su u Tablici 8.

Tablica. 8. Pregled posljedica profesionalnog sagorijevanja

Kategorija	Posljedice
Fizičke/ emocionalne	Depresija - Razdražljivost Osjećaj bespomoćnosti i anksioznost - Nesanica- Glavobolje - Slab apetit - Bolovi u prsima - Probavne smetnje - Depersonalizacija (distancirani, cinični odnosi prema korisnicima)
Međuljudske	Pogoršanje odnosa s obitelji i prijateljima - Povlačenje iz interakcije s klijentima - Povećana nestrpljivost - Promjene raspoloženja u komunikaciji - Niže zadovoljstvo u braku
Stavovi prema poslu	Smanjeno zadovoljstvo poslom (rezultati variraju) - Smanjena predanost organizaciji
Ponašajne posljedice	Povećana konzumacija alkohola, droga i duhana - Viša razina izostanaka s posla- Negativna komunikacija s kolegama o menadžmentu - Slabija radna učinkovitost - Namjera napuštanja posla - Razmišljanje o otkazu ili planiranje odlaska - Stvarna fluktuacija zaposlenika (rezultati variraju)

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [38–44].

1.1.4. Zadovoljstvo poslom

Zadovoljstvo poslom složen je konstrukt koji obuhvaća više dimenzija i čimbenika. U literaturi se najčešće razvrstava u nekoliko glavnih kategorija, koje uključuju intrinzične aspekte posla, uvjete rada, organizacijske i individualne karakteristike te vanjske utjecaje. Njihovo razumijevanje ključno je za tumačenje zadovoljstva poslom i oblikovanje učinkovitih strategija upravljanja ljudskim resursima [57-62].

Motivacijski (intrinzični) čimbenici odnose se na prirodu posla i unutarnje izvore motivacije, uključujući smislenost i izazovnost zadataka, postignuća, priznanja, razinu odgovornosti, autonomiju te mogućnosti napredovanja i profesionalnog razvoja. Klasičnu podjelu motivacijskih i čimbenika okruženja uveo je Herzberg i suradnici [57].

Uvjeti rada i vrednovanje (ekstrinzični čimbenici) obuhvaćaju plaću i beneficije, kvalitetu radnih uvjeta i infrastrukture, politike organizacije i nadzor, odnose s kolegama i nadređenima, sigurnost posla i društveni status.

Organizacijski čimbenici proizlaze iz šireg konteksta rada i uključuju organizacijsku kulturu, koheziju i suradnju u timu, emocionalnu sigurnost zaposlenika i jasno definirana pravila ponašanja. Posebno se naglašava važnost usklađenosti između pojedinca i organizacije, koja snažno utječe na zadovoljstvo poslom.

Individualni čimbenici odnose se na osobine zaposlenika i njegovu usklađenost s poslom i organizacijom, uključujući stavove, vrijednosti, kompetencije i percepciju pravednosti (distributivnu, proceduralnu, interpersonalnu i informacijsku). Meta-analize potvrđuju da pravednost unutar organizacije snažno predviđa zadovoljstvo zaposlenika [58,59].

Vanjski čimbenici uključuju širi životni i društveni kontekst, posebno ravnotežu između poslovnog i privatnog života te „ukorijenjenost“ u organizaciju i zajednicu, koja podrazumijeva snagu socijalnih veza, osjećaj pripadanja i potencijalne gubitke pri napuštanju posla. Ove ključne odrednice omogućuju cjelovitije razumijevanje zadovoljstva poslom, a njihova sistematizacija prikazana je u Tablici 9.

Tablica 9. Pregled čimbenika zadovoljstva poslom

<i>Kategorija čimbenika</i>	<i>Odrednice (primjeri)</i>
Motivacijski čimbenici	Izazovnost posla, postignuće, priznanje, autonomija, napredovanje
Uvjeti rada / vrednovanje	Plaća, beneficije, radni uvjeti, politike, nadzor, međuljudski odnosi, sigurnost
Organizacijski čimbenici	Organizacijska kultura, kohezija tima, emocionalna sigurnost, jasna pravila ponašanja
Individualni čimbenici	Osobine ličnosti, usklađenost s poslom/organizacijom, pravednost
Vanjski čimbenici / ravnoteža	Ravnoteža posao–privatni život, ukorijenjenost u organizaciju/zajednicu

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [57–6].

Mjerenje zadovoljstva poslom najčešće se provodi standardiziranim upitnicima koji omogućuju procjenu različitih dimenzija zadovoljstva [69]. Ovi instrumenti pomažu organizacijama prepoznati čimbenike koji povećavaju ili smanjuju zadovoljstvo zaposlenika, što je ključno za ciljane intervencije. Zadovoljstvo poslom prediktor je važnih radnih ishoda, uključujući produktivnost, fluktuaciju zaposlenika, odsutnost i psihološko zdravlje. Niska razina zadovoljstva povezana je s većim stresom, profesionalnim sagorijevanjem te smanjenom motivacijom i angažiranošću [39]. Kao zaštitni čimbenik, zadovoljstvo poslom ublažava negativne učinke kroničnog stresa, čuva emocionalnu stabilnost i profesionalnu predanost, dok nezadovoljstvo povećava ranjivost na emocionalnu iscrpljenost i cinizam [45,46].

Zadovoljstvo snažno ovisi o radnom okruženju: kvalitetni međuljudski odnosi, učinkovito vodstvo i adekvatna kadrovska pokrivenost doprinose pozitivnim ishodima i smanjuju namjeru napuštanja profesije [61]. Percepcija organizacijske pravednosti značajno doprinosi zadovoljstvu i održivosti organizacije, pri čemu intrinzična i ekstrinzična motivacija igraju posredničku ulogu [59, 62].

Primjer modeliranja zadovoljstva u ranim organizacijama je fleksibilnost radnog vremena. U suvremenim organizacijama uvođenje četverodnevnog radnog tjedna i hibridnog rada pokazalo je pozitivne učinke: 67% zaposlenika prijavilo je smanjenje sagorijevanja, 41% bolje mentalno zdravlje, a 52% povećanu produktivnost. Pilot projekt „The UK's Four-Day Week Pilot“ iz 2023. pokazuje da četverodnevni tjedan

smanjuje stres i sagorijevanje, poboljšava zdravlje i ravnotežu između posla i privatnog života te povećava zadovoljstvo i održava produktivnost [63, 64].

Osim psiholoških učinaka, zadovoljstvo zaposlenika pozitivno je povezano s financijskim rezultatima organizacije, uključujući veću profitabilnost, rast tržišne vrijednosti i bolju reputaciju poslodavca [65]. Praćenje zadovoljstva poslom ključan je element upravljanja ljudskim potencijalima i prevencije profesionalnog sagorijevanja.

1.2. Specifične značajke stresa, profesionalnog sagorijevanja i zadovoljstva poslom

1.2.1. Profesionalni stres i sagorijevanje kod medicinskih sestara

Medicinske sestre, kao ključni zdravstveni djelatnici, pripadaju skupini profesionalaca izrazito izloženih riziku od profesionalnog stresa. Njihov posao zahtijeva visoku razinu emocionalnog angažmana, rad u smjenama, izloženost patnji i smrti, kao i veliku odgovornost za zdravlje i život pacijenata. Ove karakteristike često dovode do povećane pojavnosti stresa, sindroma sagorijevanja i različitih psihosomatskih poremećaja [66- 72]. Medicinske sestre zauzimaju specifičnu poziciju unutar zdravstvenog sustava — izvršavaju liječničke naloge, ali su i najbliže pacijentima i njihovim obiteljima. Upravo ta dvostruka uloga, uz fizičko i emocionalno opterećenje, može dovesti do kroničnog stresa ako ne postoje adekvatni resursi podrške. Zbog ovih čimbenika često razvijaju simptome profesionalnog sagorijevanja, uključujući emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju (distanciranost od pacijenata) i smanjen osjećaj profesionalne učinkovitosti. Posljedice uključuju smanjenu kvalitetu njege, povećan broj pogrešaka, izostanke s posla te, u konačnici, napuštanje profesije [66- 71]. Zdravstvene posljedice kod medicinskih sestara često uključuju nesanicu, kronični umor, glavobolje te povećani rizik od kardiovaskularnih bolesti. Sistematski pregled i meta-analiza pokazuju da poremećaji spavanja, poput insomnije, pogađaju značajan broj medicinskih sestara, s prevalencijom lošeg sna do 73% [67]. Istraživanja potvrđuju da sagorijevanje negativno utječe na dugoročno mentalno i tjelesno zdravlje [66, 68].

Organizacijske promjene u zdravstvenim ustanovama – poput restrukturiranja, smanjenja kadra ili uvođenja novih tehnologija – dodatno doprinose stresu medicinskih

sestara, osobito kada se provode bez jasne komunikacije i podrške. Nedostatak kontrole i neizvjesnost tijekom promjena može značajno pojačati osjećaj nesigurnosti i emocionalne iscrpljenosti, osobito u zanimanjima s visokom razinom odgovornosti, poput sestrinstva. Nedostatak jasne i pravovremene komunikacije od strane menadžmenta često pogoršava stresne reakcije, dok zaposlenici koji razumiju razlog i smjer promjene osjećaju manju tjeskobu. Voditelji i menadžeri imaju ključnu ulogu u ublažavanju radnog stresa, prvenstveno kroz empatijsko vodstvo, pružanje podrške, uključivanje zaposlenika u donošenje odluka te poticanje otvorene komunikacije. Učinkovito upravljanje stresom na razini organizacije zahtijeva proaktivne strategije, poput edukacija, savjetovanja, fleksibilnih radnih uvjeta i osiguravanja resursa za suočavanje s promjenama, pri čemu je izgradnja psihološke otpornosti zaposlenika, uz osiguranje resursa, temeljna za dugoročnu prilagodbu i prevenciju sagorijevanja. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestra pregledno su prikazani u Tablici 10.

Tablica 10. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestra.

<i>Kategorija</i>	<i>Izvori stresa</i>
Organizacijski čimbenici	Neadekvatna kadrovska pokrivenost (premalo osoblja) – Rad u smjenama, noćni i prekovremeni rad – Nedostatak materijalnih resursa – Loša organizacija rada i nejasno definirane odgovornosti – Nedovoljna institucionalna podrška i supervizija
Međuljudski odnosi	Konfliktni odnosi s nadređenima ili kolegama – Nedostatak podrške unutar tima – Visoka očekivanja pacijenata i njihovih obitelji, često bez mogućnosti njihovog zadovoljenja
Emocionalni i psihološki zahtjevi	Suočavanje s patnjom, boli i smrću pacijenata – Emocionalno iscrpljujući kontakti s teškim pacijentima i njihovim obiteljima – Osjećaj nemoći i frustracije kada liječenje ne daje rezultate
Osobni čimbenici	Niska razina samopouzdanja ili samoučinkovitosti – Nedostatak vještina suočavanja sa stresom – Emocionalna preosjetljivost ili prevelika empatija – Konflikti između profesionalnih i privatnih uloga (npr. obiteljske obaveze)

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [65–72].

1.2.2. Profesionalni stres i sagorijevanje medicinskih sestara u domovima za starije

Radni uvjeti i radno okruženje medicinskih sestara u domovima za starije osobe, odnosno u sustavu dugotrajne skrbi, znatno se razlikuju od rada medicinskih sestara u drugim okruženjima. Ove razlike moguće je tumačiti i kao uzrok i različite percepcije radnog stresa, zadovoljstva poslom i potencijalno različitih strategija suočavanja sa stresom [38].

Specifični oblik stresa koji se opisuje upravo kod medicinskih sestara u domovima za starije osobe i pružateljima kućne njege je stres savjesti, koji nastaje zbog sukoba između vlastitih profesionalnih i etičkih standarda te stvarnih radnih uvjeta. Najčešći izvori ovog stresa su nedostatak vremena za kvalitetnu skrb, manjak osoblja i resursa te organizacijski pritisci koji često proturječe etičkim smjernicama, što značajno doprinosi emocionalnoj iscrpljenosti i smanjenju kvalitete skrbi [71].

Stres među osobljem u domovima za starije osobe povezan je s kompleksnim međudjelovanjem osobnih, međuljudskih i organizacijskih čimbenika, uključujući odnose s korisnicima, specifičnostima korisnika u domu za starije (korisnici s demencijom, nepokretni korisnici, korisnici s multimorbiditetom), visoko radno opterećenje te nedostatak podrške [72, 73]. Dugotrajni odnos s korisnicima i suočavanje sa smrću nosi osobito snažno emocionalno opterećenje. Sestre u domovima za starije osobe često prolaze kroz ponavljajuće cikluse gubitka i tugovanja koje nose izrazito emocionalno opterećenje često bez adekvatnih mehanizama organizacijske podrške [73].

Profesionalno sagorijevanje je složen psihološki sindrom koji se često razvija kod zdravstvenih djelatnika, osobito u kontekstu dugotrajne skrbi, gdje su emocionalni zahtjevi izrazito visoki. Kod medicinskih sestara koje rade u domovima za starije osobe, sagorijevanje se često javlja kao posljedica kombinacije kroničnog stresa, emocionalnog iscrpljenja i osjećaja smanjene profesionalne učinkovitosti. Istraživanje provedeno među medicinskim sestrama u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji pokazalo je visoke razine profesionalnog sagorijevanja, pri čemu su emocionalna iscrpljenost i distanciranje od posla bile najizraženije dimenzije. Skoro polovica ispitanica iskazala je visok intenzitet sagorijevanja [74]. Međunarodna komparativna studija provedena u šest zemalja potvrdila je povezanost između viših razina emocionalne iscrpljenosti i niže percipirane kvalitete skrbi, što ukazuje na to da

sagorijevanje ima izravne posljedice ne samo na dobrobit osoblja, već i na sigurnost i zadovoljstvo korisnika usluga [75].

Osobni resursi, poput osjećaja samoučinkovitosti, optimizma ili mogućnosti profesionalnog razvoja, u takvom kontekstu također mogu biti narušeni [76]. Osim organizacijskih faktora, važno je uzeti u obzir i profesionalnu autonomiju medicinskih sestara. Donošenje kliničkih odluka često je ograničeno institucionalnim pravilima i hijerarhijama, što smanjuje osjećaj kontrole i pridonosi frustraciji u radu [77].

I druga istraživanja govore o izraženim faktorima rizika pojave profesionalnog sagorijevanja u institucionalnim okruženjima dugotrajne skrbi poput visokog radnog opterećenja, nedostatka kadra, emocionalno teških situacija, nedostatka profesionalne autonomije te neadekvatne organizacijske podrške. U tim okolnostima može doći do propuštanja važnih aspekata njege, što dodatno povećava profesionalni stres i osjećaj nezadovoljstva [78].

Unatoč izazovima, mnoge medicinske sestre ostaju u dugotrajnoj skrbi zbog osjećaja profesionalne odgovornosti, bliskosti s korisnicima i podrške među kolegama. Međutim, ta lojalnost često dolazi uz cijenu zanemarenog mentalnog zdravlja i kroničnog preopterećenja [79] što ukazuje na važnost implementacije ciljanih intervencija usmjerenih na jačanje institucionalne podrške, poboljšanje radnih uvjeta i osnaživanje profesionalne autonomije kako bi se smanjio rizik od sagorijevanja i unaprijedila kvaliteta njege [80].

Čimbenici koji potiču spremnost medicinskih sestara da ostanu u dugotrajnoj skrbi uključuju razvijanje značajnih odnosa s korisnicima i kolegama, mogućnosti za učenje i profesionalni razvoj uz materijalnu, emocionalnu i informativnu podršku te emocionalnu i psihološku pomoć pruženu kroz institucionalne mjere. Specifičnost koju treba naglasiti je i potreba pristupa relevantnim znanjima i informacijama potrebnim za sigurniji, učinkovitiji i psihološki stabilniji rad — što smanjuje neizvjesnost, stres i osjećaj preopterećenosti što je važno za kontekst rada u kriznim situacijama. Smislen odnos s korisnicima i kolegama ili mogućnost prilike za profesionalni razvoj i kontinuirano učenje neki su od čimbenika koji potiču na ostanak u profesiji, a oni koji bili su povezani s namjerom odlaska uključuju prekomjernu regulativu, ograničenu profesionalnu fleksibilnost, nedostatak kadrova i resursa te nedostajuću podršku vodstva [80,81].

Velika sistematska meta-analiza, koja je obuhvatila 85 studija iz 32 zemlje pokazala je da sagorijevanje među sestrama snažno korelira s povećanim brojem medicinskih pogrešaka, infekcija, padova pacijenata, nižim zadovoljstvom korisnika te lošijom procjenom kvalitete skrbi [82]. Nadalje, studija provedena među 800 njegovatelja u domovima za starije osobe pokazala je da su i doživljena agresija, intenzivan umor i profesionalno sagorijevanje povezani s većim rizikom od napuštanja radnog mjesta, dok su dobro organizirani odmori za oporavak između smjena djelovali zaštitno [83]. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestra i njihov značaj u domovima za starije, prikazani su pregledno u Tablici 11.

Tablica 11. Izvori profesionalnog stresa kod medicinskih sestara u domovima za starije

<i>Izvor stresa</i>	<i>Opis i značaj</i>
Preopterećenost poslom	Visoki radni zahtjevi, dugotrajna odgovornost za korisnike, nedostatak vremena za zadatke
Emocionalna povezanost s korisnicima	Suočavanje sa smrću i patnjom korisnika kao snažan izvor emocionalnog opterećenja
Nedostatak socijalne podrške	Nedovoljna podrška kolega i menadžmenta, izolacija
Etičke dileme i stres savjesti	Sukob između zahtjeva organizacije i profesionalnih vrijednosti, moralni teret i osjećaj krivnje zbog nemogućnosti pružanja skrbi u skladu s profesionalnim i etičkim standardima
Kulturalni i organizacijski izazovi	Ograničeni resursi, visoka emocionalna zahtjevnost, razlike u praksama njege
Očekivanja obitelji/skrbnika	Pritisak i visoka očekivanja obitelji, nesuglasice u pristupu skrbi koje povećavaju stres i emocionalno opterećenje osoblja
Agresija korisnika	Izloženost agresivnom ponašanju korisnika kao stresor
Nedostatak profesionalne autonomije	Ograničene mogućnosti za donošenje odluka i upravljanje radom
Visoka fluktuacija osoblja	Namjera napuštanja posla zbog stresa i loših uvjeta rada

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [74-82].

1.2.3. Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara

Kod medicinskih sestara, zadovoljstvo poslom ima osobito značenje zbog specifičnosti njihove profesije, koja uključuje visoku emocionalnu angažiranost, rad u smjenama te često ograničene resurse. Zadovoljstvo poslom u ovom kontekstu snažno je povezano s kvalitetom skrbi, zadržavanjem zaposlenika i pojavom profesionalnog sagorijevanja [84, 85]. Niska razina zadovoljstva može imati izravne posljedice, uključujući povećanu stopu smrtnosti pacijenata, češću pojavu sagorijevanja te veću namjeru napuštanja profesije [76, 61, 86].

Ključni čimbenici zadovoljstva poslom medicinskih sestara uključuju kvalitetu odnosa s kolegama i nadređenima, mogućnost sudjelovanja u odlučivanju, profesionalnu autonomiju, primjereno financijsko vrednovanje te ravnotežu između poslovnog i privatnog života [85]. Poticajno radno okruženje koje pruža podršku novozaposlenim sestrama i omogućuje profesionalni razvoj može smanjiti rizik od sagorijevanja i povećati zadovoljstvo poslom [86]. Nasuprot tome, rašireno nezadovoljstvo u sestrinskoj profesiji povezano je s frustracijom, preopterećenošću, lošijom kvalitetom skrbi te poteškoćama u zadržavanju kadra [87].

Nedostatak zadovoljstva poslom može stoga dovesti do povećane fluktuacije zaposlenika, smanjene kvalitete skrbi, češćih profesionalnih pogrešaka i općeg nezadovoljstva radnim okruženjem, što predstavlja ozbiljan izazov za zdravstvene sustave.

Brojna istraživanja i sustavni pregledi potvrđuju da su uvjeti rada, organizacijska podrška i ravnoteža između zahtjeva i resursa snažno povezani s razinom zadovoljstva poslom medicinskih sestara [88–91]. Više razine zadovoljstva povezane su s većim angažmanom, boljim ishodima liječenja i manjom sklonošću napuštanju profesije. Iako je zadovoljstvo poslom višedimenzionalan i složen konstrukt, brojne intervencije mogu doprinijeti njegovom unaprjeđenju. Osnaživanje djelatnika, s obzirom na njegovu povezanost sa zadovoljstvom poslom i kvalitetom skrbi, trebalo bi biti strateški prioritet menadžmenta. Dobra komunikacija s menadžmentom i učinkovita timska suradnja djeluju zaštitno i značajno povećavaju zadovoljstvo poslom [88].

Učinkovite intervencije obuhvaćaju unutarnje čimbenike, poput osjećaja profesionalnog postignuća i mogućnosti razvoja, te vanjske čimbenike, poput radnih uvjeta i plaće te adekvatnog upravljanja. Kada su medicinske sestre zadovoljne svojim

radnim okruženjem, bilježe se niže razine stresa i sagorijevanja, manji broj izostanaka te bolji zdravstveni ishodi – i za pacijente i za same sestre [89].

Model zahtjeva i resursa na poslu (JD-R) naglašava važnost ulaganja u radne resurse, poput edukacije, mentorski vođenih programa i timske podrške, što može smanjiti stres i povećati zadovoljstvo poslom [90]. Podršku ovim nalazima pruža meta-analiza provedena u Portugalu, koja je pokazala značajnu pozitivnu povezanost između radnog angažmana i zadovoljstva poslom: sestre koje su bile više angažirane – motivirane, emocionalno uključene i profesionalno priznate – iskazivale su višu razinu zadovoljstva i rjeđe namjeru odlaska. Priznanje rada, atmosfera socijalne podrške, sudjelovanje u donošenju odluka i jasno definirani ciljevi identificirani su kao ključni faktori u održavanju zadovoljne i stabilne radne snage [91, 92]. Međutim, u institucionalnim okruženjima dugotrajne skrbi, poput domova za starije osobe, čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom često su izraženiji ili specifični, što zahtijeva dodatnu i zasebnu analizu [92].

1.2.4. Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u domovima za starije

U sustavima dugotrajne skrbi, osjećaj da posao ima smisao i emocionalnu vrijednost značajno doprinosi zadovoljstvu poslom, osobito kada su radni zahtjevi upravljivi, a podrška nadređenih i kolega adekvatna. Kod medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije, zadovoljstvo poslom uvelike ovisi o kvaliteti vodstva, timskoj suradnji, organizacijskoj klimi i dostupnosti emocionalne podrške. Ključnu ulogu pritom imaju osjećaj smislenosti rada, priznanje za uloženi trud i doživljaj međuljudske povezanosti unutar radne sredine [92].

Veliko istraživanje provedeno u švicarskim domovima za starije, koje je obuhvatilo više od 4.000 zaposlenika, pokazalo je da viša razina zadovoljstva poslom korelira s pozitivnim timskim ozračjem, kvalitetnom komunikacijom i dostatnim kadrovskim resursima. Nasuprot tome, konfliktne situacije i emocionalna iscrpljenost bile su povezane s nižim zadovoljstvom [93].

Slični nalazi potvrđeni su i u sustavnom pregledu literature i u nacionalnoj studiji, koji navode da profesionalna autonomija, osnaživanje zaposlenika i ravnoteža između poslovnog i privatnog života značajno doprinose zadovoljstvu osoblja u ustanovama

dugotrajne skrbi. Među faktorima koji nisu značajno povezani sa zadovoljstvom ističu se dob, spol, etnička pripadnost, stupanj obrazovanja i trajanje radnog iskustva [94, 95].

Studije koje analiziraju širi sestrinski kontekst upućuju na slične obrasce. Nezadovoljavajući radni uvjeti, manjak institucionalne podrške, niska razina profesionalne autonomije i percipirani društveni status negativno utječu na zadovoljstvo poslom te posljedično doprinose fluktuaciji kadra. U sustavu dugotrajne skrbi u Hrvatskoj prisutan je problem manjka radne snage, pri čemu se potencijalno rješenje vidi u zapošljavanju imigranata, uz nužnost unapređenja postojećih radnih uvjeta i osiguravanja adekvatne podrške zaposlenicima. Ove činjenice ukazuju na potrebu za sustavnim poboljšanjima u organizacijskom okruženju i radnim uvjetima kako bi se povećalo zadovoljstvo i zadržavanje medicinskih sestara u domovima za starije [95]. Zadovoljstvo poslom u ovim ustanovama djeluje zaštitno u pojavi profesionalnog sagorijevanja, a povezano je s višom razinom predanosti i boljom percipiranom kvalitetom skrbi, što naglašava važnost poticajne organizacijske klime i podržavajućih radnih uvjeta za očuvanje dobrobiti osoblja i korisnika.

Čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom i njihov utjecaj pregledno su prikazani u Tablici 12.

Tablica 12. Čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u domovima za starije osobe

<i>Čimbenik</i>	<i>Opis</i>	<i>Utjecaj na zadovoljstvo</i>
Organizacijska podrška	Podrška od strane uprave i nadređenih, dostupnost supervizije i resursa	Visok
Kvaliteta timskih odnosa	Suradnja i komunikacija unutar tima, osjećaj pripadnosti	Visok
Profesionalna autonomija	Mogućnost samostalnog odlučivanja i sudjelovanja u planiranju skrbi	Srednje do visok
Emocionalna povezanost s korisnicima	Dugotrajni odnos, suočavanje sa smrću i patnjom korisnika	Dvosmjernan (može biti zaštitni ili rizični čimbenik)
Radno opterećenje	Broj pacijenata po sestri, fizička iscrpljenost, zadaci izvan opisa posla	Nizak

<i>Čimbenik</i>	<i>Opis</i>	<i>Utjecaj na zadovoljstvo</i>
Ravnoteža privatnog i poslovnog života	Raspored smjena, fleksibilnost, mogućnost usklađivanja s obiteljskim životom	Srednje do visok
Plaća i financijska naknada	Primanja u odnosu na opseg i težinu posla	Srednje
Mogućnosti profesionalnog razvoja	Edukacije, napredovanje, stručno usavršavanje	Srednje
Očekivanja obitelji korisnika	Pritisak od strane obitelji, nerealna očekivanja u pogledu skrbi	Nizak
Agresivno ponašanje korisnika	Izloženost verbalnoj ili fizičkoj agresiji	Nizak
Fluktuacija osoblja	Visoka stopa odlazaka kolega, stalno uvođenje novih zaposlenika	Nizak

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [92-95].

1.3. Zaštitni čimbenici

1.3.1. Opće značajke zaštitnih čimbenika

Zaštitni čimbenici predstavljaju resurse i uvjete koji smanjuju negativan učinak stresa na pojedinca te pomažu u očuvanju psihičkog i fizičkog zdravlja. Definiraju se kao elementi koji povećavaju otpornost i učinkovitost u suočavanju sa stresnim situacijama. Zaštitni čimbenici su oni koji omogućuju pojedincu procjenu i upravljanje stresom na način koji umanjuje njegov štetni utjecaj. Teorija očuvanja resursa (*Conservation of Resources – COR*) jedan je od ključnih modela za razumijevanje stresa i zaštitnih čimbenika. Prema toj teoriji, stres nastaje kada ljudi dožive prijetnju gubitka svojih resursa (kao što su energija, vrijeme, podrška ili imovina), stvarni gubitak resursa ili neuspjeh u dobivanju očekivanih resursa nakon velikog ulaganja. Teorija naglašava važnost zaštite i obnove resursa kao ključne strategije za smanjenje stresa i očuvanje psihičke dobrobiti [96].

Rocha i sur. ističu da stalni ugovori, ravnoteža između poslovnog i privatnog života, podržavajuće radno okruženje te faktori poput preuzimanja menadžerskih uloga i

roditeljstva mogu djelovati kao zaštitni čimbenici protiv sagorijevanja kod medicinskih sestara u onkologiji [97].

Studija iz Hrvatske ističe da prevencija stresa na radnom mjestu uključuje primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu intervencija (Tablica 13.). Primarna prevencija usmjerena je na sprječavanje stresa kroz promjene u organizaciji posla i edukaciju zaposlenika, sekundarna na rano prepoznavanje i rješavanje stresnih situacija, a tercijarna na psihološku podršku, programe oporavka i prilagodbu radnih zadataka kako bi se smanjile štetne posljedice stresa. Ove mjere, uključujući socijalnu podršku, predstavljaju ključne zaštitne čimbenike za očuvanje psihičke i fizičke dobrobiti medicinskih sestara te održavanje njihove produktivnosti [98].

Tablica 13. Intervencije prevencije profesionalnog stresa

Razina prevencije	Usmjerenost	Primjeri aktivnosti
Primarna prevencija	Sprječavanje nastanka stresa kroz promjene u organizaciji posla i edukaciju zaposlenika	Redizajn radnih zadataka, smanjenje preopterećenosti, edukacije o upravljanju stresom, poticanje podržavajuće radne kulture
Sekundarna prevencija	Rano prepoznavanje i učinkovito rješavanje stresnih situacija	Procjena rizika i ranog umora, savjetovanja, radionice za jačanje vještina suočavanja, supervizija
Tercijarna prevencija	Smanjenje posljedica već nastalog stresa i podrška oporavku zaposlenika	Psihološka podrška, rehabilitacijski programi, prilagodba radnih zadataka, programi reintegracije i praćenja

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [105-107].

1.3.2. Zaštitni čimbenici kod medicinskih sestara

Medicinske sestre kontinuirano su izložene širokom spektru profesionalnih stresora – od emocionalnog opterećenja u radu s teško oboljelima i terminalnim pacijentima, preko visokih zahtjeva radnog tempa, do međuljudskih konflikata i organizacijskih problema. Kronična izloženost stresu bez odgovarajućih mehanizama suočavanja može dovesti do sindroma sagorijevanja, smanjenog profesionalnog zadovoljstva i problema mentalnog zdravlja. Stoga je razumijevanje strategija koje medicinske sestre

koriste za suočavanje sa stresom od ključne važnosti za očuvanje njihove psihološke otpornosti i kvalitete skrbi koju pružaju [99]. Strategije suočavanja, poput aktivnog rješavanja problema, traženja socijalne podrške i razvijanja osjećaja koherencije, identificirane su kao ključni čimbenici koji pozitivno utječu na zadovoljstvo poslom i smanjuju sekundarni traumatski stres kod medicinskih sestara. Istraživanja pokazuju da sestre najčešće koriste kombinaciju strategija, pri čemu prevladavanje adaptivnih (aktivnih) mehanizama ima zaštitnu funkciju. Posebno je kontekst odjela intenzivne njege prepoznat kao visokorizičan za razvoj sekundarnog traumatskog stresa i emocionalne iscrpljenosti. U jednom istraživanju koje je obuhvaćalo 228 sestara u odjelima intenzivne njege, utvrđeno je da korištenje strategija rješavanja problema i traženja socijalne podrške značajno smanjuje razinu sekundarne traumatizacije i povećava zadovoljstvo vlastitim radom u skrbi za druge [100]. Nalazi također pokazuju da snažniji osjećaj koherencije — odnosno doživljaj rada kao smislenog, upravljivog i razumljivog — pozitivno utječe na izbor učinkovitijih strategija suočavanja sa stresom. Medicinske sestre s jačim osjećajem koherencije češće primjenjuju adaptivne strategije, poput traženja podrške i aktivnog rješavanja problema, što im pomaže u smanjenju stresa i očuvanju psihičkog zdravlja [99-101]. Neke studije, uz pojam otpornosti, naglašavaju i važnost integriteta kao temeljne profesionalne vrijednosti u sestrinstvu. Pregled literature koji se bavi ovim fenomenima, analizira pojam integriteta u sestrinskoj praksi te identificira najčešće prijetnje i mehanizme suočavanja medicinskih sestara. Rezultati pokazuju da se integritet najčešće dovodi u pitanje kada postoji nesklad između osobnih i profesionalnih vrijednosti sestara te stvarnih uvjeta i zahtjeva zdravstvenog sustava. U takvim okolnostima sestre primjenjuju različite mehanizme suočavanja, među kojima se ističu prilagođavanje radnim okolnostima i kompenziranje narušene ravnoteže između osobnog i profesionalnog identiteta. Ovi mehanizmi predstavljaju način na koji medicinske sestre nastoje očuvati profesionalnu cjelovitost, etičko ponašanje i osobnu stabilnost unatoč pritiscima, moralnim dilemama i složenosti radnog okruženja [102].

Instrumenti poput SOC-29 (*Sense of Coherence Scale – 29 items*), Brief-COPE (*Brief COPE Inventory*) i ProQOL (*Professional Quality of Life Scale*) često se koriste za procjenu zaštitnih čimbenika i strategija suočavanja sa stresom među medicinskim sestrama, ali izazov ostaje standardizacija mjernih instrumenata i implementacija strukturiranih programa podrške u svakodnevnu kliničku praksu [100, 101].

1.3.3. Zaštitni čimbenici kod medicinskih sestra u domovima za starije

U ustanovama dugotrajne skrbi, osobito u domovima za starije, otpornost medicinskih sestara predstavlja važan zaštitni čimbenik u očuvanju mentalnog zdravlja i kvalitete skrbi. Medicinske sestre u dugotrajnoj i rehabilitacijskoj skrbi pokazuju umjerene razine otpornosti, pri čemu je viša otpornost pozitivno povezana s višom razinom zadovoljstva poslom (tzv. *compassion satisfaction*), a negativno s razinama emocionalne iscrpljenosti i sekundarnog traumatskog stresa. Slabija kvaliteta sna i povišen sekundarni stres značajni prediktori niže otpornosti, što upućuje na važnost brige o osnovnim fiziološkim i emocionalnim potrebama osoblja [103].

U otpornosti na stres važnu ulogu ima i socijalna podrška – kako od kolega, tako i od nadređenih – u prevenciji sagorijevanja među sestrama u domovima za starije. Viša razina percipirane socijalne podrške povezana je s nižim razinama stresa i većim emocionalnim blagostanjem, što implicira da organizacijska klima uvelike oblikuje iskustvo zaposlenika u dugotrajnoj skrbi [104].

Studija Williams i suradnika pokazala je da su medicinske sestre s višom razinom otpornosti i percepcije organizacijskog osnaživanja izvještavale o boljoj kvaliteti skrbi za korisnike. Otpornost nije bila značajan prediktor izostanaka s posla, ali je pozitivno korelirala s ishodima skrbi, naglašavajući njezinu važnost u kontekstu kvalitete njege [105].

Dodatno, pokazalo se da strategije kognitivne emocionalne regulacije i načini suočavanja sa stresom značajno utječu na razinu profesionalnog sagorijevanja kod zaposlenih u domovima za starije osobe. Posebno su korisnim prepoznate adaptivne strategije poput pozitivne reinterpetacije, prihvatanja i preusmjeravanja pažnje, dok su maladaptivne strategije (npr. ruminacija, samookrivljavanje) bile povezane s višim razinama emocionalnog iscrpljenja [106].

Recentne studije pokazuju da radni stres među njegovateljima u domovima za starije osobe značajno povećava rizik od profesionalnog sagorijevanja. Organizacijska podrška, uključujući priznavanje truda, jasnu komunikaciju i adekvatne resurse, djeluje kao zaštitni čimbenik smanjujući sagorijevanje. Zadovoljstvo poslom dodatni je medijator ove povezanosti, i naglašava važnost poboljšanja radnog okruženja i implementacije strategija podrške za očuvanje dobrobiti zaposlenika [107]. U Tablici 14. prikazani su Zaštitni čimbenici medicinskih sestra u domovima za starije.

Tablica 14. Zaštitni čimbenici medicinskih sestra u domovima za starije

<i>Zaštitni čimbenik</i>	<i>Opis učinka</i>
Organizacijska podrška	Povećava osjećaj sigurnosti i smanjuje emocionalnu iscrpljenost
Kvalitetno vodstvo	Poboljšava timsku suradnju i smanjuje stres vezan uz donošenje odluka
Timska suradnja i kohezija	Jača osjećaj pripadnosti i smanjuje osjećaj izolacije
Profesionalna autonomija	Povećava osjećaj kontrole i zadovoljstva poslom
Mogućnosti profesionalnog razvoja	Doprinosi motivaciji i dugoročnom ostanku u profesiji
Osjećaj smislenosti rada	Povezan s većim zadovoljstvom, angažmanom i otpornošću na stres
Ravnoteža privatnog i poslovnog života	Ključna za prevenciju iscrpljenosti i očuvanje mentalnog zdravlja
Učinkovite strategije suočavanja	Smanjuju razine emocionalnog stresa i povećavaju otpornost
Socijalna podrška (kolege, obitelj)	Štiti od sagorijevanja i potiče emocionalnu stabilnost
Organizacijska pravednost	Smanjuje frustraciju i osjećaj nepravde, povećava lojalnost
Aдекватno kadrovsko opterećenje	Smanjuje preopterećenost i omogućava kvalitetniju skrb

Napomena: Tablica je vlastita obrada autora, dijelom temeljena na literaturi [103-107].

1.4. Domovi za starije u Gradu Zagrebu

Grad Zagreb, kao glavni grad Republike Hrvatske, bilježi značajan udio starijeg stanovništva, koji prema podacima Državnog zavoda za statistiku iz 2023. godine iznosi 20,7%. 11% stanovništva starije je od 85 godina. Uočava se izražena spolna disproporcija: starije žene čine 23,9% ukupne ženske populacije, dok je udio starijih muškaraca 17,1% [108]. Takva demografska struktura upućuje na kontinuirani porast potreba za institucionalnom skrbi i dugotrajnom njegom.

Grad Zagreb je osnivač jedanaest javnih domova za starije osobe, koji čine temelj institucionalne skrbi na razini grada. Ukupni kapacitet ovih domova procjenjuje se na oko 6.400 mjesta, dok je trenutno smješteno približno 4.000 korisnika, što ukazuje na visoku potražnju i relativno dobru dostupnost socijalnih i zdravstvenih usluga za stariju populaciju. Domovi su raspoređeni po različitim gradskim četvrtima i pružaju širok

spektar usluga, uključujući smještaj, stacionarnu njegu, dnevne boravke, rehabilitaciju i socijalne aktivnosti [109].

Skrb se temelji na radu stručnog kadra, koji uključuje medicinske sestre, negovatelje, fizioterapeute, radne terapeute i socijalne radnike, čime se korisnicima omogućuje holistička i cjelovita skrb uz izabranog liječnika obiteljske medicine [109, 110].

Funkcionalna sposobnost korisnika procjenjuje se prema sustavu kategorizacije u četiri stupnja, koji provodi Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Najzastupljenija je 3. kategorija – stacionarni optimum (37%), dok je uočen trend porasta korisnika u ovom stupnju i smanjenja udjela korisnika u 1. (potpuno pokretni) i 4. (potpuno nepokretni) stupnju [110].

Osobe starije životne dobi suočene su s narušenim funkcionalnim sposobnostima, multimorbiditetom i psihosocijalnim izazovima poput gubitka bliskih osoba, odlaska u mirovinu te procesa institucionalizacije. Ove okolnosti dodatno opterećuju zdravstvene djelatnike, osobito medicinske sestre, koje imaju ključnu ulogu u svakodnevnoj skrbi za ovu populaciju. Visoki emocionalni i profesionalni zahtjevi opravdavaju potrebu za istraživanjem razine stresa i izazova s kojima se sestre suočavaju u domovima za starije osobe [80, 84].

1.5. Utjecaj pandemija i potresa na medicinske sestre u domovima za starije

Rad medicinskih sestara u domovima za starije osobe u Zagrebu, tijekom 2020. godine odvijao se u iznimno nepovoljnim i složenim okolnostima koje su uključivale dvije krizne situacije: pandemiju bolesti COVID-19 i seriju potresa koji su pogodili grad i širu regiju. Ove situacije, svaka sa svojim specifičnostima, zajedno su generirale okolinu nepovoljnu za mentalno zdravlje i profesionalnu dobrobit zaposlenih u sustavu dugotrajne skrbi.

1.5.1. Potres kao stresor

Tijekom 2020. godine Zagreb su pogodila dva snažna potresa koja su snažno djelovala na stanovništvo i sustav socijalne skrbi, osobito domove za starije. Prvi potres, 22. ožujka 2020., magnitude 5,5, izazvao je značajnu materijalnu štetu u gradu – prijavljeno je više od 26.000 oštećenih zgrada, od čega je oko 1.900 objekata proglašeno neupotrebljivima, dok je jedna osoba smrtno stradala, a više ih je ozlijeđeno. Drugi

potres, 29. prosinca 2020, magnitude 6,2, pogodio je Petrinju, ali se snažno osjetio i u Zagrebu, izazvavši dodatna oštećenja objekata i narušavanje osjećaja sigurnosti građana. Ukupno je prijavljeno više od 34.000 oštećenih stambenih objekata, a zabilježeno je sedam smrtnih slučajeva te veći broj ozlijeđenih osoba [111, 112].

Potresi predstavljaju jednu od najrazornijih prirodnih katastrofa, budući da se javljaju iznenada, bez mogućnosti preciznog predviđanja, te često uzrokuju velike materijalne štete, ljudske žrtve i dugotrajne poremećaje u svakodnevnom životu privatnih, profesionalnih i društvenih zajednica. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, potresi ne izazivaju samo fizičku štetu, već dovode i do povećanih psihosocijalnih potreba, što potvrđuje da njihove posljedice nadilaze neposredne materijalne gubitke i uključuju dugotrajne emocionalne i mentalne izazove [113]. Slično tome ističe i da potresi povećavaju i potrebu za zdravstvenim uslugama i dodatno opterećuju zdravstvene sustave, čime se potvrđuje važnost planiranja i jačanja otpornosti zdravstvene infrastrukture [114].

S obzirom na to da su potresi izrazito nepredvidivi događaji, u trenutku njihova nastupanja često nema dovoljno vremena za adekvatnu reakciju, osobito ukoliko prethodno nije postojala odgovarajuća priprema stanovništva. Uz to, u takvim situacijama dolazi do smanjene sposobnosti racionalnog prosuđivanja i donošenja odluka. Iznenadnost događaja i osjećaj potpune nemoći i gubitka kontrole čine potres iznimno intenzivnim stresorom koji narušava jednu od temeljnih ljudskih potreba – potrebu za sigurnošću i predvidljivošću okoline.

Stroebe i sur. (2021) istraživali su dugoročne psihološke i fizičke posljedice induciranih potresa kod stanovništva čiji su domovi pretrpjeli oštećenja. Rezultati pokazuju da su osobe s ponovljenim oštećenjima doma imale značajno sniženo samoprocijenjeno mentalno i fizičko zdravlje te su izvještavale o većem broju simptoma povezanih sa stresom. Negativni učinci bili su proporcionalni učestalosti i težini oštećenja doma, a autori naglašavaju važnost dostupne i pravovremene institucionalne podrške kako bi se smanjile dugoročne posljedice kroničnih katastrofa [115]. Studija Shui i sur. (2025), provedena na velikom uzorku od 148.700 sudionika iz sjeverne Nizozemske, koristila je longitudinalne podatke iz nizozemske Lifelines kohorte kako bi istražila učinke dugotrajne izloženosti induciranim potresima na mentalno zdravlje stanovništva. Rezultati pokazuju da su učestali i ponovljeni potresi povezani s povećanim simptomima depresije i anksioznosti te smanjenim samoprocijenjenim zdravljem,

osobito kod osoba čiji su domovi pretrpjeli ponovljena oštećenja. Rezultati su pokazali da život u područjima s većom izloženošću potresima značajno povećava stres povezan sa stanovanjem, kao i da svaki dodatni zamjetni potres ($PGV > 0,5 \text{ cm/s}$) povećava vjerojatnost pojave anksioznosti za prosječno 1,04%. Autori ističu da dugoročni učinci niza manjih potresa mogu biti ozbiljniji nego što se ranije pretpostavljalo, osobito među ranjivijim društvenim skupinama [116].

Sustavni pregled i meta-analiza Čınaroğlu i suradnika (2025), pokazala je da je udio posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) među odraslim osobama pogođenima potresom bila 41% (raspon 29–54%), dok je do 40% ispitanika imalo depresivne simptome, a 40–50% umjerene do teške anksiozne simptome. PTSP, depresija i anksioznost često su se javljali istovremeno, a najviše su bili prisutni kod ranjivih skupina, uključujući žene, osobe koje su izgubile bližnje, domove ili imovinu, raseljene osobe, osobe s gubitkom posla te one s niskom socijalnom podrškom [117].

Multidimenzionalni utjecaji potresa povećavaju i rizik od sekundarnih bolesti, uključujući zarazne bolesti. Mavrouli i sur. (2023) naglašavaju da potresi pokreću „lanac efekata“ koji značajno utječe na javno zdravlje: neposredne posljedice uključuju ozljede, dok posredne posljedice, poput narušene infrastrukture i vodoopskrbe, povećavaju rizik od zaraznih bolesti u post-katastrofalnom periodu [118].

Osim izravnog utjecaja na pogođeno stanovništvo, potresi predstavljaju značajan stresor i za profesionalce koji sudjeluju u pružanju pomoći, posebno za zdravstvene djelatnike.

U takvim okolnostima, zdravstveni djelatnici nalaze se u specifičnoj situaciji. Dok istovremeno proživljavaju vlastiti stres i nesigurnost, od njih se očekuje profesionalno djelovanje, briga o pacijentima i održavanje funkcionalnosti zdravstvenog sustava. Takva kombinacija osobne i profesionalne izloženosti čini ih posebno osjetljivima na razvoj stresa i njegovih posljedica [119].

Medicinske sestre, kao ključni članovi zdravstvenog tima koji su u direktnoj i kontinuiranoj skrbi za pacijente ili korisnike, često su izložene višestrukim oblicima stresa – ne samo zbog vlastitog doživljaja potresa, već i zbog odgovornosti za skrb o ozlijeđenima, emocionalnog suočavanja s traumom pacijenata te rada u otežanim uvjetima. Studije pokazuju da izloženost prirodnim katastrofama, poput potresa, značajno povećava rizik za razvoj simptoma PTSP-a, anksioznosti i depresije, osobito kod zdravstvenih djelatnika koji i dalje moraju obavljati zahtjevne profesionalne

zadatke. Tako je istraživanje Mattei i sur. (2017) pokazalo povećane razine stresa i profesionalnog sagorijevanja kod zdravstvenih djelatnika nakon potresa u L'Aquili 2009. [119], dok je studija Emirze i sur. (2024) identificirala emocionalno iscrpljenje i psihološki stres kod zdravstvenih djelatnika nakon potresa u Kahramanmarašu 2023. godine [120]. Sistematski pregled Sehlikoğlu i suradnika (2023) dodatno potvrđuje da prirodne katastrofe, uključujući potrese, povećavaju rizik od PTSP-a, anksioznosti i depresije kod zdravstvenih djelatnika [121]. Razumijevanje psiholoških reakcija i potreba koje se javljaju u takvim situacijama ključno je za razvoj adekvatne psihološke i organizacijske podrške.

1.5.2. Epidemije i pandemije kao stresori

U 2020. godini, kao i u ostatak svijeta, i Hrvatsku je pogodila pandemija COVID-19, koja je obilježena nizom epidemijskih valova, strogim mjerama ograničenja i značajnim pritiskom na zdravstveni i socijalni sustav. Pandemija je službeno proglašena završenom u svibnju 2023. godine, kada je Svjetska zdravstvena organizacija ukinula status globalne javnozdravstvene opasnosti [122].

Tijekom pandemije COVID-19 domovi za starije u Hrvatskoj morali su značajno prilagoditi organizaciju rada kako bi zaštitili korisnike i zaposlenike. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ koordinirao je izradu smjernica za prevenciju i suzbijanje epidemije u ustanovama socijalne skrbi. Za provedbu smjernica u Zagrebu formirani su posebni timovi sastavljeni od epidemiologa, stručnjaka za javno zdravstvo, medicinskih sestara i informatičkih stručnjaka, čiji su zadaci obuhvaćali implementaciju protuepidemijskih mjera, nadzor nad njihovom provedbom, stručne konzultacije obiteljskih liječnika, rad 24/7 na dežurnim telefonima te svakodnevno izvještavanje o epidemiološkoj situaciji u domovima. Tijekom vrhunca epidemije 2020/2021. godine u domovima su, u okvirima realnih mogućnosti, organizirani izolacijski odjeli za zaražene korisnike. Također, u domovima gdje je to bilo moguće- medicinske sestre su radile u sedmodnevnim ili četrnaestodnevnim smjenama (tzv. „radna izolacija“) kako bi se smanjio kontakt s ostalim djelatnicima i korisnicima te osigurao kontinuitet skrbi [123]. Jasno definirani protokoli liječenja, pravovremena hospitalizacija i koordinacija s posebnim timovima omogućili su smanjenje broja zaraženih i smrtnih slučajeva, a istovremeno očuvali zdravlje i sigurnost zaposlenika, iako su takve mjere povećale radno i emocionalno opterećenje osoblja. Epidemije i pandemije predstavljaju značajni

javnozdravstveni izazov koji nadilazi samu fizičku ugrozu od zaraznih bolesti i djeluju kao snažni psihosocijalni stresori. Zdravstveni djelatnici posebno su izloženi visokim razinama stresa tijekom epidemija i pandemija, pri čemu se najčešće javljaju simptomi akutnog stresa, depresije, anksioznosti, nesanice, profesionalnog sagorijevanja i posttraumatskog stresnog poremećaja [123–126]. Utjecaj pandemije predstavlja stresor koji pogađa cijelu populaciju, a kod osoba koje skrbe o drugima očituje se višedimenzionalno: kroz osobne čimbenike i kroz obilježja njihove profesionalne uloge. Sustavna revizija Kisely i sur. (2020) obuhvatila je 59 studija koje su ispitivale psihološke učinke epidemija i pandemija, uključujući SARS, MERS, Ebolu, pandemijsku gripu i COVID-19, na zdravstvene djelatnike. Autori su utvrdili da su osobe koje su bile izravno uključene u skrb za zaražene pacijente pokazivale znatno veći rizik od razvoja anksioznosti, depresije, stresa, izgaranja i posttraumatskih reakcija. Rizik je bio izraženiji kod medicinskih sestara, žena i djelatnika zaposlenih u visokorizičnim jedinicama. Kao ključni zaštitni čimbenici istaknuti su dostupnost odgovarajuće zaštitne opreme, učinkovita komunikacija unutar ustanove, jasne smjernice te dostupnost psihološke i organizacijske podrške. Autori zaključuju da adekvatna institucionalna priprema i sustavna podrška mogu značajno ublažiti negativne psihološke učinke budućih kriznih zdravstvenih situacija [124].

Sustavna revizija Chigwedere i sur. (2021) koja je obuhvatila 76 studija koje su istraživala je utjecaj različitih epidemija i pandemija na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika. Utvrdilo se da su zdravstveni radnici koji su bili izravno uključeni u skrb za zaražene pacijente imali znatno veći rizik od razvoja psiholoških teškoća, uključujući anksioznost, depresiju, stres i posttraumatske reakcije. Autori su identificirali niz čimbenika koji dodatno doprinose pogoršanju mentalnog zdravlja, među kojima se posebno ističu organizacijski: preopterećenost poslom, nedostatak zaštitne opreme, nedovoljna institucionalna podrška, socijalni: stigmatizacija, izolacija, strah od prijenosa infekcije na članove obitelji te financijski i osobni stresori. Zaključeno je da izloženost zdravstvenih djelatnika kriznim okolnostima tijekom epidemija i pandemija predstavlja značajan rizik za njihovo zdravlje, osobito kod onih koji rade na prvoj liniji zdravstvene skrbi [125].

I druge studije pokazuju utjecaj pandemija na zdravlje. Jedna od njih ističe i da su strah od zaraze i smrti od COVID-19 značajno povezani s pojavom anksioznosti i depresije kod zdravstvenih djelatnika te da traumatski stres i osjećaj usamljenosti djeluju kao

paralelni posrednici. Traumatski stres mijenja funkcioniranje neurobioloških sustava, dok usamljenost utječe na moždane regije povezane s emocijama i pažnjom, povećava razinu kortizola i može pojačati socijalnu povučenost, anksioznost i depresiju. Ovi nalazi potvrđuju da pandemije djeluju kao višedimenzionalni stresor [126].

Pandemija COVID-19 djelovala je i kao akutni i kao kronični stresor s dubokim utjecajem na zdravstveni sustav. Iako je pandemija značajnije imala obilježja kroničnog stresa, akutni bio je uvjetovan pojavom do tada potpuno nepoznate bolesti, koja je potencijalno nosila brojne ugroze i za pojedinca i za društvo. Stroge epidemiološke mjere, izolacija korisnika, zabrana posjeta, promjene u organizaciji rada, rad u višednevnim smjenama, povećana smrtnost korisnika te izostanak psihološke podrške djelatnicima predstavljali su snažne i dugotrajne izvore kroničnog stresa. Studije provedene u Španjolskoj i Sloveniji potvrđuju da su ovi čimbenici značajno pridonosili povećanju sindroma sagorijevanja i smanjenju zadovoljstva poslom među zaposlenicima domova za starije osobe [127, 128].

U kontekstu pandemije COVID-19, medicinske sestre i tehničari suočavali su se ne samo s povećanim profesionalnim zahtjevima, već i s emocionalnim opterećenjem, strahom od zaraze i prijenosa virusa na korisnike ili članove obitelji, te vlastitom nesigurnošću i preopterećenošću, što je potvrđeno u brojnim studijama [129–131].

Pandemija COVID-19 snažno i specifično je utjecala na psihološko stanje zdravstvenih djelatnika u institucijama za starije osobe, gdje su stručnjaci izvještavali o povećanom stresu, emocionalnom opterećenju i profesionalnom sagorijevanju. Istraživanja su pokazala da je kombinacija povećanih radnih zahtjeva, straha od zaraze, prijenosa virusa na korisnike i članove obitelji te nedostatka psihološke podrške rezultirala značajnijim pojavama profesionalnog sagorijevanja, osobito kod medicinskih sestara u domovima za starije [130–132]. Studija provedena u francuskim domovima za starije suradnika ističe da je prvi „lockdown“ pandemije COVID-19 značajno povećao profesionalni stres među medicinskim sestrama, fizioterapeutima i radnim terapeutima [132]. Sistematska revizija Lluch i suradnika (2022) potvrdila je povećanje profesionalnog sagorijevanja i emocionalnog iscrpljenja u prvih godinu dana pandemije. Studija ističe da je pandemija znatno povećala razinu profesionalnog sagorijevanja i emocionalnog iscrpljenja zbog brige za druge, dok osjećaj smisla u radu djelovao kao zaštitni faktor [133]. Longitudinalna analiza Guastello i sur. (2024) identificirala je prediktore profesionalnog sagorijevanja i smanjenja zadovoljstva

poslom kod zdravstvenih djelatnika. Najznačajniji prediktori profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara i zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije COVID-19 bili su visoki radni zahtjevi, izloženost virusu, strah od zaraze i prijenosa na bližnje, kao i nedostatak socijalne i institucionalne podrške. S druge strane, čimbenici poput osjećaja smisla u radu, socijalne podrške i autonomije pozitivno su utjecali na zadovoljstvo i ispunjenost poslom, djelujući kao zaštitni čimbenici protiv profesionalnog sagorijevanja [134].

I druga istraživanja govore o sličnim zaštitnim čimbenicima koji su se pokazali učinkovitima u ublažavanju negativnih posljedica stresnih situacija. Socijalna i organizacijska podrška, osjećaj koherentnosti (*sense of coherence*), jasna profesionalna uloga, edukacija, psihološka otpornost te međusobna povezanost djelatnika istaknuti su kao ključni elementi prevencije sagorijevanja. Osobe koje su imale pristup podršci, bile bolje informirane o situaciji i osjećale se cijenjenima unutar organizacije pokazivale su niže razine stresa i veće zadovoljstvo poslom [135-138].

Kombinacija akutnog i kroničnog stresa u kontekstu posebno je važna: dok su akutni potresi izazivali nagle i traumatske stresne reakcije, pandemija je stvarala dugotrajni pritisak, iscrpljivanje resursa i emocionalnu eroziju. U tom kontekstu, ovo istraživanje usmjereno je na analizu profesionalnog stresa i sagorijevanja kod medicinskih sestara u domovima za starije u Zagrebu, s posebnim naglaskom na prepoznavanje prediktora profesionalnog sagorijevanja, razinu zadovoljstva poslom te identifikaciju zaštitnih čimbenika koji mogu poslužiti kao osnova za razvoj učinkovitih preventivnih i intervencijskih strategija u budućim kriznim situacijama. Sustavnim proučavanjem ovih iskustava moguće je pravovremeno prepoznati rizik od sagorijevanja, ublažiti negativne posljedice traumatskog stresa te poticati razvoj otpornosti i profesionalne stabilnosti, čime se jača ne samo dobrobit zdravstvenog osoblja, nego i ukupna otpornost zdravstvenog sustava u budućim kriznim okolnostima. U ovom istraživanju imamo jedinstveno obilježje proučavanja dvaju vanjskih, vrlo specifičnih, preklapajućih stresnih situacija koja se rijetko događaju istovremeno te su samim time i istraživanja takvih situacija i njihovih posljedica rijetka.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Hipoteza koju istražujemo je povezanost učestalosti psihičkih i fizičkih manifestacija profesionalnog stresa i sindroma sagorijevanja te povezanosti pojedinih dimenzija zadovoljstva poslom i sindroma profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije osobe tijekom kriznih događanja pandemije COVID-19 i potresa u Gradu Zagrebu.

Ciljevi ovog istraživanja su:

1. Utvrditi najčešće izvore stresa medicinskih sestra u domovima za starije Grada Zagreba tijekom pandemije COVID-19 i potresa
2. Utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja medicinskih sestra u domovima za starije Grada Zagreba tijekom pandemije COVID-19 i potresa
3. Utvrditi povezanost podskala profesionalnog sagorijevanja i najčešćih izvora stresa
4. Utvrditi razinu zadovoljstva poslom medicinskih sestra u domovima za starije Grada Zagreba tijekom pandemije COVID-19 i potresa
5. Dobiti uvid u iskustvo primjene i razvoja zaštitnih čimbenika u suočavanju sa profesionalnim stresom i sagorijevanjem medicinskih sestra u domovima za starije Grada Zagreba tijekom pandemije COVID-19 i potresa.

3. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno s medicinskim sestrama kao ispitanicima, u jedanaest javnih domova za starije osobe čiji je osnivač Grad Zagreb, u razdoblju od svibnja do kolovoza 2022. godine. Svi domovi za starije osobe tijekom pandemije COVID-19 bili su uključeni u brigu o COVID-pozitivnim korisnicima.

U istraživanju je primijenjen kombinirani pristup, koji uključuje kvantitativne i kvalitativne metode, s ciljem dobivanja cjelovitije i dublje slike promatranog fenomena. Najprije je provedeno kvantitativno istraživanje radi prikupljanja konkretnih, mjerljivih podataka te prepoznavanja osnovnih obrazaca i trendova. Nakon toga je provedeno kvalitativno istraživanje kako bi se dublje razumjela iskustva ispitanica, ne ograničavajući ih, sukladno metodologiji induktivne tematske analize, na unaprijed definirane odgovore. Kombinirana metoda istraživanja osobito je korisna u proučavanju psiholoških i socijalnih fenomena, a time i u istraživanju stresa, profesionalnog sagorijevanja, zadovoljstva poslom i zaštitnih čimbenika. Ovakav se pristup sve češće primjenjuje jer omogućuje integraciju objektivnih mjerenja i subjektivnih doživljaja, čime se postiže sveobuhvatnije razumijevanje složenih pojava.

3.1. Kvantitativno istraživanje

3.1.1. Ispitanici i prikupljanje podataka

Uzorak je obuhvatio 135 ispitanica, od ukupno 168 zaposlenih, što čini odaziv od 80,4%. Prosječna dob sudionica bila je $43,72 \pm 14,5$ godina, uz raspon dobi od 20 do 72 godine. U istraživanju se termin "ispitanici" odnosi na rano mjesto medicinske sestre te se koristi za cijelu profesiju, neovisno o spolu te uključuje i medicinske tehničare.

Kriteriji za uključivanje bili su: izravan rad s pozitivnim slučajevima na COVID-19 u domovima za starije osobe, minimalno godinu dana staža u domu za starije i dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. S obzirom da je pet ispitanika bilo muškog spola, a dva ispitanika nisu se željela izjasniti, nije rađena distribucija po spolu, ali su ispitanici uključeni u analizu radi dragocjenosti podatak, osim tamo gdje su narušavali konzistentnost analize. Medicinske sestre koje su odbile sudjelovati u istraživanju kao razloge, navele su nedostatak vremena, preopterećenost poslom i nerado prisjećanje razdoblje pandemije COVID-a 19 i potresa. Podaci su prikupljeni anonimnim anketnim

upitnikom u papirnatom obliku, distribuiranim tijekom radnog vremena medicinskih sestara. Glavne medicinske sestre prethodno su kontaktirane radi pribavljanja suglasnosti i koordinacije provedbe istraživanja. Nakon odobrenja, upitnici su dostavljeni na radna mjesta ispitanica. Sudjelovanje je bilo u potpunosti dobrovoljno; ispitanicama je objašnjena svrha istraživanja te im je zajamčena anonimnost. Ispunjavanje upitnika trajalo je približno dvadeset pet minuta, najčešće tijekom pauze ili u razdobljima kada su to radne obveze dopuštale. Prije distribucije, ispitanice su usmeno i pisano informirane o ciljevima istraživanja i načelima informiranog pristanka te su dobile precizne upute za ispunjavanje upitnika. Ispitanice su dodatno upućene kako da se, prilikom odgovaranja, prisjete tipičnih situacija iz svojega radnog iskustva koje ilustriraju navedene tvrdnje da bi odgovori što točnije odražavali njihovu stvarnu percepciju i iskustva.

3.1.2. Metode i instrumenti istraživanja

Prikupljeni su sljedeći sociodemografski podaci: dob, spol, stupanj obrazovanja, duljina radnog staža, prethodna zaposlenja i vrsta posla, financijska situacija, bračni status te sastav kućanstva.

Za ispitivanje specifičnih izvora stresa među osobljem domova korišten je Upitnik o izvorima profesionalnog stresa, koji je izvorno razvijen i prilagođen ovom kontekstu u doktorskoj disertaciji Jeleč Kaker (2011) [138]. Upitnik sadrži četrdeset i četiri tvrdnje raspoređene u sedam podskala koje procjenjuju radne uvjete, organizaciju rada, međuljudske odnose unutar organizacije, odnose s nadređenima, karakteristike korisnika usluga, prirodu podržavajućeg rada te jasnoću radne uloge. Svaka tvrdnja ocjenjuje se na Likertovoj skali, što ispitanicama omogućuje izražavanje stupnja u kojem ih određeni izvor stresa pogađa. Instrument pokazuje izvrsnu unutarnju konzistentnost, s prijavljenim Cronbach alfa koeficijentom od 0,939. Dopuštenje za korištenje upitnika prethodno je pribavljeno od autorice. U interpretaciji rezultata nije korištena stroga granična vrijednost; povišena razina stresa određena je kao rezultat koji za jednu standardnu devijaciju premašuje prosjek.

Za procjenu profesionalnog sagorijevanja korišten je *Maslachov* upitnik za sagorijevanje – verzija za djelatnike u pomagačkim profesijama (MBI-HSS), validirani

instrument posebno osmišljen za mjerenje sagorijevanja među stručnjacima u ovom području. Dopuštenje za korištenje pribavljeno je od nositelja autorskih prava [5], uz plaćanje pripadajuće naknade.

Za procjenu zadovoljstva poslom korišten je Upitnik zadovoljstva poslom (*Job Satisfaction Index (JSI) upitnik*, autora *Tsui i suradnika (1992)*, koji mjeri ukupno zadovoljstvo poslom kroz procjenu ključnih aspekata radnog iskustva [148].

Riječ je o standardiziranom instrumentu koji procjenjuje razinu zadovoljstva poslom putem šest čestica koje se odnose na zadovoljstvo samim poslom, zadovoljstvo nadređenima, zadovoljstvo kolegama i suradnicima, zadovoljstvo plaćom, zadovoljstvo mogućnostima napredovanja te opće zadovoljstvo poslom. Odgovori se procjenjuju na petostupanjskoj Likertovoj skali, što omogućuje kvantifikaciju subjektivne procjene zadovoljstva zaposlenika u različitim aspektima radnog okruženja. Na ovom uzorku instrument je pokazao visoku razinu unutarnje konzistentnosti, s Cronbach alfa koeficijentom od 0,806, što ukazuje na dobru pouzdanost.

Primijenjeni instrumenti zajedno čine cjelovit i metodološki utemeljen sustav mjerenja ključnih konstrukata istraživanja. Svi instrumenti pokazali su zadovoljavajuće psihometrijske karakteristike, uključujući visoku unutarnju konzistentnost i potvrđenu konstrukcijsku te sadržajnu valjanost u prethodnim istraživanjima slične populacije. Njihova je primjena, u procjeni profesionalnog stresa, sagorijevanja i zadovoljstva poslom među medicinskim sestrama u hrvatskom kontekstu institucionalne skrbi za starije osobe opravdana, zbog teorijske utemeljenosti i empirijske provjerenosti. Time je osigurano da prikupljeni podaci pouzdano i valjano odražavaju ispitivane konstrukte te omogućuju relevantne i usporedive zaključke o istraživanom fenomenu.

3.1.3. Etički aspekti istraživanja

Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima autonomije, pravednosti, dobrobiti i neškodljivosti, kao i u skladu s Nürnberškim kodeksom i posljednjom revizijom Helsinške deklaracije, Konvencijom o ljudskim pravima te Univerzalnom deklaracijom o bioetici i ljudskim pravima.

Etičko odobrenje za provođenje istraživanja izdalo je Etičko povjerenstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” (Klasa: 641-01/20-01/09, Ur. broj: 381-21-33) i Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom (Klasa: 550-01/21-01/511; Ur. broj: 251-17-22-1/3-21-2).

Sve procedure provedene su u skladu s važećim propisima o zaštiti osobnih podataka. Sudionici su bili informirani o ciljevima istraživanja, načelima dobrovoljnog sudjelovanja te su im bili zajamčeni anonimnost i povjerljivost prikupljenih podataka.

3.1.4. Statistička obrada podataka

Prije provođenja statističkih analiza, normalnost distribucije numeričkih varijabli provjerena je pomoću Shapiro-Wilkovog testa. Za usporedbu aritmetičkih sredina između dviju skupina korišten je t-test za nezavisne uzorke u slučaju normalne raspodjele podataka, dok je u slučaju odstupanja od normalnosti primijenjen neparametrijski Mann-Whitney U test. Za usporedbu više skupina korištena je jednosmjerna analiza varijance (ANOVA), dok je u slučajevima gdje je Levenov test homogenosti varijanci pokazao značajnu razliku u varijancama među skupinama, korišten neparametrijski Kruskal-Wallis test.

Za kategorizirane varijable prikazani su apsolutni i relativni (postotni) udjeli ispitanika. Razlike među skupinama prema kategorijalnim varijablama ispitivane su Hi-kvadrat testom ili Fisherovim egzaktnim testom.

Korelacije između numeričkih varijabli izračunate su korištenjem Pearsonovog koeficijenta korelacije za podatke normalne raspodjele, te Spearmanovog rho koeficijenta za podatke koji ne pokazuju normalnu distribuciju. Za ispitivanje povezanosti između nominalnih i kontinuiranih varijabli korišten je eta koeficijent.

Za ispitivanje povezanosti izvora profesionalnog stresa (nezavisne varijable) i dimenzija profesionalnog sagorijevanja (zavisne varijable), provedena je višestruka linearna regresijska analiza.

Kako bi se osigurala metodološka ispravnost modela, u analizama u kojima normalna raspodjela pojedinih varijabli nije bila prisutna, a primijenjena je linearna regresija, provjerena je normalnost distribucije reziduala. Također je potvrđena pretpostavka

linearnog odnosa među varijablama, čime su ključni uvjeti za primjenu linearne regresije bili zadovoljeni.

Za istraživanje razlike u razinama stresa s obzirom na sociodemografske karakteristike ispitanika, korišteni su ANOVA i Kruskal-Wallis test, pri čemu je ukupni rezultat na Upitniku specifičnih izvora profesionalnog stresa uzet kao indikator percipirane razine stresa.

Zadovoljstvo poslom ispitano je pomoću Job Satisfaction Index (JSI) upitnika, koji se sastoji od šest čestica, a rezultati su analizirani kao kontinuirana varijabla. Ispitana je povezanost ukupnog zadovoljstva poslom s dimenzijama profesionalnog sagorijevanja, pri čemu su korišteni ANOVA, i u slučajevima narušene homogenosti varijanci, Kruskal-Wallis test. JSI koristi Likertovu skalu s pet stupnjeva za svaku česticu, a ukupna pouzdanost instrumenta u ovom uzorku iznosila je Cronbach $\alpha = 0,94$, što ukazuje na visoku unutarnju konzistentnost.

Razina statističke značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Svi statistički podaci analizirani su pomoću softverskog paketa SPSS (IBM, verzija 25).

3.2. Kvalitativno istraživanje

3.2.1. Ispitanici i prikupljanje podataka

Sve ispitanice su bile žene, u dobi od 21 do 62 godine. Za istraživanje su angažirane medicinske sestre iz 11 javnih domova za starije osobe u Gradu Zagrebu, različitih po dobi, potencijalnom prethodnom radnom iskustvu, radnom stažu u domu za starije osobe, bračnom statusu i različitim pozicijama u radnoj organizaciji, kako bi se osigurala maksimalna raznolikost u opisima iskustava. Kriteriji za uključivanje bili su: izravan rad s pozitivnim slučajevima na COVID-19 u domovima za starije osobe, minimalno godinu dana staža u domu za starije i dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. Uključene su medicinske sestre koje rade na odjelima i medicinske sestre koje su ujedno i voditeljice odjela. Ispitanice su odabrane metodom prigodnog uzorka.

3.2.2. Metode i protokol istraživanja

Istraživačko pitanje ovog kvalitativnog istraživanja usmjereno je na iskustva medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije osobe tijekom pandemije COVID-19 i potresa u Gradu Zagrebu. Zasićenje podataka postignuto je prilikom desetog intervjua, no jedanaesti intervju proveden je kako bi se osigurala zastupljenost svih ustanova obuhvaćenih istraživanjem. Intervjui su se provodili sve dok se u odgovorima nisu prestali pojavljivati novi koncepti i obrasci. Ispitanice su prethodno upoznate s ciljevima istraživanja, pri čemu je poseban naglasak stavljen na produbljivanje razumijevanja radnog stresa medicinskih sestara u domovima za starije osobe, s krajnjim ciljem razvoja i implementacije učinkovitih intervencija.

Podaci su prikupljeni putem polustrukturiranih, dubinskih intervjua. Intervjue su provodila tri kvalificirana anketara, licem u lice, u prostorijama domova za starije osobe, pri čemu su prisutni bili isključivo anketar i ispitanik. Dan i vrijeme intervjua dogovoreni su unaprijed s kontakt osobom u svakom domu. Intervjui su prosječno trajali 60 minuta, a svi razgovori su audio snimljeni i dokumentirani terenskim bilješkama., nakon čega je provedena transkripcija. Prije provođenja intervjua, definirana su okvirna pitanja, otvorenog tipa, za potrebe provedbe polustrukturiranog intervjua. Okvirna pitanja ne predstavljaju interpretacijske cjeline. U skladu s induktivnim pristupom tematske analize, interpretacijske cjeline nisu unaprijed definirane, niti nužno odgovaraju strukturi intervjua, već su razvijene iz kodova nastalih analizom cjelokupnog skupa podataka. Pojedinačne teme, a time i tematske cjeline, obuhvaćale su kodove koji su se pojavljivali u odgovorima na različita pitanja intervjua te su formirane na temelju zajedničkih obrazaca značenja, a ne prema unaprijed postavljenim pitanjima:

Okvirna pitanja induktivne tematske analize koja su korištena:

1. Izgled radnog dana i dnevna rutina medicinskih sestara u domu
2. Istaknuti događaj tijekom pandemije COVID-19 epidemije
3. Promjene u radu tijekom pandemije COVID-19
4. Utjecaj pandemije COVID-19 na emocionalno stanje medicinskih sestara u domu
5. Izvori frustracija tijekom perioda na koje se istraživanje odnosi
6. Uloga medicinskih sestara u domu
7. Nagrađujući elementi i zadovoljstvo poslom
8. Istaknuti događaji ili iskustva vezana za potres

9. Utjecaj potresa na medicinske sestre
10. Utjecaj potresa na rad u domu
11. Najvažnije poruke samoosnaživanja medicinskih sestara
12. Važne spoznaje i poruke iz perspektive sestara u domu.

Nakon provedbe intervjua izrađeni su detaljni transkripti. Analiza je provedena metodom induktivne tematske analize, kvalitativne metode koja omogućuje identifikaciju obrazaca odgovora i prepoznavanje glavnih tema relevantnih za istraživačko pitanje. Analitička jedinica bio je pojedinačni ispitanik. Za svako pitanje kreirana je zasebna kodna lista, budući da su se pitanja odnosila na različite aspekte rada i funkcioniranja medicinskih sestara. Svaki doslovni citat analiziran je i razložen na sadržajne jedinice, kojima su dodijeljeni odgovarajući kodovi prema razvijenoj kodnoj listi. Ovaj pristup omogućuje jasnu povezanost između izrečenih iskustava sudionika i analitičkih kategorija koje proizlaze iz induktivne tematske analize.

Proces analize obuhvatio je sljedeće faze:

- Kodiranje – odgovori su razlomljeni na najmanje sadržajne jedinice kojima su dodijeljeni kodovi; kodni okvir razvijen je induktivno, izravno na temelju sadržaja intervjua
- Redukcija i konsolidacija kodova – semantički slični kodovi objedinjeni su u šire cjeline
- Kategorizacija – kodovi su grupirani u kategorije, a nazivi su oblikovani radi jasnog prikaza sadržaja
- Formiranje tema i podtema – ponavljajući kodovi objedinjeni su u šire teme, a podteme su grupirale srodne kodove radi preglednosti i smanjenja fragmentacije
- Teme i podteme raspoređene su u odgovarajuće tematske cjeline radi lakšeg prikaza rezultata i interpretacije

Definiranje tema i tematskih cjelina predstavljalo je završni korak prije interpretacije rezultata. Sve teme sustavno su pregledane i uspoređene s cjelokupnim skupom podataka radi provjere njihove utemeljenosti i dosljednosti. Nazivi tema formulirani su tako da jasno i precizno odražavaju njihovu sadržajnu srž. Doslovni citati sudionika korišteni su za ilustraciju iskustava i stavova medicinskih sestara.

4. REZULTATI

4.1. Kvantitativno istraživanje

4.1.1. Sociodemografski pokazatelji

Uzorak istraživanja činilo je 135 ispitanica, od kojih je 93,3% bilo ženskog spola, a prosječna dob ispitanika iznosila je 43,7 godina (SD = 14,5, raspon 20–72). Obzirom da je samo pet muških sudionika, a dva ispitanika nisu se željela izjasniti, nije rađena analize prema spolu, no svi ispitanici uključeni su u ukupnu analizu, osim tamo gdje narušavaju konzistentnost podataka. U tekstu se ispitanici nazivaju i „medicinske sestre“, pri čemu se termin koristi za cijelu profesiju, uključujući i medicinske tehničare. Više od polovice ispitanika imalo je radno iskustvo dulje od 21 godine, 72% ima završenu četverogodišnju srednju školu, dok 28% ima završen fakultet ili veleučilište. 50% ispitanica bilo je u braku ili trajnoj zajednici. Financijski prihodi kućanstava ispitanika varirali su, pri čemu je najveći broj prijavio mjesečne prihode između 796 i 2.123 eura. Što se tiče obiteljskog statusa, 53% ispitanika živjelo je s partnerom ili supružnikom, dok su ostali živjeli s djecom, roditeljima ili sami. Sociodemografska obilježja ispitanica prikazana su detaljno u Tablici 15.

Tablica 15. Sociodemografski pokazatelji

Varijabla	Kategorija	N	%
Spol	Žensko	126	93,3%
	Muško	5	3,7%
	Neodgovoreno	4	3,0%
Dob	20 – 30 godina	35	25,9%
	31 – 40 godina	20	14,8%
	41 – 50 godina	18	13,3%
	51 – 60 godina	45	33,3%
	61+ godina	17	12,6%
Obrazovanje	Osnovna škola	1	0,9%
	Srednja škola (četverogodišnja)	83	72,2%

<i>Varijabla</i>	<i>Kategorija</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
	VŠS/VSS (fakultet/veleučilište)	28	24,3%
	Neodgovoreno	23	—
Ukupan prihod kućanstva (EUR)	531,02 – 796,34	6	5,4%
	796,47 – 1.061,78	24	21,4%
	1.061,92 – 1.327,23	11	9,8%
	1.327,36 – 1.592,67	20	17,9%
	1.592,81 – 2.123,56	21	18,8%
	2.123,70 – 2.654,46	12	10,7%
	Neodgovoreno	41	—
Bračni status	U braku/izvanbračno	66	50,0%
	Neudana/neoženjen	23	17,4%
	Živi s partnerom	19	14,4%
	Udovica/udovac	11	8,3%
	Razveden/a	8	6,1%
	Neodgovoreno	8	—
Ukupno radno iskustvo	< 1 godina	5	3,8%
	2 – 5 godina	20	15,0%
	6 – 10 godina	13	9,8%
	11 – 15 godina	9	6,8%
	16 – 20 godina	16	12,0%
	21+ godina	70	52,6%
	Neodgovoreno	2	—
Staž u trenutnoj ustanovi	< 1 godina	10	7,5%
	2 – 5 godina	27	20,3%
	6 – 10 godina	18	13,5%
	11 – 15 godina	13	9,8%
	16 – 20 godina	17	12,8%
	21+ godina	48	36,1%
	Neodgovoreno	2	—

<i>Varijabla</i>	<i>Kategorija</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Prethodno radno iskustvo izvan doma	Da	92	68,7%
	Ne	42	31,3%
	Neodgovoreno	1	—
Sastav kućanstva (<i>više odgovora moguće</i>)	Živi s partnerom	61	53,0%
	S djecom < 18 godina	23	20,0%
	S odraslom djecom	22	19,1%
	S roditeljima/svekrvom/punicom	18	15,7%
	Živi samostalno/ostalo	17	14,8%

4.1.2. Izvori stresa

U Tablici 16. prikazani su rezultati analize izvora profesionalnog stresa među ispitanicima (N = 135). Najizraženiji stresori, prema pojedinačnim izvorima stresa, bili su prevelik opseg posla (M = 3,54), stalna izloženost korisnicima i njihova očekivanja, kao i prekidanja rada čestim telefonskim pozivima i dolascima kolega u ured. Rezultati statističke analize pokazali su da razine stresa ne ostvaruju statistički značajne razlike u odnosu ni na jednu sociodemografsku varijablu.

Tablica 16. Izvori profesionalnog stresa: deskriptivni podaci za pojedinačne stavke

<i>Izvor stresa</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>1. kvartil</i>	<i>3. kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Prevelik opseg posla	134	3,54	0,62	4,00	3,00	4,00	1	4
Rad pod velikim pritiskom	134	3,22	0,88	3,00	3,00	4,00	1	4
Česta prekidanja posla telefonskim pozivima	131	3,40	0,73	4,00	3,00	4,00	1	4
Česta prekidanja rada ulaskom kolega u ured	132	2,52	1,00	2,00	2,00	3,00	1	4
Neodgovarajući uvjeti za povjerljive razgovore s korisnicima i obiteljima	134	2,62	1,00	3,00	2,00	3,00	1	4

<i>Izvor stresa</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>1. kvartil</i>	<i>3. kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Miješanje drugih stručnjaka u profesionalni rad	134	2,79	0,92	3,00	2,00	3,25	1	4
Osjećaj izolacije	134	2,22	0,98	2,00	1,00	3,00	1	4
Opterećivanje vlastite obitelji profesionalnim radom	131	2,37	1,01	2,00	2,00	3,00	1	4
Preuzimanje odgovornosti za rad drugih zaposlenika	134	3,14	0,90	3,00	3,00	4,00	1	4
Rad predstavlja veliki psihološki teret	132	2,85	0,90	3,00	2,00	3,75	1	4
Nedostatak financijskih sredstava	134	3,10	0,91	3,00	3,00	4,00	1	4
Nedostatak vremena za pripremu rada s korisnicima	134	3,07	0,91	3,00	3,00	4,00	1	4
Previše administrativnih zadataka u svakodnevnom radu	132	3,33	0,78	3,00	3,00	4,00	1	4
Nedostatak prilika za pokazivanje profesionalnih vještina i znanja	133	3,05	0,92	3,00	3,00	4,00	1	4
Istovremeno obavljanje više vrsta zadataka	134	3,39	0,84	4,00	3,00	4,00	1	4
Potreba za improvizacijom izvan radnih protokola	127	2,83	0,92	3,00	2,00	4,00	1	4
Nedostatak vremena za pisanje potrebne administracije	127	3,20	0,85	3,00	3,00	4,00	1	4
Nošenje posla kući	128	2,07	0,97	2,00	1,00	3,00	1	4
"Favoriziranje" određenih zaposlenika	128	2,38	1,04	2,00	2,00	3,00	1	4
Napetosti između socijalnih radnika i medicinskog osoblja	127	2,31	1,00	2,00	1,00	3,00	1	4
Nedostatak komunikacije s kolegama na poslu	126	2,35	0,97	2,00	2,00	3,00	1	4
Nekonkurentno radno okruženje	127	2,28	0,94	2,00	2,00	3,00	1	4
Sukobi u profesionalnom timu	126	2,22	0,95	2,00	1,75	3,00	1	4
Nedostatak timske suradnje	123	2,33	0,87	2,00	2,00	3,00	1	4
Nedostatak podrške od kolega	122	2,33	0,90	2,00	2,00	3,00	1	4

<i>Izvor stresa</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>1. kvartil</i>	<i>3. kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Nedostatak pozitivnih povratnih informacija o obavljenom radu	123	2,63	0,99	3,00	2,00	3,00	1	4
Borba za moć među stručnjacima različitih profila	123	2,27	0,92	2,00	2,00	3,00	1	4
Izostanak povratnih informacija od nadređenih	124	2,35	0,98	2,00	2,00	3,00	1	4
Neslaganje s nekim upravljačkim odlukama	124	2,42	0,96	2,00	2,00	3,00	1	4
Nedostatak prilika za pokazivanje profesionalnih vještina zbog manjka interesa uprave	122	2,21	0,97	2,00	1,00	3,00	1	4
Nedostatak komunikacije s nadređenima	122	2,16	1,04	2,00	1,00	3,00	1	4
Sukobi među korisnicima	123	2,46	0,91	2,00	2,00	3,00	1	4
Premalo vremena za rad s korisnicima	121	2,71	0,93	3,00	2,00	3,00	1	4
Previše korisnika u svakodnevnom radu	123	3,36	0,81	4,00	3,00	4,00	1	4
Stalna izloženost korisnicima – biti im na usluzi	124	3,38	0,85	4,00	3,00	4,00	1	4
Česta prekidanja rada ulaskom korisnika u ured	124	3,06	0,95	3,00	3,00	4,00	1	4
Nerealna očekivanja korisnika	122	3,10	0,96	3,00	3,00	4,00	1	4
Nerealna očekivanja članova obitelji korisnika	122	3,33	0,93	4,00	3,00	4,00	1	4
Nerealna očekivanja članova obitelji potencijalnih korisnika	120	3,07	0,99	3,00	3,00	4,00	1	4
Pretjeran osjećaj odgovornosti pri obavljanju određenih radnih zadataka	123	3,11	0,85	3,00	3,00	4,00	1	4
Stalna izloženost članovima obitelji korisnika – biti im na usluzi	122	3,23	0,93	3,50	3,00	4,00	1	4
Fizički kontakt s korisnicima (zagrljaji i slično)	121	2,40	0,87	2,00	2,00	3,00	1	4
Nerealna očekivanja potencijalnih korisnika	122	2,76	0,94	3,00	2,00	3,00	1	4

<i>Izvor stresa</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>1. kvartil</i>	<i>3. kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Obavljanje radnih zadataka koje nisu u nadležnosti	124	2,88	0,97	3,00	2,00	4,00	1	4
Ukupno – Izvori stresa	134	121,18	25,38	123,00	108,25	139,50	49	176

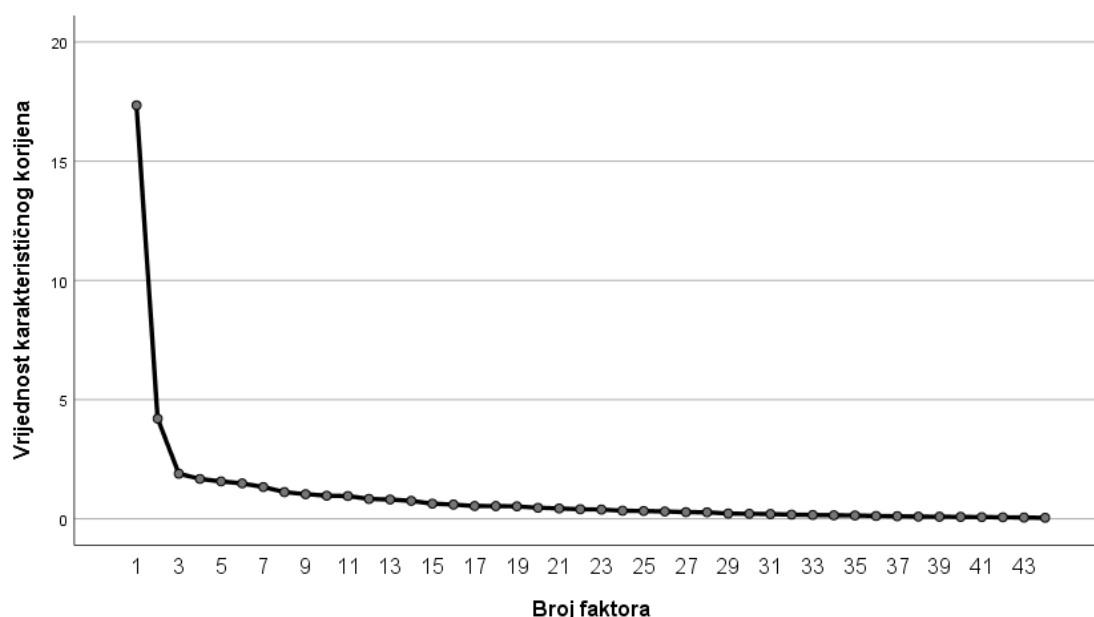
Radi identifikacije najučestalijih izvora stresa, provedena je faktorska analiza. Faktorske saturacije pojedinačnih stavki prikazane su u Tablici 17. Saturacije niže od 0,30 nisu prikazane radi preglednosti.

Tablica 17. Izvori profesionalnog stresa: saturacije stavki s izdvojenim faktorima (faktorska opterećenja)

<i>Izvor profesionalnog stresa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>
Nedostatak podrške od kolega	0,884			
Nedostatak timske suradnje	0,841			
Nesuradničko radno okruženje	0,831			
Sukobi u profesionalnom timu	0,795			
Nedostatak komunikacije s kolegama na poslu	0,788			
Borba za moć među stručnjacima različitih profila	0,782			
Nedostatak pozitivnih povratnih informacija	0,708			
Nedostatak povratnih informacija od nadređenih	0,647			0,489
„Favorizam“ određenih zaposlenika	0,490			0,337
Uplitanje drugih stručnih profila u profesionalni rad	0,463			
Napetosti između socijalnih radnika i medicinskog osoblja	0,419			0,316
Osjećaj izolacije	0,410	0,338		0,377
Donošenje posla kući	0,348		0,328	
Nedostatak vremena za pisanje administracije		0,760		
Istovremeno obavljanje više vrsta zadataka		0,739		
Previše administrativnih zadataka		0,727		
Previše korisnika u svakodnevnom radu		0,710		
Nedostatak vremena za pripremu rada s korisnicima		0,700	0,376	

<i>Izvor profesionalnog stresa</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>
Veliki vremenski pritisak na poslu		0,678	0,375	
Prekomjerno opterećenje radom		0,641		
Nedostatak mogućnosti za demonstraciju vještina zbog nedostatka vremena	0,452	0,641		
Stalna izloženost članovima obitelji korisnika		0,626	0,462	
Stalna izloženost korisnicima		0,599		
Potreba za improvizacijom izvan protokola		0,590		0,334
Pretjeran osjećaj odgovornosti	0,337	0,525		
Nedostatak vremena za pripremu rada s korisnicima	0,344	0,485		
Rad predstavlja veliki psihološki teret	0,442	0,482		
Obavljanje zadataka izvan kompetencija	0,381	0,446	0,373	
Nedostatak financijskih sredstava		0,407	0,364	
Nerealna očekivanja obitelji korisnika		0,306	0,826	
Nerealna očekivanja obitelji potencijalnih korisnika			0,755	
Nerealna očekivanja korisnika		0,316	0,707	
Nerealna očekivanja potencijalnih korisnika			0,699	
Sukobi između korisnika		0,304	0,537	
Česta prekidanja rada od strane korisnika		0,404	0,511	
Neadekvatni uvjeti za povjerljive razgovore			0,510	
Česta prekidanja rada telefonskim pozivima		0,435	0,475	-0,384
Opterećivanje vlastite obitelji profesionalnim radom	0,422		0,454	
Česta prekidanja rada od strane kolega		0,310	0,354	
Preuzimanje odgovornosti za rad drugih zaposlenika			0,315	
Nedostatak prilika za demonstraciju vještina zbog nezainteresiranosti uprave	0,456			0,657
Neslaganje s upravljačkim odlukama	0,314	0,322		0,656
Nedostatak komunikacije s nadređenima	0,570			0,653
Fizički kontakt s korisnicima (zagrljaji i slični kontakti)				0,523

Provedena faktorska analiza glavnih komponenti, s *varimax*-rotacijom, identificirala je četiri ključna faktora profesionalnog stresa kod medicinskih sestara. Prvi faktor, koji je objasnio najveći dio varijance (39%), odnosi se na nedostatak podrške kolega i suradnje unutar tima (F1). Drugi faktor (10% varijance) obuhvaća preopterećenost poslom (F2), dok treći (4%) i četvrti faktor (4%) čine nerealna očekivanja na radnom mjestu (F3) i nedostatak komunikacije s nadređenima (F4). Grafikon na Slici 1. i Tablica 18 prikazuju rezultate i opis čimbenika stresa. Opis svakog čimbenika temelji se na sadržajnom značenju stavki koje su pokazale visoke saturacije unutar pojedinog faktora.



Slika 1. Grafikon značajnosti čimbenika – Upitnik izvora stresa (faktorska analiza i faktorske saturacije upitnika Izvori profesionalnog stresa)

Tablica 18. Identificirani čimbenici profesionalnog stresa i njihovo sadržajno značenje

Faktor	Naziv	Opis
F1	Nedostatak podrške i suradnje u timu	Obuhvaća stavke povezane s nedovoljnom pomoći, nedostatkom informacija, slabom suradnjom/koordinacijom i tenzijama unutar tima
F2	Preopterećenost poslom	Obuhvaća osjećaj preopterećenosti, vremenskog pritiska i fizičkog iscrpljenja
F3	Nerealna očekivanja na radnom mjestu	Odnosi se na percipirane pretjerane zahtjeve, nejasne uloge, zadatke izvan kompetencija, emocionalna očekivanja i teško dostižne ciljeve

<i>Faktor</i>	<i>Naziv</i>	<i>Opis</i>
F4	Nedostatak komunikacije s nadređenima	Obuhvaća nedostatak povratne informacije, vođenja i podrške od strane nadređenih

F1- F4 faktori koji objašnjavaju najveći dio varijance faktorske analize izvora stresa

4.1.3. Profesionalno sagorijevanje

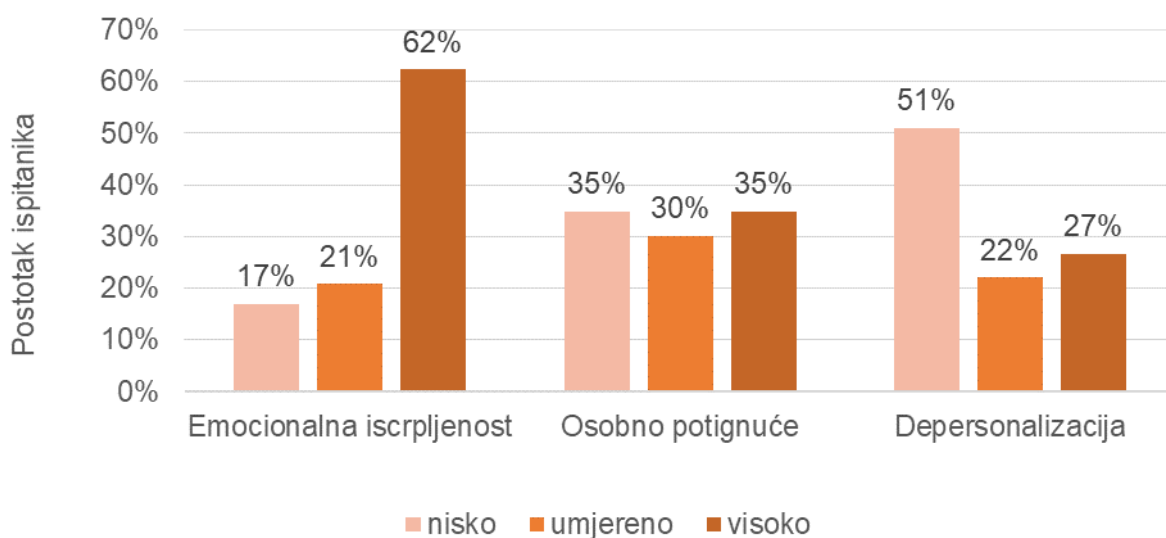
Prema teorijskoj klasifikaciji Maslach i suradnika [4, 32] visoka razina profesionalnog sagorijevanja u pomagačkim zanimanjima definirana je rezultatima u gornjoj trećini raspona pojedinih podskala Maslachova upitnika sagorijevanja (MBI-HSS). Tako se visokom razinom emocionalne iscrpljenosti smatra rezultat od 27 bodova i više, visokom razinom depersonalizacije rezultat od 13 bodova i više, dok se niska razina osobnog postignuća, koja također ukazuje na visoki stupanj sagorijevanja, definira kao rezultat od 30 bodova i manje. Ove granične vrijednosti često se primjenjuju u istraživanjima pomagačkih profesija radi standardizirane procjene i usporedbe rezultata [5].

Rezultati naše analize profesionalnog sagorijevanja su pokazali čitav raspon mogućih rezultata na sve tri podskale Maslachovog upitnika za sagorijevanje na poslu (MBI) i prikazani su u Tablici 19. i na grafikonu na Slici 2. Ovo ukazuje na veliku varijabilnost razine simptoma među ispitanicima.

Rezultati pokazuju da je visoki udio ispitanika izvijestio o visokoj emocionalnoj iscrpljenosti (62,3%) te visokoj razini depersonalizacije (26,7%). Ukupno 34,9% ispitanika navelo je i niske i visoke razine osjećaja osobnog ostvarenja tijekom COVID-19 krize, što ukazuje na širok raspon doživljaja povezanih s ovim aspektom profesionalnog sagorijevanja.

Tablica 19. Rezultati na ljestvicama Maslachova upitnika za profesionalno sagorijevanje

<i>Ljestvice MBI</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>1. kvartil</i>	<i>3. kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Emocionalna iscrpljenost	130	30,73	13,62	32,00	22,00	40,00	0	54
Osjećaj osobnog ostvarenja	126	34,60	8,01	35,00	29,00	41,00	5	48
Depersonalizacija	131	8,56	7,34	6,00	3,00	13,00	0	30



Slika 2. Raspodjela odgovora ispitanika na podljestvicama: Emocionalna iscrpljenost, Osobno postignuće i Depersonalizacija – razina sagorijevanja: nisko, umjereno i visoko)

Ispitanice su pokazale su visoku razinu sagorijevanja na svim podskalama, a najizraženije u emocionalnoj iscrpljenosti i depersonalizaciji. Na Slici 2. je prikazana distribucija razina profesionalnog sagorijevanja u tri podskale Maslachovog upitnika (MBI).

Rezultati se interpretiraju na slijedeći način:

- Emocionalna iscrpljenost (EI): nizak stupanj je ≤ 16 , umjeren 17–26, visok ≥ 27 .
- Osjećaj osobnog postignuće (OP) : visok stupanj sagorijevanja je ≤ 30 , umjeren 31–36, a nizak ≥ 37 .
- Depersonalizacija (DP): nizak stupanj je ≤ 6 , umjeren 7–12, visok ≥ 13 .

4.1.4. Povezanost izvora stresa i profesionalnog sagorijevanja

Kako bismo istražili povezanost izvora profesionalnog stresa s dimenzijama sagorijevanja, proveli smo analizu korelacije između faktora izvora stresa, izdvojenih iz upitnika o izvorima stresa, i rezultata na podskalama Maslach Burnout Inventory-ja:

emocionalne iscrpljenosti, osjećaja osobnog ostvarenja i depersonalizacije. Rezultati su prikazani u tablici 20.

Tablica 20. Korelacija faktora izvora stresa izdvojenih iz upitnika o izvorima stresa sa rezultatima na podskalama (brojevi predstavljaju Spearman-rho koeficijente korelacije)

<i>Izvori stresa - izdvojeni iz stavki upitnika o izvorima stresa</i>	<i>Emocionalno iscrpljivanje</i>	<i>Osjećaj osobnog postignuća</i>	<i>Depersonalizacija</i>
Nedostatak podrške od kolega	0.37**	-0.11	0.30**
Pretjerani opseg posla	0.38**	0.30**	0.13
Nerealna očekivanja na poslu	0.41**	-0.30**	0.45**
Nedostatak komunikacije s nadređenima	0.11	0.02	0.17

**** $p < 0.01$**

Faktor „Nedostatak podrške od kolega“ pokazao je slabu pozitivnu povezanost s „Emocionalnim iscrpljivanjem“ ($r = 0,37$, $p < 0,01$) i „Depersonalizacijom“ ($r = 0,30$; $p < 0,01$). Sličan obrazac korelacije postoji i za faktor „Pretjerani opseg posla“ i „Emocionalno iscrpljivanje“ ($r = 0,38$, $p < 0,01$), dok je negativna korelacija zabilježena između „Pretjeranog opsega posla“ i „Osjećaja osobnog postignuća“ ($r = -0,30$, $p < 0,01$). Nije pronađena korelacija između faktora „Pretjerani opseg posla“ i „Depersonalizacije“. Faktor „Nedostatak komunikacije s nadređenima“ nije bio povezan ni s jednim aspektom sagorijevanja. Analiza je prikazana u Tablici 24.

Najviša korelacija zabilježena je između faktora „Nerealna očekivanja“ i „Depersonalizacije“ ($r = 0,45$, $p < 0,01$).

Daljnja analiza povezanosti između pojedinačnih izvora stresa i dimenzija profesionalnog sagorijevanja prikazana je pomoću linearne regresijske analize u Tablicama 21, 22 i 23.

Model linearne regresije objašnjava 42% varijance u razinama emocionalnog iscrpljivanja, što je statistički značajno (prilagođeni $R^2 = 0,421$, $F = 17,740$, $p < 0,001$). Tri faktora izvora stresa značajno pridonose predviđanju emocionalnog iscrpljivanja: nedostatak podrške od kolega ($\beta = 0,347$, $p < 0,001$), pretjerani opseg posla ($\beta = 0,389$, $p < 0,001$) i nerealna očekivanja na poslu ($\beta = 0,405$, $p < 0,001$).

Beta koeficijenti pokazuju relativnu jačinu svakog faktora u objašnjenju emocionalnog iscrpljivanja. Četvrti faktor, nedostatak komunikacije s nadređenima, nije imao statistički značajan utjecaj. Povezanost između izvora stresa i podskale Emocionalno iscrpljivanje prikazano je u Tablici 21.

Tablica 21. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Emocionalno iscrpljivanje“ (linearna regresijska analiza)

<i>Izvori stresa</i>	<i>B</i>	<i>Beta koeficijent</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>95% Interval pouzdanosti</i>
(Konstanta)	31.385		27.653	<0.001	29.129 – 33.640
Nedostatak podrške od kolega (F1)	4.985	0.347	4.379	<0.001	2.723 – 7.248
Pretjerani opseg posla (F2)	5.571	0.389	4.902	<0.001	3.313 – 7.830
Nerealna očekivanja na poslu (F3)	5.794	0.405	5.102	<0.001	3.538 – 8.051
Nedostatak komunikacije s nadređenima (F4)	1.429	0.100	1.258	0.212	-0.828 – 3.685

Model objašnjava 13% varijance zavisne varijable Osjećaja osobnog postignuća (PA), što je statistički značajno (prilagođeni $R^2 = 0,129$, $F = 4,293$, $p = 0,003$). Dva faktora izvora stresa, „Pretjerani opseg posla“ (beta = 0,268, $p = 0,008$) i „Nerealna očekivanja na poslu“ (beta = -0,284, $p = 0,005$), značajno predviđaju osjećaj osobnog postignuća. Povezanost između izvora stresa i podskale „Osjećaj osobnog postignuća“ prikazano je u Tablici 22.

Model linearne regresije pokazuje da oko 13% varijabilnosti u osjećaju osobnog postignuća može biti objašnjeno promjenama u izvorima stresa koje smo analizirali. To znači da iako postoje i drugi faktori koji utječu na osjećaj postignuća, „Pretjerani opseg posla“ i „Nerealna očekivanja na poslu“ imaju značajan i mjerljiv utjecaj.

Pozitivni beta koeficijent za „Pretjerani opseg posla“ (0,268) sugerira da veći opseg posla može biti povezan s većim osjećajem postignuća kod ispitanika. S druge strane, negativni beta koeficijent za „Nerealna očekivanja na poslu“ (-0,284) ukazuje da nerealna očekivanja smanjuju osjećaj osobnog postignuća.

Ostali faktori, poput nedostatka podrške od kolega ili loše komunikacije s nadređenima, u ovom modelu nisu imali statistički značajan utjecaj na osjećaj osobnog postignuća.

Tablica 22. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Osobnog postignuća“ (linearna regresijska analiza)

<i>Izvori stresa</i>	<i>B</i>	<i>Beta koeficijent</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>95% Interval pouzdanosti</i>
(Konstanta)	31.385		27.653	<0.001	29.129 – 33.640
Nedostatak podrške od kolega (F1)	4.985	0.347	4.379	<0.001	2.723 – 7.248
Pretjerani opseg posla (F2)	5.571	0.389	4.902	<0.001	3.313 – 7.830
Nerealna očekivanja na poslu (F3)	5.794	0.405	5.102	<0.001	3.538 – 8.051
Nedostatak komunikacije s nadređenima (F4)	1.429	0.100	1.258	0.212	-0.828 – 3.685

Model objašnjava 27% varijance zavisne varijable Depersonalizacije (DP), što je statistički značajno (prilagođeni $R^2 = 0,272$, $F = 9,487$, $p < 0,001$). Faktori „Nedostatak podrške od kolega“ ($\beta = 0,270$, $p = 0,003$) i „Nerealna očekivanja na poslu“ ($\beta = 0,394$, $p < 0,001$) predstavljaju statistički značajne prediktore depersonalizacije, dok su faktori „Pretjerani opseg posla“ i „Nedostatak komunikacije s nadređenima“ bili nešto iznad razine značajnosti od 5% ($p = 0,054$).

Dok prethodno prikazana faktorska analiza pokazuje koji su stresori najčešće doživljavani, regresijska analiza naglašava koji stresori najviše predviđaju profesionalno sagorijevanje; stoga su, nerealna očekivanja, iako rjeđe prisutna, ključna u postavljanju ciljeva za intervencije. Povezanost depersonalizacije i izvora stresa prikazana je u Tablici 23.

Tablica 23. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Depersonalizacija“ (linearne regresijska analiza)

Izvori stresa	B	Beta koeficijent	T	P	95% Interval pouzdanosti
(Konstanta)	8.254		12.955	<0.001	6.987 – 9.520
Nedostatak podrške od kolega (F1)	1.912	0.270	3.012	0.003	0.650 – 3.173
Pretjerani opseg posla (F2)	1.236	0.175	1.951	0.054	-0.023 – 2.495
Nerealna očekivanja na poslu (F3)	2.916	0.394	4.389	<0.001	1.595 – 4.237
Nedostatak komunikacije s nadređenima (F4)	1.304	0.175	1.951	0.054	-0.024 – 2.632

4.1.5. Zadovoljstvo poslom

Za procjenu zadovoljstva poslom korišten je *Job Satisfaction Index* [148]. Instrument se sastoji od šest čestica koje ispituju različite aspekte zadovoljstva poslom.

Deskriptivna analiza ukupnog rezultata na JSI ljestvici pokazala je da prosječan rezultat iznosi 18,53 bodova (SD = 5,59) na teorijskom rasponu od 6 do 30 bodova, što ukazuje na umjerenu razinu zadovoljstva poslom u ispitivanom uzorku. Medijan (18,0) i interkvartilni raspon (Q1 = 15,0; Q3 = 22,0) dodatno potvrđuju da većina sudionika ostvaruje rezultate oko sredine ljestvice.

Analiza pojedinačnih čestica pokazuje da su najviše ocjene zabilježene za odnose s nadređenima i kolegama (medijan = 4,0; M = 3,79; SD ≈ 1,1), dok su najniže vrijednosti zabilježene kod zadovoljstva plaćom (medijan = 2,0; M = 2,30; SD = 1,35) i mogućnostima napredovanja (medijan = 3,0; M = 2,59; SD = 1,35), što ukazuje na izazove u području materijalnog nagrađivanja i profesionalnog razvoja. Ostale čestice, uključujući zadovoljstvo obilježjima posla i opće zadovoljstvo trenutnom situacijom, imale su srednje vrijednosti između 2,83 i 3,31, što upućuje na neutralne do blago pozitivne ocjene. Standardne devijacije veće od 1,30 kod plaće i mogućnosti napredovanja ukazuju na izraženu heterogenost iskustava među ispitanicima.

U Tablici 24. prikazana su deskriptivna obilježja ukupnog rezultata na JSI ljestvici, kao i pojedinačnih čestica.

Tablica 24. Deskriptivna statistika pojedinačnih čestica i ukupnog rezultata Skale zadovoljstva poslom (JSI)

	<i>Aritm. sredina</i>	<i>SD</i>	<i>Medijan</i>	<i>Prvi kvartil</i>	<i>Treći kvartil</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>
Zadovoljna/ zadovoljan sam sa obilježjem posla kojega obavljam	3,31	1,27	3,00	2,00	4,00	1	5	131
Zadovoljna/ zadovoljan sam sa svojim nadređenim	3,79	1,19	4,00	3,00	5,00	1	5	132
Zadovoljna/ zadovoljan sam odnosom sa svojim kolegama i sur.ma	3,79	1,11	4,00	3,00	5,00	1	5	129
Zadovoljna/ zadovoljan sam sa plaćom koju primam za svoj rad	2,30	1,35	2,00	1,00	3,00	1	5	132
Zadovoljna / zadovoljan sam sa mogućnostima napredovanja u mojoj organizaciji	2,59	1,35	3,00	1,00	3,00	1	5	133
Obzirom na sve ja sam zadovoljna/ zadovoljan sa trenutnom situacijom na poslu	2,83	1,26	3,00	2,00	4,00	1	5	132
Zadovoljstvo poslom (JSI)	18,53	5,59	18,00	15,00	22,00	6	30	128

4.1.6. Povezanost zadovoljstva poslom i profesionalnog sagorijevanja

Međusobni odnosi zadovoljstva poslom i podskala profesionalnog sagorijevanja ispitani su pomoću Spearmanovog koeficijenta korelacije (ρ).

Rezultati analize pokazuju da je zadovoljstvo poslom negativno je povezano s emocionalnom iscrpljenošću ($\rho = -0,60$; $p < 0,01$), što znači da sudionici koji su manje zadovoljni poslom iskazuju višu razinu emocionalnog iscrpljenja,

Zadovoljstvo poslom negativno je povezano s depersonalizacijom ($\rho = -0,37$; $p < 0,01$), što ukazuje da se niže zadovoljstvo poslom povezuje s većim distanciranjem prema poslu i korisnicima. Zadovoljstvo poslom pozitivno je povezano s osjećajem osobnog postignuća ($\rho = 0,26$; $p < 0,01$), što znači da zadovoljniji zaposlenici percipiraju i višu razinu profesionalne učinkovitosti.

Ovi nalazi sugeriraju da viša razina zadovoljstva poslom prati nižu razinu emocionalnog iscrpljenja i depersonalizacije te višu razinu osjećaja osobnog postignuća, pri čemu osobito materijalno nagrađivanje i mogućnosti napredovanja predstavljaju područja s potencijalom za poboljšanje. Međusobni odnosi zadovoljstva poslom s podskalama profesionalnog sagorijevanja prikazani su u Tablici 25.

Tablica 25. Spearmanove korelacije između zadovoljstva poslom, izvora stresa i komponenti sagorijevanja na poslu

	Emocionalna iscrpljenost	Osobno postignuće	Depersonalizacija
Zadovoljstvo poslom – ukupno	-0.60**	0.26**	-0.37**

*Napomena: ** $p < 0.01$

4.2. Kvalitativno istraživanje

4.2.1. Sociodemografski pokazatelji

Sve ispitanice su bile žene, u dobi od 21 do 62 godine, različitog prethodnog radnog iskustva, radnog staža u domu za starije osobe, bračnog statusa i različitih pozicija u radnoj organizaciji. U Tablici 26. detaljno su prikazana obilježja ispitanica.

Tablica 26. Socijalna demografska i profesionalna obilježja ispitanica u kvalitativnom istraživanju

Ispitanici	Dob	Duljina staža/ godina	Prethodna radna mjesta	Radna pozicija	Članovi kućanstva	Djeca/broj
Ispitanica 1	22	1	Studentska poliklinika	Sestra na odjelu	Živi s partnerom	Nema djece
Ispitanica 2	30	10	Drugi dom za starije	Sestra na odjelu	Živi sama	Nema djece
Ispitanica 3	59	35	Njega u kući	Sestra na odjelu	Živi sama	Dvoje
Ispitanica 4	61	30	/	Sestra na odjelu	Živi s partnerom	Nema djece
Ispitanica 5	58	36	Bolnica	Sestra/ Voditeljica odjela	Živi s partnerom	Dvoje

Ispitanica 6	61	37	Bolnica	Sestra na odjelu	Živi s mužem I jednim djetetom	Jedno
Ispitanica 7	47	29	Drugi dom za starije	Sestra na odjelu	Živi s partnerom i dvoje djece	Dvoje
Ispitanica 8	24	7	Drugi dom za starije	Sestra na odjelu	Živi s majkom i bratom	Nema djece
Ispitanica 9	62	35	Drugi dom za starije	Sestra na odjelu	Živi sama	Dvoje
Ispitanica 10	33	14	Drugi dom za starije	Sestra na odjelu	Živi s mužem i dvoje djece	Dvoje
Ispitanica 11	21	3	Bolnica	Sestra/ Voditeljica odjela	Živi s roditeljima I sestrom	Nema djece

4.2.2. Rezultati induktivne tematske analize

Nakon provođenja induktivne tematske analize, identificirano je ukupno 19 tema, koje su strukturirane u sedam tematskih cjelina. Tematske cjeline i teme prikazane su u Tablici 30.

Tablica 27. Tematske cjeline i teme definirane induktivnom tematskom analizom

Tematska cjelina	Teme
1. Organizacija posla u razdoblju prije pandemije COVID-19 i potresa	Redovni zadaci tijekom radnog dana Izvanredne situacije i obaveze Organizacija radnog vremena
2. Promjene u organizaciji rada i najistaknutiji događaji tijekom pandemije COVID-19	Dostupnost informacija Organizacija rada u vrijeme epidemije Promjena kvalitete profesionalnih i privatnih odnosa/privatnog života
3. Emocionalna iskustva i zaštitni čimbenici povezani s pandemijom COVID-19	Emocionalni teret epidemije Zaštitni čimbenici u suočavanju sa stresom

<i>Tematska cjelina</i>	<i>Teme</i>
4. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani s potresom	Emocionalni stres i sagorijevanje Organizacijski problemi Zaštitni mehanizmi u suočavanju sa stresom
5. Percepcija uloge medicinske sestre i zadovoljstvo poslom tijekom kriznog razdoblja	Veliki značaj medicinskih sestara za korisnike Podcijenjenost sestrinskog posla u domu za starije Pozitivan društveni doživljaj sestara u domovima za starije
6. Nagrađujući čimbenici i samoosnaživanje	Timska suradnja Zadovoljstvo povezano s obavljenim poslom Čimbenici koji su otežavali nagrađujuće osjećaje
7. Prijedlozi unaprjeđenja rada u domovima za starije	Rad u domovima/Potrebne promjene Odnos prema medicinskim sestrama u domu/Potrebne promjene

Unutar pojedinih tema, prema potrebi, definirane su i podteme (prikazane u analizi tema), čime se omogućilo detaljnije razlaganje odgovora ispitanika i preciznija interpretacija istraživanih fenomena. Svi korišteni kodovi, teme i podteme prikazani su u strukturiranim tablicama unutar teksta, dok su ključni citati ispitanika integrirani u tekstualnu prikaz i interpretaciju rezultata, čime se dodatno ilustriraju najvažniji uvidi i povezanost empirijskih podataka s analitičkim zaključcima. Rezultati su u nastavku prikazani prema prethodno definiranim tematskim cjelinama, pri čemu su ključni citati ispitanika kombinirani s tabličnim prikazima kodova, tema i podtema, što omogućuje pregledan, sustavan i detaljan prikaz empirijskih nalaza.

Tematska cjelina 1. Organizacija posla u razdoblju prije pandemije COVID-19 i potresa

Opis redovnih zadataka unutar svakodnevne rutine medicinskih sestara u domovima za starije važan je za razumijevanje opsega, strukture, sadržaja i interdisciplinarnosti njihova rada. Riječ je o aktivnostima koje se obavljaju kontinuirano, neovisno o pojavi kriznih situacija poput pandemije COVID-19 ili potresa, a koje čine osnovu profesionalnog djelovanja u ovim ustanovama. Na taj način moguće je preciznije istražiti i razumjeti kako su se iskustva i doživljaji zaposlenih mijenjali u kriznim okolnostima.

Na temelju analize intervjua izdvojene su tri teme: Redovni zadaci tijekom radnog dana, Izvanredne situacije i obaveze, Organizacija radnog vremena. Unutar tema definirano je i nekoliko podtema. U okviru ovih tema i podtema ispitanice su opisivale svoju svakodnevnu praksu, ali i načine na koje se ona mijenja u slučaju izvanrednih događaja.

Takve situacije uključuju hitna zdravstvena stanja, ali i šire krizne događaje poput epidemija ili prirodnih nepogoda.

Treća cjelina odnosi se na organizaciju radnog vremena, koja uključuje smjenski rad, raspodjelu dežurstava, mogućnosti predaha te obaveze koje se protežu izvan formalnog radnog vremena. Upravo ova dimenzija rada dodatno oslikava zahtjevnost profesije i potrebu za stalnim balansiranjem između profesionalnog i privatnog života. Analiza ove tematske cjeline prikazana je u Tablici 28.

Tablica 28. Organizacija posla u razdoblju prije pandemije COVID-19

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
1. Redovni radni zadaci tijekom dana	Primopredaja i koordinacija	Primopredaja smjene • Dogovor oko radnih zadataka za taj dan • Trajanje primopredaje u rasponu 10 – 30 min
	Poslovi rukovođenja	Vođenje odjela • Evidencije radnih sati i rasporedi
	Prehrana korisnika	Podjela obroka • Hranjenje i hidriranje korisnika koji nisu samostalni • Hranjenje korisnika na sondu
	Briga o zdravstvenom stanju korisnika	Kada liječnik nije prisutan - procjena i odluke o zdravstvenom stanju korisnika • Redovne vizite s liječnikom • Koordinacija i konzultacija s liječnikom i hitnom pomoći kod pogoršanja stanja korisnika
	Njega	Standardna njega • Specijalna njega koju propiše bolnica • Posebna njega korisnika na Alzheimer odjelu
	Vođenje medicinske dokumentacije	Vođenje medicinske dokumentacije • Upisivanje u kompjuter (program Dogma) i sestrinske liste • Pisanje službe • Ostali administrativni poslovi

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
	Medicinsko-tehnički postupci	Podjela terapije • Podjela inzulina • Mjerenje vitalnih funkcija • Mjerenje šećera određene dane u tjednu • Previjanje rana i dekubitusa po rasporedu ili po potrebi • Uvođenje sonde • Mjerenje tlaka po potrebi ili određene dane u tjednu • Povremeno davanje vitamina B12 • Uvođenje i promjene katetera • Vađenje krvi za laboratorij • Uzimanje stolice i ostalih materijala za laboratorij • Fizikalna terapija
	Organizacija terapije i zdravstvenih pregleda	Slaganje lijekova, dnevno ili tjedno • Narudžba lijekova • Narudžbe korisnika na zdravstvene preglede • Priprema i slanje korisnika na zdravstvene preglede
	Obilasci korisnika	Obilazak i provjera stanja korisnika • Obilazak korisnika tijekom noći
	Podrška korisnicima	Emocionalna podrška korisnicima • Aktivnosti da se zabave korisnici • Odvođenje korisnika u šetnju
	Suradnja s obitelji korisnika	Razgovor s članovima obitelji korisnika • Posjete korisnicima
	Ostali redovni poslovi	Dezinfekcija i sterilizacija • Pospremanje ambulate
2. Izvanredne situacije i obaveze	Izvanredne situacije	Izvanredna pogoršanja zdravstvenog stanja korisnika Smrtni slučajevi • Dodatne izvanredne stvari poput preseljenja korisnika, edukacija... • Organizacija posla u izvanrednim situacijama • Međusobna reorganizacija i pomoć • Njegovateljice uskaču i preuzimaju dio posla koji nije medicinski • Pomaganje sestara njegovateljicama u njihovom poslu • Suradnja i pomoć drugim odjelima • Uskakanje u smjenu (npr. rukovodeća sestra) • Manjak radne snage i veliko opterećenje zaposlenika, posebno dolazi do izražaja u izvanrednim situacijama
3. Organizacija radnog vremena	Radno vrijeme	Jutarnja smjena od 7 do 15 sati • Jutarnja smjena od 6 do 14 sati • Cjelodnevna smjena od 7 do 19 sati • Dolazak 15 - 40 minuta prije početka radnog vremena • Popodnevna smjena od 13 sati • U popodnevnu smjenu nije potrebno dolaziti ranije • Povremeni prekovremeni rad

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
	Pauza i vrijeme za predah	Pauza za zaposlenike • Vrijeme za pauzu imaju obavezno, ali nekad moraju prilagoditi događanjima
	Obveze koje se protežu van radnog vremena	Nakon radnog vremena uglavnom se trudi ne razmišljati o poslu • Razmišlja o poslu ako je dan bio intenzivniji ili u slučaju izvanrednih događanja • Razmišlja o poslu na putu do kuće • Često razmišlja o poslu i van radnog vremena • Zapiše si podsjetnik za sljedeći dan ako shvati da je nešto zaboravila • Nazove kolegice ako je nešto zaboravila prenijeti

Tema 1. 1. Redovni radni zadaci tijekom dana

Dnevna rutina medicinskih sestara u domovima za starije čini osnovu njihova profesionalnog djelovanja te pruža okvir za razumijevanje dodatnih opterećenja koja su se pojavila tijekom kriznih razdoblja, poput pandemije COVID-19 ili potresa. Redovni zadaci predstavljaju temeljnu strukturu radnog dana, a njihov opseg i sadržaj ujedno ilustriraju složenost i interdisciplinarnost sestrinske profesije u ustanovama dugotrajne skrbi.

Radni dan u pravilu započinje primopredajom smjene, koja traje od desetak do tridesetak minuta. Tijekom tog vremena prenose se ključne informacije o korisnicima i koordiniraju zadaci za nadolazeću smjenu. Nakon primopredaje slijede rutinske, ali zahtjevne aktivnosti poput podjele lijekova i terapije (uključujući davanje inzulina), podjele obroka i pomoći pri hranjenju te provođenja različitih medicinsko-tehničkih postupaka (mjerjenje vitalnih funkcija, previjanje rana, mjerjenje krvnog tlaka i glukoze u krvi). U manjoj mjeri navodi se i provođenje složenijih postupaka, poput uvođenja sonde i katetera ili uzimanja uzoraka za laboratorijsku analizu. Sve provedene aktivnosti sestre dokumentiraju u računalnom programu ili na sestrinskim listama.

„Dođem ovdje, primopredaja je službe, onda ide podjela terapije, mjerjenje šećera, inzulin, onda im idem pomoći hraniti, ima nekih 80 ljudi koji se hrane, sad nema ni njegovateljica. U međuvremenu unesem u kompjuer kaj treba, idem s njima u njegu, uzmem kolica za previjanje, previjam ako ima nekog, malo ima dekubitusa. Tko ima, to dođu većinom iz bolnice. Dakle ovdje baš nema, nešto ulkusa i tako. I onda se

napravi njega, trebala bi biti gotova do 10:30, što nije nikad nego je 11 i onda idem već trčim, dijelim terapiju, mjerim šećer, inzulin, jer već u 11.30 ide hranjenje opet korisnika kojima pomognem. I onda ide podjela ljudima koji sami jedu oko 12. I to opet trčim u ambulantu, pišem u kompjuter, u 14 h idem s njima u njegu..." (Ispitanica 6)

Uz svakodnevne postupke, medicinske sestre ističu i svoju odgovornost za donošenje odluka u vezi s korisnicima. Budući da su često prve koje primjećuju promjene u zdravstvenom stanju, njihova je uloga odlučujuća u procjeni kada intervenirati samostalno, kada konzultirati domskog liječnika te kada pozvati hitnu službu. Ovaj aspekt rada ispitanice izdvajaju kao razliku u odnosu na rad u bolničkim ustanovama, gdje je odgovornost koncentrirana na liječnika.

„Razmišljate uvijek je li sve dobro odrađeno jer je to specifični posao. Sestra u bolnici ima liječnika, vi ste ovdje ostavljeni za poziv za Hitnu pomoć. Hitna postavi pitanje, ali ne vidi pacijenta. Znači meni je uvijek kako sam prezentirala, da li su me dobro razumjeli... Morate se nekad i suprotstaviti. Pa onda jeste li dovoljno kompetentni? Vi ste tu prepušteni, a drugdje vas vodi liječnik bolnice, pa nekad izađete nenamjerno izvan kompetencije. Pa ne znate jeste li dobro napravili... Ja glumim i liječnika i hitnu službu. Ja vama ne mogu reći koliko krivo možete prezentirati pacijenta da nešto krivo krene. A ako ste krenuli dobrim putem... to je pedesetina posla.“ (Ispitanica 11)

Nadalje, redovni zadaci uključuju i organizacijske obaveze poput narudžbi lijekova, pripreme korisnika za preglede, vođenja dokumentacije te, za one na rukovodećim pozicijama, izrade rasporeda i vođenja evidencija radnih sati. Istodobno, sestre sudjeluju i u neposrednoj njezi korisnika zajedno s njegovateljicama, pri čemu se naglašava emocionalna komponenta rada. Osim pružanja medicinske skrbi, medicinske sestre često preuzimaju i ulogu emocionalne podrške korisnicima, što potvrđuje njihovu višestruku i interdisciplinarnu ulogu.

„Uvijek smo mi njima bili sve. I psihijatar i sestra i za kavu donijeti, sve što im je potrebno. Pa utjeha kad im djeca ne dođu u posjetu. Imaju oni i socijalne radnike, ali mi smo im bliže.“ (Ispitanica 6)

U određenoj mjeri obavljaju i komunikaciju s članovima obitelji korisnika i prijenos informacija, a sestre na voditeljskim pozicijama obavljaju poslove rukovođenja odjelom, poput izrade rasporeda i evidencija radnih sati.

Redovni zadaci medicinskih sestara u domovima za starije obuhvaćaju širok spektar medicinskih, organizacijskih i emocionalnih aktivnosti. Upravo ta širina obaveza, kao i visoka razina odgovornosti, predstavlja ključnu dimenziju u razumijevanju radnog opterećenja i potencijalnog razvoja radnog stresa i profesionalnog sagorijevanja.

Tema 1. 2. Izvanredne situacije i obaveze

Uz redovne zadatke, radni dan medicinskih sestara u domovima za starije povremeno prekidaju izvanredne situacije, koje zahtijevaju trenutnu reakciju i reorganizaciju rada. Najčešće se radi o naglom pogoršanju zdravstvenog stanja korisnika ili smrti korisnika, što nužno zahtijeva intervenciju i dodatno vrijeme. Jedna sestra navodi:

„I ostanete duže, nema ključ u bravi i ja odoh kući, nema... desi vam se hitna, nazovete hitnu, vama je do 9 sati radno vrijeme. Kolegica dolazi u 9, ali vi niste kadri tj. imate moralnu, kako bih rekla, odgovornost. Ne možete: evo tebi. Ona jedna nije upoznata. Pa ostanete dok obradite hitnu i sve.“ (Ispitanica 7)

U takvim situacijama naglašava se moralna odgovornost medicinskih sestara, koja nadilazi formalno radno vrijeme i oslikava intenzitet njihove uloge u skrbi za korisnike. Izvanredne situacije ujedno pokazuju i ranjivost organizacije rada, budući da ih je često potrebno rješavati s ograničenim kadrovskim resursima. To zahtijeva brzu reorganizaciju poslova među sestrama i njegovateljicama, uz istovremeno određivanje prioriteta.

Ispitanice ističu da upravo u ovim okolnostima postaje posebno vidljiv nedostatak radne snage i opterećenje osoblja u domovima. Jedna od njih opisuje:

„Kad dođe izvanredno stanje, sve ide na prioritet. Znači, što se mora odmah, to se napravi, a ostalo čeka. Ali tu se osjeti da nas nema dovoljno. Tada je svaki par ruku važan.“ (Ispitanica 5)

Iz navedenih primjera vidljivo je da izvanredne situacije ne predstavljaju samo dodatno radno opterećenje, već i emocionalni izazov za medicinske sestre, koje istovremeno balansiraju profesionalnu odgovornost, etičke dileme i ograničene resurse.

Tema 1. 3. Organizacija radnog vremena

Organizacija radnog vremena predstavlja ključnu dimenziju svakodnevnog rada medicinskih sestara u domovima za starije, budući da utječe na raspodjelu zadataka,

moćnosti predaha te sposobnost obavljanja obaveza unutar i izvan formalnog radnog vremena. Rad se u pravilu odvija u smjenama, pri čemu polovica ispitanica radi cjelodnevnu smjenu od 7 do 19 sati, dok ostale rade jutarnje ili popodnevnice smjene, ovisno o ustaljenom rasporedu doma.

Sve medicinske sestre koje dolaze u jutarnju smjenu obično dolaze ranije, najmanje 15 minuta prije početka službenog radnog vremena, radi pripreme i primopredaje smjene. U slučaju potrebe, rad se ponekad produžuje kako bi se osiguralo da su svi poslovi završeni, čime se sprječava preopterećenje kolegica u slijedećoj smjeni. Jedna od ispitanica opisuje iskustvo prilagodbe radnog vremena u izvanrednim okolnostima:

„Je uvijek nam je osigurano, samo ako se nešto dogodi u tom trenutku to ne možete promijeniti. Ne da ne mogu nego ju samo odgodi... možda se tom trenutku nešto dogodilo, ja ću sada riješiti tu problematiku i ja ću svejedno otići na pauzu. Nikad se ne desi da nemamo pauzu.“ (Ispitanica 6)

Pauza tijekom radnog dana i vrijeme za predah smatraju se važnim zaštitnim mehanizmom za smanjenje stresa i očuvanje profesionalne učinkovitosti. Ipak, ispitanice ističu da ponekad zbog intenziteta posla ili izvanrednih situacija nije moguće poštovati predviđeno vrijeme za odmor. Oko polovice sestara navodi da uspijevaju „isključiti“ radne obaveze nakon radnog vremena, dok dio ispitanica i dalje razmišlja o događajima na poslu, posebno u slučaju intenzivnog dana ili izvanrednih situacija:

„Do kuće razmišljam i još se sjetim i zovem mobitelom ako sam nešto zaboravila.“ (Ispitanica 7)

„Kad sam mijenjala glavnu sestru, onda sam stalno bila, ajmo reći, u nekom stresu, jesam li sve obavila, kako sam. Mislim i kolegica mi rekla kako se probudila u četiri ujutro i razmišljala o pacijentu. Kojeg je sanjala. Da će mu se dogoditi nešto loše.“ (Ispitanica 9)

Ovi primjeri pokazuju da je organizacija radnog vremena u domovima za starije dinamična i često zahtijeva fleksibilnost, prilagodbu i balansiranje između formalnog radnog vremena, izvanrednih obaveza i osobne potrebe za predahom.

Tematska cjelina 2. Promjene u organizaciji rada i najistaknutiji događaji tijekom pandemije COVID-19

Jedno od ključnih obilježja pandemije COVID-19 bile su velike i brze promjene u radnim procesima unutar domova za starije. Nepoznanice vezane uz tijek pandemije, učestale promjene u preporukama temeljenima na novim saznanjima o bolesti te epidemiološka obilježja pandemije generirali su dodatni pritisak na zaposlene i stvarali odgovarajuće emocionalne doživljaje i terete.

Analizom intervjua izdvojene su tri tematske cjeline vezane za promjene u radu: Dostupnost informacija, Organizacija rada u vrijeme pandemije COVID-19, Promjena kvalitete profesionalnih i privatnih odnosa/privatnog života. Unutar svake od tema prepoznate su podteme koje dodatno objašnjavaju iskustva medicinskih sestara u radu tijekom pandemije. Analiza ove tematske cjeline prikazana je u Tablici 29.

Tablica 29. Promjene u organizaciji rada i najistaknutiji događaji tijekom pandemije COVID-a

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
Dostupnost informacija	Redovitost informacija	Informacije su redovito dolazile - Vodili se informacijama koje su dobili od Andrije Štampara i epidemiologa - Rad s oboljelima u izolaciji, odvojeno od ostalih zaposlenika
	Neadekvatnost informacija	Informacije o ozbiljnosti epidemije bile su prenapuhane i izazivale strah - Nedostatak informacija iz pouzdanih izvora na početku - Velika količina različitih informacija i naputaka i učestale izmjene istih - Nemogućnost praćenja informacija zbog većeg obima posla - Izostanak informacija i edukacije o pravilnom korištenju zaštitnih odijela - Socijalna izolacija na poslu - Izolacija unutar obitelji radi prirode posla
Organizacija rada u vrijeme pandemije COVID-19	Izolacija oboljelih korisnika	Uspostava odjela izolacije i reorganizacija rada popratnih službi (praonice, kuhinje, spremačica) - Neadekvatni tehnički uvjeti za provođenje dobivenih naputaka - Rad s oboljelima u izolaciji, odvojeno od ostalih zaposlenika - Izostanak podrške socijalne službe korisnicima

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
	Dodatni zadaci uzrokovani epidemijom	Vođenje evidencije o zaraženim korisnicima - Zbog odsutnosti drugih službi sestre su preuzimale i dodatne poslove i uloge - Davanje informacija obitelji i pomoć korisnicima oko komunikacije s obitelji - Provođenje testiranja u domu
	Povećan obim posla / manjak djelatnika / osjećaj nekompetentnosti	Preopterećenost uobičajenim poslom i dodatno poštivanje mjera - Različiti profili korisnika na čije potrebe zaposlenici ne mogu adekvatno odgovoriti (npr. PTSP, Parkinsonova bolest) - Premalo zaposlenika da bi svakom korisniku mogli posvetiti dovoljno vremena - Nedostatak vremena za pauzu tijekom radnog vremena - Jedini predah u danu bio je tijekom presvlačenja zaštitnih odijela - Ne reagiranje hitne pomoći na pozive i ne shvaćanje ozbiljnosti simptoma
	Reorganizacija radnog vremena	Rad u timovima - Rad u 24-satnim smjenama- Prekovremeni rad zbog povećanog obima posla - Smanjeni kapacitet zaposlenika zbog obolijevanja - Potreba za razgovor sa stručnjakom - Potreba za edukacijom (tribinom)
	Mjere zaštite na radu	Nošenje zaštitnih odijela i komplicirana procedura oblačenja i skidanja - Zaštitna oprema jako je otežavala obavljanje posla i komunikaciju - U početku nedostatak zaštitne opreme
Promjene kvalitete profesionalnih i privatnih odnosa/privatnog života	Promjena odnosa s obitelji korisnika	Pritisak i zahtjevi od strane obitelji korisnika- Nezadovoljstvo članova obitelji- Kritike članova obitelji upućene prema osoblju
	Promjena odnosa s korisnicima	Korisnici ne razumiju ozbiljnost bolesti - Korisnici koji nemaju simptome ne razumiju potrebu izolacija- Korisnici zahtijevaju dodatnu komunikaciju i objašnjenja - Korisnici su uznemireni i optužuju osoblje - Otežana komunikacija zbog zaštitne opreme i propisanih distanci
	Promjena kvalitete odnosa s kolegicama	Socijalna izolacija - Nedostatak dotadašnjih rituala- Nedostatak druženja - Promjene u druženju radi reorganizacije rada

Tema	Podtema	Kodovi
	Promjena kvalitete privatnih odnosa i života sestara	Privatni život pati zbog umora-Privatni život pati zbog straha od zaraze -Nemogućnost „isključivanja“ od posla - Pretjerana odsutnost zbog posla- Prestanak hobija i ugodnih aktivnosti zbog iscrpljenosti

Tema 2.1. Dostupnost informacija

Informacije o obilježjima same bolesti te upute o postupanju tijekom pandemije bile su ključna osnova za organizaciju rada u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi, a posebno u domovima za starije. Ove ustanove, koje skrbe za jednu od najranjivijih skupina, bile su pod posebnom pažnjom javnosti i nadležnih tijela, što je dodatno naglašavalo odgovornost zaposlenika.

Oko polovice intervjuiranih medicinskih sestara izjasnilo se da su informacije koje su primali bile pravovremene i adekvatne, a kao glavni izvor navodile su Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i nadležne stručnjake.

„Znači Nastavni zavod za javno zdravstvo Andrija Štampar od nekakvih uputa toga smo se najviše držali. Epidemiolozi, javno zdravstvo pošto su oni tada glavni baš zbog tih svakodnevnih novih slučajeva, pa kako sad ovo, kako ono, kad izolacija... to smo njih dosta pratili. Uvijek su bili na raspolaganju.“ (Ispitanica 1)

S druge strane, dio ispitanica isticao je nezadovoljstvo dostupnošću i kvalitetom informacija, posebno u početnom razdoblju epidemije kada je postojao opći nedostatak pouzdanih podataka. Tadašnji osjećaj nesigurnosti, straha i tjeskobe dodatno je otežavao rad s korisnicima i bio izvor stresa:

„Tad definitivno kad je to počelo, jer je bilo nešto s čime nismo upoznati, znači nitko ne zna. Ja trebam biti za njih neka potpora, njih smiriti, a ja sama ne znam s čime se sad susrećemo.“ (Ispitanica 4)

Iako je u tom trenutku objektivno nije postojala mogućnost preciznog predviđanja tijeka pandemije zbog nedostatka znanja o samoj bolesti, medicinske sestre koje su radile u izravnoj skrbi za korisnike bile su u visokoj mjeri izložene stresogenim čimbenicima.

Jedan od dodatnih izvora nesigurnosti bilo je i isticanje opasnosti od bolesti u medijima, što su ispitanice doživljavale kao pojačavanje straha i nesigurnosti. U tom kontekstu naglašena je potreba da službena zdravstvena tijela budu primarni izvor informiranja zaposlenika:

„Mislim da su mediji bili malo preoštri, pa nam se tu nabio još i taj strah, normalno. Onda ne znate niti vi kak bi reagirali, jel bi ušli u sobu ili ne bi, šta da radite... ja vjerujem da bi možda bilo lakše da je netko sa vanjske strane, tipa netko iz ministarstva ili netko odmah došao i objasnio nam cijelu situaciju ili barem netko o čemu se radi. Mislim da je trebalo.“ (Ispitanica 2)

Problem je predstavljala i prevelika količina, ali i kontradiktornost informacija koje su se brzo mijenjale, što je izazivalo frustracije i otežavalo organizaciju rada i komunikaciju s obiteljima korisnika.

„Ma nekad mi je bilo i previše informacija. Sad se ovako postupa, sad onako. Pa ne mogu ja to naučit, kroz tri dana promijenilo se ovako pa onako. Tako da je informacija bilo previše, hoćete radio, televiziju, pa mi međusobno, interno među sobom, hoćeš preko mobitela. Sad pravilo ovakvo pa onda onakvo. I danas nam je teško, što se toga tiče. Znači mi smo socijalna ustanova, imamo od epidemiološkog taj kodeks, čovjek kad ima koronu 10 dana on mora biti u izolaciji, 11. dan ga mi testiramo. Vi imate borbu sa familijom. Sedam dana, bolnica tupi sedam dana...“ (Ispitanica 7)

Tema 2.2. Organizacija rada za vrijeme pandemije COVID-19

Uz osjećaj gubitka kontrole nad procesima, radi percepcije neadekvatnog informiranja, ali i nedovoljnog znanja o sasvim novoj bolesti, medicinske sestre navodile su značajno povećanje obujma posla kao dodatni pritisak zbog kojeg nisu uvijek bile u mogućnosti pratiti sve nove informacije.

Kada sestre govore o promjenama u periodu epidemije kao dodatnim pritiscima, najviše ističu upravo povećanje obujma posla, dodatne zadatke koje su morale obavljati, otežano obavljanje poslova zbog zaštitne opreme te reorganizaciju radnog vremena provođenu radi smanjenja rizika zaraze ili smanjenih kapaciteta zaposlenika.

Uz osnovne zadatke opisane u dijelu o uobičajenoj dnevnoj rutini, sestre su iznijele i niz dodatnih zadataka uzrokovanih pandemijom. Prvenstveno su to bile dodatne intervencije i preventivne mjere vezane uz zdravstvena stanja korisnika, kao što su

pojačana mjerenja vitalnih funkcija, provođenje testiranja, pojačana komunikacija s nadležnim liječnikom i provođenje vizita te prilagodba terapija, primjena kisika kao i učestalije pozivanje hitne pomoći zbog lošeg stanja korisnika.

Rad u domovima u vrijeme pandemije značajno se promijenio u različitim dimenzijama, počevši od potrebe za izolacijom oboljelih korisnika, za što nisu uvijek postojali adekvatni tehnički preduvjeti. Primjerice, često je bio problematičan nedostatak prostora za odvojeno smještanje oboljelih korisnika:

„Jedno stručnjaci govore, a vi nemate ni prostorija. Gledate na televiziji i znate, ispadate bedasto. Gledate na televiziji sestre lijepo uđu, preobuku Covid odijela, uđu unutra, četiri sata budu, izađu van i dezinficiraju se i odmaraju se. A mi tu takvih prilika nismo imali, 80 ljudi pod koronom. Nisi znao kud ćeš. Obučesh ono radno odijelo, ideš iz sobe u sobu i gotovo. Sve je pod koronom.“ (Ispitanica 2)

U nekim domovima ustrojeni su posebni izolacijski odjeli, što je od zaposlenika iziskivalo organizaciju prostora u kratkom vremenu, te reorganizaciju rada popratnih službi kao što su spremačice, kuhinja i praonica. I u slučaju izolacijskih odjela spominju se neadekvatni tehnički preduvjeti za potpuno praćenje dobivenih naputaka:

„Imali smo dole, kako imamo stacionar, imamo 4 hodnika, onda smo jedan hodnik nekako vratima odvojili. Da nam to bude kao COVID-odjel i mislim, tu smo se nekako dosta dobro organizirali s obzirom kako je to sve bilo na brzinu.... Znači ta vrata isto nisu da je to hermetički zatvoreno, zrak je strujao tu. Stvarno smo pokušavali se pridržavati se.“ (Ispitanica 6)

Rad isključivo u izolacijskom odjelu bio je zahtjevan zbog odvojenosti od drugih kolega i izostanka pomoći drugih službi, što je osim povećanja posla predstavljalo i osjećaj izoliranosti i nedostatka podrške:

„Morali smo si sve sami organizirati. Znali su nas telefonom nazvati pitati, kako ste, šta ste, ali činilo nam se nekad da smo prepušteni sami sebi u svemu tome.“ (Ispitanica 5)

Kada su oboljeli korisnici bili izolirani u sobama, sestre su reorganizirale vlastiti rad tako da prvo obavljaju zadatke kod zdravih korisnika, potom kod suspektih i na kraju kod oboljelih, kako bi smanjile vjerojatnost prijenosa zaraze. Sestre su bile nadležne i za vođenje evidencije o oboljelim korisnicima, a s obzirom na smanjenje prisutnosti trećih osoba, morale su preuzimati i niz drugih poslova.

„Medicinska sestra doslovno je morala biti apsolutno sve, od domara koji će popraviti televiziju u jednom trenutku do socijalnog radnika koji će im nekad nešto donijeti, pa pakete jer doslovno nitko nije tu dolazio na tu stranu.“ (Ispitanica 1)

Zbog izostanka posjeta, sestre su dodatno angažirane u prijenosu informacija obiteljima korisnika i u pomoći oko komunikacije putem mobitela ili tableta. Također su sudjelovale u nabavi zaštitne opreme, nabavi aparata, edukaciji drugih zaposlenika, dok su istovremeno morale nositi posljedice nerazumijevanja i pritisaka od strane obitelji korisnika. Od mjera koje su smatrale opravdanim, ispitanice izdvajaju izoliranje bolesnika, nošenje zaštitnih odijela i učestalije praćenje parametara.

„Imalo je smisla, jer vi morate jedino s tim baratati. Šta ćete vi ako niste prošli koncentrador kome povisit kisik ako mu niste izmjerili. To ima smisla. Ujutro, popodne, procijenit, pratit koliko ću uopće slat kisik, kad morate birat jer tamo nema mjesta.“ (Ispitanica 11)

Sestre su navodile i poteškoće oko dugotrajnog rada pod zaštitnom opremom posebno kad je riječ o fizički zahtjevnom radu s nepokretnim korisnicima.

A pogotovo na stacionaru, kad su korisnici nepokretni, vi dakle u svemu tome morate napraviti njegu oko nepokretnog korisnika, znači izađete iz sobe i iz tog skafandera i možete se doslovno ići presvući.“ (Ispitanica 2)

„Znači, moje kolegice u bolnici nosile su odijela po četiri sata, presvlačile se i išle na zrak. Mi smo po 12 sati bile zatvorene u tim odijelima, nosili vizire, naočale pa na kraju više ništa niti ne vidite kroz njih.“ (Ispitanica 5)

Iako korisna u smislu sprječavanja širenja zaraze virusom, otežavajući faktor za obavljanje posla bila je obveza nošenja zaštitne opreme, uključujući zaštitna odijela, maske i vizire. Sestre navode teškoće u obavljanju same radne aktivnosti, ali i u komunikaciji i odnosu s korisnicima:

„Svi smo bili s tim vizirima, nitko nas nije ni prepoznavao. Tek kad smo skinuli vizire i krenuli po odjelima onda je onako... ljudi... A na Alzheimeru-oni vas znaju ili ne znaju.“ (Ispitanica 5)

„Udaljili smo se, strašno smo se svi udaljili. Na poslu se odmičete od korisnika na sve načine. Oni ne čuju, vi njih ne čujete. Nit on vama može kazati nit vi njega razumijete, ono kad nabijemo još te maskurine.“ (Ispitanica 7)

Mnoge sestre navode frustraciju procedurom oblačenja i skidanja zaštitne opreme i radom pod opremom:

„Mislim, dole je, sve smo to improvizirali, nismo imali neku prostoriju gdje se možemo oblačit, skidat. Znači, kad bi izašli iz tog hodnika mi smo još bili u tom odjelu. Znači, skidali se ispred i špricali po zraku s alkoholom.“ (Ispitanica 9)

Mali broj ispitanica istaknuo je i nedostupnost zaštitne opreme na početku epidemije.

Dio opterećenja koji se intenzivirao bio je i odnos i komunikacija s članovima obitelji korisnika, koji se donekle mijenjao ovisno o fazama pandemije i propisanim epidemiološkim mjerama, no svakako je bio intenzivnije opterećujući nego u razdoblju prije pandemije.

„Pritisak od familije, a zašto nije baka ovo, zašto ono. Taj dio je bio nama jako težak. Bili smo tada u pojačanom stresu. Nije zaživjela bolnica, dogodio se pad pa smo počeli jedni druge optuživati.“ (Ispitanica 5)

„Kad je sve bilo zatvoreno bilo je lakše. Kad smo malo otvorili., više nitko neće van. Više ni familija neće doći, a svi su brundali kako su zatvoreni, prigovor za sve. Najmanje s korisnicima imamo problema.“ (Ispitanica 3)

Tijekom najintenzivnijih perioda epidemije došlo je do značajnih promjena u organizaciji radnog vremena. Sestre su morale prilagoditi rad u timovima i višednevnim smjenama, često uz 24-satne smjene, što je zahtijevalo prilagodbu privatnog života i dodatni izvor stresa. Više medicinskih sestara spominje kontinuiranu neizvjesnost i brigu zbog nedostatka djelatnika i vlastitog obolijevanja ili obolijevanja članova obitelji.

„Takoreći pauze nismo imali, pa mi smo imali svi po 50 sati prekovremenih kroz taj prvi mjesec kad je baš probila nam korona u dom...“ (Ispitanica 9)

„To je odjednom 300 ljudi ostalo na dvije sestre u službi. A još zbog potresa, vi hodate u tom skafanderu šest katova, Skapavale smo. Doslovno više nismo mogle, imale smo grčeve u nogama, koristile smo kojekakve preparate. Da je potrajalo tako još malo-došlo bi do nekog kuršlusa.“ (Ispitanica 11)

U istraživanju je, osim pojačanog intenziteta posla zbog nedostatka djelatnika, bila naglašena i briga radi mogućeg dodatnog razvoja tog problema kao i posljedica na kvalitetu skrbi radi takve situacije.

„Problem je u tome što nas nema dovoljno. Zaista nas fali. Onda nemate vremena u toj brzini za pet minuta sjesti s nekim“ (Ispitanica 10)

„Ne znate tko će vam doći od kolega. I hoće li biti jedan novi zaražen ili deset. Jednom došli samo jedna sestra i ja. Od njegovateljica nitko. Glavna sestra i spremačica išle s nama u njegu. To je bilo ono, samo da ima netko tko će radit. Znaci, bilo je grozno. To je baš stresno. Ne znate ni hoće li vam tko moći pomoći, hoće li sve biti na vama.“ (Ispitanica 9).

Ukupno, iskustva sestara ilustriraju značajno povećanje radnog opterećenja, dodatne zadatke, reorganizaciju rada, no i emocionalni i fizički teret izazvan izolacijom korisnika, nedostatkom kadra, nošenjem zaštitne opreme i intenzivnijim i složenijim zahtjevima komunikacije.

Tema 2.3. Promjene kvalitete profesionalnih i privatnih odnosa/privatnog života

Medicinske sestre ističu da su okolnosti i promjene koje je donijela pandemija COVID-19 dovele do značajnog pada kvalitete života korisnika domova, posebno onih vitalnijih i aktivnijih. Ti korisnici su teško shvaćali prirodu bolesti i teško prihvaćali pridržavanje za njih ograničavajućih epidemioloških mjera, što je generiralo dodatne napore u komunikaciji i istovremeno zahtijevalo organiziranje poštivanja propisanih mjera. Sestre su pritom imale odgovornost za zdravlje i život korisnika, što je povećavalo emocionalni teret:

„I tako smo imali slučaj di je korisnica bila kontra svega, šta bi ona sad masku, šta mi nju maltretiramo, ovo, ono i na kraju je gospođa dobila koronu i preminula.“ (Ispitanica 6)

„Evo jedne korisnice baš iz ovog kata, znam da ona nikakvih simptoma nije imala i većina čak ih i nije bilo tak kritičnih i bili su stvarno ok. Samo ih je dosta ubilo to što je trebalo ono 14 dana biti u sobi i ne nigdje ići i to je njima katastrofa jer se ne mogu ni kretati i onda već tu malo propadnu još. A ona npr. ono baš vitalna i sve i ništa nije bilo ni temperatura ni apsolutno ništa, tako da ona nije uopće vjerovala da je pozitivna, pa je bilo da će nas i tužiti, pa da smo mi lažirali nalaze itd. Nema šanse je uvjeriti pa sam tako malo ostala s njom i to je isto dobrih 45 minuta prošlo samo da porazgovaram s njom.“ (Ispitanica 1)

Tijekom pandemije, organizirane zajedničke aktivnosti i posjete članova obitelji bile su ograničene ili ukinute. Sestre također navode izostanak podrške socijalne službe. Dio

ovog tereta preuzimale su same medicinske sestre koje su, u okvirima svojih mogućnosti i uz redovne poslove, preuzimale ulogu emocionalne podrške i animacije korisnika. Također, navode pad kvalitete socijalnih odnosa: i profesionalnih i privatnih te pad kvalitete života.

„Ne znam, prije je bio taj prostor socijalnog druženja, cure su i kolače znale peći, baš je falilo tog druženja, sve takve aktivnosti svele su se na minimum.“ (Ispitanica 4)

„Pa ta izolacija. Jednom smo po kavu htjele ići u dom kolegica i ja. Pa su nas ružno spriječili, ponašali se ko da smo kugu imali. Niti smo se podružiti mogle. Baš su nas razdvojili i odvojili od svega. Ko da nismo dio zajednice, ko da smo u svemiru.“ (Ispitanica 5)

Osim profesionalnog tereta, promjene su utjecale i na kvalitetu života sestara u privatnom kontekstu, stvarajući osjećaj izolacije, iscrpljenosti i emocionalnog tereta radi odvojenosti od obitelji.

„Ja nisam nigdje mogla maknuti iz Bjelovara, mama i sve to mi je bila briga.. Pa onda ni jedan vlak nije vozio. Nitko nikoga nije htio vozit. Toliko tih stvari, evo. Ne ići doma po ne znam koliko. Kolege odu na bolovanje pa morate još jedan tjedan. Nije bilo drugog načina.“ (Ispitanica 4)

„Budem jako umorna, kod kuće kiksam, na poslu dam sve od sebe, onda kod kuće ne mogu.“ (Ispitanica 5)

Značajno se isticala upravo socijalna izolacija kao nešto što je jako emocionalno pogađalo medicinske sestre.

„Udaljili smo se svi. Udaljili smo se i u familiji. Ja sve od tog straha, nit i braći niti sestrama se nisam obraćala.“ (Ispitanica 7)

„Ružno je bilo biti izoliran tu. Ono, moja curica mi dođe na prozor, donese vodu hranu, kaže: jooj, kad ćeš izaći jer je to taman za vrijeme blagdana, Božić. Ni kolače nije imala. Pa mi kaže. „Ah, još jedan Božić uništen.“ (Ispitanica 5)

Medicinske sestre ističu da su epidemiološke mjere, ograničenja i povećani zahtjevi imali značajan utjecaj kako na kvalitetu života korisnika, tako i na psihofizičko stanje zaposlenika, što je dodatno doprinosilo emocionalnom opterećenju i potencijalnom riziku od profesionalnog sagorijevanja.

Tematska cjelina 3. Emocionalna iskustva i zaštitni čimbenici povezani s pandemijom COVID-19

Posebnu tematsku skupinu čine emocionalni doživljaji koji su djelovali kao dodatni izvori stresa tijekom epidemije te čimbenici koje su medicinske sestre prepoznale kao zaštitne u suočavanju sa stresom. Promjene i prilagodbe u radnom procesu, osim što su povećavale fizičku iscrpljenost, imale su i značajan emocionalni utjecaj. Iskustva koja su u tom periodu bila intenzivnija nego u svakodnevnom radu, kao i emocionalni doživljaji vezani uz potpuno nove situacije, mogu predstavljati ključne čimbenike u pojavi radnog stresa i sindroma profesionalnog sagorijevanja.

Kvaliteta života tijekom pandemije COVID-19 i potresa bila je, prema našem istraživanju, smanjena. Medicinske sestre su prilikom osvrta na taj period učestalo isticale dodatni emocionalni teret. Različite okolnosti izazvane epidemijom u profesionalnom i u privatnom kontekstu, negativno su utjecale na kvalitetu života te dodatno pojačale emocionalno iscrpljivanje.

U okviru ove tematske cjeline identificirane su dvije ključne teme: Emocionalni teret epidemije i Zaštitni čimbenici u suočavanju sa stresom. Analiza ove tematske cjeline prikazana je u Tablici 30.

Tablica 30. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani s pandemijom COVID-19

Tema	Podtema	Kodovi
1. Emocionalni teret epidemije	Dodatni doživljaji stresa	Neizvjesnost kakvo će biti zdravstveno stanje korisnika - Grč u želucu zbog znanja da će biti težak dan s Covid bolesnicima - Izbjegavanje od strane kolega zbog rada na odjelu izolacije - Pitali su se kad će sve to završiti i već su na posao dolazili psihički umorni - Posao je više bio opterećenje nego ispunjavao - Neizvjesnost tko će od kolegica doći raditi (a tko se razbolio) - Brojne privatne brige izazvane epidemijom zbog kojih su zaposlenici bili pod dodatnim stresom - Neznatan utjecaj epidemije - Odlazak na posao tijekom epidemije nije bio stresniji - Najteže je bilo u periodu kad je obolio velik broj korisnika - Obim i intenzitet posla nije dozvoljavao da razmišljaju o tome kako se osjećaju ili o vlastitim problemima

Tema	Podtema	Kodovi
	Strah i neizvjesnost	Strah i neizvjesnost na početku epidemije - Strah da će biti prijenosnice zaraze u radnoj ili privatnoj okolini - Izostanak stručne psihološke pomoći- Zdravstvena stanja korisnika - Velik broj zaraženih korisnika
	Umiranje korisnika	Nemoć da se pomogne korisniku - Učestalo pozivanje hitne pomoći zbog lošeg zdravstvenog stanja korisnika - Povećan broj umrlih - Umiranje korisnika s kojima su se još više zbližile
	Osjećaj emocionalne iscrpljenosti	Osjećaj iznimne iscrpljenosti - Cijeli dan ispunjen samo radom – Depresivnost - Gubitak društvenog života i demotiviranost - Poteškoće u osnovnom svakodnevnom funkcioniranju radi iscrpljenosti
	Ostala emocionalna proživljavanja	Potres i pandemija u kombinaciji su bili jako stresni - Problemi sa smještajem korisnika i zaštitnom opremom - Teškoće u komunikaciji s korisnicima povezane s epidemiološkim mjerama - Emocionalni utjecaj situacije na privatni život
	Izostanak psihološke pomoći	Potreba za razgovor sa stručnjakom - Potreba za organiziranom edukacijom (tribinom)
2. Zaštitni čimbenici	Podrška u radnom okruženju	Odlazak na posao bio je manje stresan kada je u smjeni bila kolegica od povjerenja - Kolegice su međusobno razgovarale i pružale si podršku - Osjećaj familijarnosti - Potrebe korisnika davale su energiju i motivirale za rad - Povezanost među kolegicama - Gesta poštovanja prema sestri od strane liječnika hitne pomoći - Podrška suradnih institucija - Psihološka pomoć – tamo gdje je pružena pokazala se korisnom
	Podrška u privatnom okruženju	Obitelj (partner, mama, svekrva, brat, odrasla djeca) – Prijateljice - Priprema obroka – Razgovor - Druženje i zajedničke opuštajuće aktivnosti - Vožnja s posla - Pomoć oko djece - Pomoć oko kućanskih poslova - Ohrabivanje i emocionalna podrška - Iskazivanje poštovanja i empatije
	Ostala pozitivna iskustva	Međusobno zbližavanje korisnika tijekom pandemije - Korisnici koji su se oporavili, a mislilo se da neće uspjeti - Korisnici koji nisu teško oboljeli / nisu se zarazili - Najteže je bilo na početku epidemije, postalo je lakše kad je uspostavljena nova rutina - S vremenom prihvatite situaciju, odradite posao i čim prije izađete s posla - Pozitivan učinak cijepljenja

Tema 3.1. Emocionalni teret epidemije

Epidemija COVID-19 značajno je utjecala na emocionalna stanja i osjećaje vezane uz posao kod većine ispitanih sestara. Odlazak na posao u periodu epidemije izazivao je znatnu nelagodu, što zbog očekivanja zahtjevnog radnog dana, što zbog neizvjesnosti oko zdravstvenog stanja korisnika i dolaska kolega na posao.

„A stresan, ne znate šta vas danas čeka, hoće li biti jedan pozitivan, hoće njih 10 bit pozitivnih. Mislim, tko će vam doći od kolega, hoće vam imat tko doći u smjenu. Jedan dan smo došli ja i jedna sestra, od njegovateljica nitko.“ (Ispitanica 9)

Cijeli period pandemije COVID-19 nije bio jednako zahtjevan za sestre. Najintenzivniji, emocionalno i fizički, bili su dva perioda: početak kada su se tek uspostavljala nova pravila organizacije rada te period najvećeg broja oboljelih u domu. S vremenom, usvajanjem novih rutina i prilagodbom na novonastalu situaciju, rad je postao nešto lakši.

„Definitivno je bilo gore na početku, nešto s čime nismo upoznati, znači nitko ne zna. Stvarno, ta tri prva mjeseca, ja sam došla na bankomat, ja svoj PIN nisam znala, ja sam toliko bila izvan sebe. Ne samo ja, sve kolege, glavna sestra.. Evo, ne bih to nikad ponovila. Sva sam se naježila dok pričam o tom – Stvarno užasno, nešto užasno.“ (Ispitanica 4)

„U svakom slučaju naporno i dosta stresno, pogotovo 1. val. testiralo se bogovski, ali kada vama to krene u rutinu, poslije je bilo: na brzinu se obučeš, kreneš, jedna drugu smo oblačile, bilježila imena na odjela...“ (Ispitanica 10)

Tijekom epidemije, sestre su često isticale obolijevanje korisnika i pogoršanje njihovog zdravstvenog stanja, što je zahtijevalo intervencije i pozivanje hitne pomoći, koja prema njihovoj percepciji, nije uvijek adekvatno reagirala. Neizvjesnost oko razvoja zdravstvenog stanja korisnika, a ponekad i njihovo umiranje, predstavljala je značajan emocionalni teret.

„To da čovjeku ne možeš pomoći. Par dana promatrate i onda kad vidite da je ta saturacija loša onda zovete i hajde onda hitna dođe i bolnica onda nema izbora.“ (Ispitanica 11)

„Čovjek ima halucinacije i strahove. Ja vidim da nešto nije u redu. Kažem -čudno se ponaša. Zoveš hitnu-oni izmjere parametre-kažu da je u redu. Vrlo brzo počne padati saturacija i kroz par dana čovjek umre. Kolikogod ljudi bili protiv cijepljenje- cijepljenje je pomagalo. I Ovi koji su preboljeli, djelatnici, kolege mnogi su rekli da su se s dušom rastajali, temperature koje se ne daju skidati, svaki čas imali osjećaj da će se ugušiti.“ (Ispitanica 7)

Pojedine sestre negiraju negativan emocionalni utjecaj epidemije, navodeći da su nove zadaće prihvatile kao i dotadašnje sestrinske obaveze, a obujam i intenzitet posla im nisu ostavljali prostora za razmišljanje o vlastitim osjećajima.

„Iskreno nisam ja bila nešto posebno potištena, dolazila sam svaki dan na posao kao da je drugi dan, kak bi vam to rekla. Svaki dan su bila drugačija dešavanja, više čovjek nije ni o tome razmišljao. Mi kad smo došli na posao, to se sto stvari dogodilo odjednom i više čovjek stvarno ne razmišlja.“ (Ispitanica 11)

Ovaj fenomen može se tumačiti kao i disocijacija, psihološki mehanizam kojim osoba privremeno „isključuje“ svoje emocije kako bi se zaštitila od preplavljujućeg stresa i iscrpljenosti, uključujući gubitak emocionalne povezanosti i distanciranje od okoline. Neke sestre također navode gubitak volje i rezignaciju u odnosu na posao i korisnike:

„Pa postajalo je to baš onako bezvoljno, totalno bezvoljno kad sve to dodatno opet moraš svaki dan. Aha, opet imaš 20-ak ljudi, tko zna što će kome biti, hoćeš imat hitni, hoće nekoga odvest. Tako da baš nekako izgubiš volju za taj neki period, kolikogod želiš pomoć, izgubiš volju te imaš i četvrti i treći kat, može te zvati i s prvog i drugog. Sve jako teško. Nisam se mogla više ni našaliti. Ništa.“ (Ispitanica 8)

„Kad se sjetim tog COVID-a, iako jako volim svoj posao, volim pomagati. evo, otkaz bih dala u tom trenutku.“ (ispitanica 4)

Sestre su često izražavale strah da će postati prijenosnici zaraze za korisnike ili članove vlastitih obitelji. Ponekad izražavaju da je taj strah bio veće opterećenje, nego obim posla i duljina radnog vremena. Nedostatak psihološke pomoći pojačavao je intenzitet ove emocije.

„Brinut se stalno da li mogu otići mami doma. Moram ju obići, a ne znam je li to dobro za nju, za mene. Evo, ne znam što mi je bilo gore od toga svega, biti na poslu 15,16 sati još je najmanji problem od svega.“ (Ispitanica 4)

„Pa da, taj neki strah s početka kad je krenula ta korona, ljudi umiru, pa ovoliko zaraženih pa onoliko pa vam je strah prisutan. Pa da ne donesete doma, pa baka, svekrva je bolesna, pa se opet bojite da ne bi njoj.“ (Ispitanica 10)

„Ideš raditi, moraš pomoći, a uvijek taj strah da ćeš se zaraziti. Eto to je to.“ (Ispitanica 7)

Posebno stresno bilo je umiranje korisnika, koje je bilo učestalije nego prije pandemije. Dodatno emocionalno opterećujuće je bilo proživljavanje patnje korisnika bez prisutnosti bližnjih. Uzastopnost emocionalnog proživljavanja i nedostatak vremena, vještina i stručne podrške/psihološke pomoći potrebne za emocionalni oporavak predstavljali su značajan psihološki teret i dovodili su do emocionalnog iscrpljivanja.

„Pa bilo je njih dosta, u svaku sobu u koju ste ušli više-manje su umirali. Da, od Covida. Mislim to su sve 90, dvije, tri, četiri plus, ali imali smo dosta njih, jedan period je baš bilo grozno“. (Ispitanica 4)

„Bilo mi je žao. Gospođa je umirala od bolova, draga, draga ženica i dok je došla hitna već je bila na smrti I onda kad vas pozove, imenom i prezimenom i kaže-ja više ne mogu..Teško je to.“ (Ispitanica 5)

Također je opterećujući bio i osjećaj neizvjesnosti povezan s tijekom bolesti i pogoršanjima stanja korisnika.

„Početak je bio strašan. Ljudi su umirali. Čini se da su vitalni parametri u redu-a čovjek za par dana umre.“ (Ispitanica 7).

Neke ispitanice naglašavaju i ulogu koju su imale u procesu skrbi o umirućim klijentima koja, radi propisanih mjera nije bila produljenja sa članovima obitelji i tim je značajnije doprinosila emocionalnom iscrpljivanju.

„Ne znam, onda su svi umirali sami. Samo mi iz zdravstva uz njih, u dobru i u zlu. Mi smo bili ta zadnja ruka koja će njih primiti prije smrti. Puno je tu problematike. Velim, ostavilo je to traga“ (Ispitanica 6)

Sestre su u intervjuima zorno opisivale dugotrajna fizička i emocionalna opterećenja, uz stalnu izloženost kriznim situacijama i nedostatku adekvatne podrške.

„Stvarno smo više bili ko zombiji, blijedi, nikakvi, jadni, ali svi su se opet trudili da daju tu zadnju ruku i sve. Stvarno je sve ljudski odrađeno. Ali da je ostavilo posljedice nas sve nas-je.“ (Ispitanica 4)

„Mislim da ova vrsta posla u, kao u našoj ustanovi najviše iscrpljuje“ (Ispitanica 6)

Medicinske sestre opisivale su jačinu i kompleksnost kombinacije fizičkog i psihičkog umora, navodeći potpuno iscrpljenje i stanje koje i opisuju kao depresiju i uznemirenost.

„I onda mi jurimo, ne znamo više ni normalno hodati, ni pričati.“ (Ispitanica 2).

„Osjećala sam se premoreno, uznemireno, depresivno. Nismo imali vremena za sebe, kad dođeš kući samo tuširanje i spavanje. Ništa drugo i nikakve društvene aktivnosti. Sve nas je psihički izmorilo, mislim. Cijela pandemija trajala je dvije godine“ (Ispitanica 9)

Dio uznemirenosti vezuju uz provođenje epidemioloških mjera, probleme sa smještajem oboljelih korisnika, otpor korisnika prema epidemiološkim mjerama te nošenje zaštitnih odijela.

„Pogotovo ovdje kad je krenula epidemija u domu, pa svaki dan po 5,6 korisnika je bilo pozitivno, pa ne znate di bi s njima. Pa onda oblačenje, skidanje..“ (Ispitanica 2)

„Djelovalo je to na psihi, njihovu, našu. Dosta su korisnici bili anksiozni, depresivni. Nemaju više posjete. Vi njima ne možete objasniti što je COVID, kako da razumiju što je sad to..I još taj potres. Sve je to emotivno djelovalo.“

Dodatni stres pojačao je i potres kao intenzivan i nenadan događaj:

„Taj 1. dan kad smo dolazili, prvi dan je bio potres. To sam bila s kolegicom na mostu, čuli smo neke zvukove, nismo znali šta se događa, svi smo bili pod šokom. Jer zbog Covida nismo svi nadošli sebi, zašto moramo ostajat u domu, ne možemo kući ići spavat, već nam je to bio onako poprilični sok, onda taj potres.“

Neke sestre istaknule su potrebu za stručnom psihološkom pomoći u kriznim situacijama, edukaciju o suočavanju sa stresom i razgovor sa stručnjakom:

„A ja sam inače osoba, nisam pod nekim stresom velikim, ali ipak je bilo faza kad sam predlagala sastanak s nekim da popričam, nekim neutralnim jer toliko toga je u meni što ne pokazujem, a pritisak je velik. (Ispitanica 6)“

„Trebalo je organizirati više stručne pomoći, psiholog, neka tribina pa makar čule dvije sestre pa će to prenijeti dalje. To nam je trebalo. (Ispitanica 2)“

Tema 3.2. Zaštitni čimbenici

Olakšavajuće i zaštitne čimbenike sestre su pronalazile i na poslu i izvan njega.

Analiza intervjua pokazala je kako je podrška u radnom okruženju imala ključnu ulogu u nošenju s izazovima pandemije. Očituje se kroz motivaciju koju sestre crpe iz korisnika i međusobnih odnosa, osjećaj poštovanja i suradnje među kolegama, snažan

timski rad te suradnju sa širim zdravstvenim sustavom, uključujući formalno organiziranu psihološku podršku.

Medicinske sestre ističu da ih je u radu motivirao osjećaj da su korisnicima u tom razdoblju bile potrebnije nego ikada. Dodatno, međusobna potpora i suradnja kolega pomogle su im da lakše podnesu zahtjevnu svakodnevicu. Jedna ispitanica opisuje:

„Mi smo si nekako pomagali međusobno, bili smo si podrška. Zbog epidemije smo bili podijeljeni u timove. Pa smo si organizirale što smo mogle u pauzama posla da se nekako motiviramo. Jedna je znala raditi nokte, druga praviti frizure. Gledali smo i neki film zajedno ako se i koliko se moglo zbog mjera. To nam je pomagalo.“ (Ispitanica 6)

Slično tome, druga ispitanica naglašava veliku povezanost u timu koja se razvila tijekom rada u vrijeme kriznog razdoblja.

„Bilo je dobro što smo tu bili jedni za druge. Taj osjećaj familijarnosti u tom razdoblju nas je nekako štitio.“ (Ispitanica 5)

Kao pozitivno iskustvo istaknuto je i međusobno poštovanje i empatija među kolegama:

„Kolege, stvarno, ne bih ih mijenjala nizašto. Puno poštovanja i empatije kad nam je teško. Tako da se osjećam veoma zbrinuta.“ (Ispitanica 4)

Pojedine sestre opisale su i suradnju s drugim zdravstvenim djelatnicima, primjerice s liječnicima hitne pomoći.

„Sjećam se lijepo zgrade kad je doktor iz hitne došao da voze gospođu u bolnicu pa sam mu ja htjela pomoći, a on mi nije dao – rekao je da. Sam ću ja nju staviti u kolica, ništa ne brinite. To poštovanje i pomoć – baš mi je to bilo lijepo.“ (Ispitanica 11)

Uz podršku unutar ustanove, važna je bila i suradnja sa širim zdravstvenim sustavom, uključujući voditelje odjela, glavne sestre, ravnateljicu i epidemiologe, kao i institucije poput Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i Doma zdravlja:

„Uvijek su voditelji, voditelj odjela je uvijek s nama, pa i kad radi do tri – produži, pa glavna sestra, mi smo svi tim jedan, mi to izvlačimo između sebe. Preuzimamo uloge. I ravnateljica nam je bila na usluzi. I epidemiolozi. Nije bilo ni jednog dana da nismo imali njihovu podršku od jutra. Uvijek je bio s nama. Znači ujutro nas je zvao tko je od jučer negativan tko pozitivan. To je bilo nešto fantastično. Slanje uzoraka, podrška Štampara

stvarno velika. Znači – imamo i te vanjske suradnike koji nam pomažu, predlažu mjeru, dostupni uvijek. I Dom zdravlja Centar i Štampar. Stvarno velika podrška Informacije ako treba svaka dva, tri sata se jave. To stvarno funkcionira.“ (Ispitanica 11)

Zaštitni mehanizmi unutar timova, poput rješavanja problema odmah na radnom mjestu, pomagali su očuvanju psihičkog zdravlja:

„Rijetko kada se diže koga iz slobodnog, tako da ovo što se doma nosi nosi se, ali samo za prvo vrijeme. Gledali smo da ne uznemiruju ljudi doma, a kad se dogodi neki problem da se to riješi odmah: baš iz razloga da ne nastane konflikt ili da se ne nosi posao doma. Taj dio umanjuje pritisak da plivamo kroz sve dane dalje.“ (Ispitanica 11)

U pojedinim ustanovama organizirana je i formalna psihološka podrška djelatnicima:

„Nama je ravnateljica organizirala sastanke s jednom psihologicom. Bilo je virtualno zbog epidemije, ali i količine posla. No svejedno – to nam je jako pomoglo. Bila nam je baš podrška.“ (Ispitanica 1)

Jedan od važnih izvora otpornosti bio je i podrška izvan radnog okruženja, uključujući partnere, članove obitelji i prijatelje, kroz emocionalnu potporu, ali i konkretne oblike pomoći u svakodnevicu:

„Meni je dosta bilo da dođem doma, da mi dečko skuha kavu, napravi nešto, pita me kako sam – to mi je već liječilo dušu.“ (Ispitanica 4)

„Brinula sam se za mamu, ali mama sve to vraća, dečko također, brat ne moram ni reći.“ (Ispitanica 8)

Sestre su istaknule i pozitivne aspekte rada tijekom pandemije, poput zbližavanja i povezivanja korisnika u izolaciji, jačanja suradnje među zaposlenicima te uspješnih ishoda kod korisnika:

„A onda ima ih koji su preboljeli Covid a bili su jako bolesni. Mi smo mislili da će umrijeti, plućne bolesti i sve, i oni su preživjeli i još su živjeli dvije godine, odnosno do sad.“ (Ispitanica 4)

Proces prilagodbe zaposlenika doveo je i do promjene u doživljaju težine situacije:

„Najteže je bilo na početku epidemije, postalo je lakše kad je uspostavljena nova rutina. S vremenom prihvatite situaciju, odradite posao i čim prije izađete s posla.“ (Ispitanica 2)

Posebno je istaknuta povezanost među korisnicima razvijena uslijed izolacije:

„Jedino pozitivno što ja smatram pozitivnim od te korone, da su se korisnici između sebe uspjeli povezati baš zbog te izolacije.“ (Ispitanica 8)

Tematska cjelina 4. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani s potresom

Medicinske sestre su u svojim iskazima opisale emocionalne reakcije koje su doživjele tijekom potresa, uključujući strah za vlastiti život, život članova obitelji, korisnika i kolega, te tjeskobu zbog mogućih novih potresa i učestalih podrhtavanja tla. Uz to, naglašavale su visoku razinu iscrpljenosti kao posljedicu istovremene izloženosti potresima i pandemiji. Sestre su također opisale promjene u organizaciji posla, dodatno psihološko opterećenje te načine podrške koji su im pomogli u suočavanju sa stresnom situacijom.

U analizi intervjua identificirane su ključne teme: Emocionalni stres i sagorijevanje, Organizacijski problemi, Zaštitni mehanizmi u suočavanju sa stresom. Analiza ove tematske cjeline prikazana je u Tablici 31.

Tablica 31. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani s potresom

<i>Tema</i>	<i>Podtema / Kodna cjelina</i>	<i>Kodovi</i>
1. Emocionalni stres / sagorijevanje	Strah za vlastiti život i članove obitelji	Strah koji ne mogu opisati - Strah za život - Strah da će se dogoditi opet - Strah što se dogodilo doma ako su bile na poslu - Strah za djecu - Strah da djeca ne budu u liftu za vrijeme potresa
	Strah za korisnike i kolegice	Strah za kolegice koje su na poslu - Strah za korisnike - Strah za nepokretne korisnike - Osjećaj bespomoćnosti - Uznemirenost kada bi se potres mogao opet dogoditi
	Iscrpljenost / tjeskoba	Uznemirenost zbog aplikacije i stalnih razgovora o potresu - Iscrpljenost radi emocionalnih proživljavanja, Poteškoće sa spavanjem - Dvostruki stres radi potresa i pandemije - Iscrpljenost radi emocionalnih proživljavanja, stalnih promjena i prilagodbi - Iscrpljenost radi povećanog obima posla

<i>Tema</i>	<i>Podtema / Kodna cjelina</i>	<i>Kodovi</i>
	Emocionalni doživljaj patnje korisnika	Najteže je bilo gledati strah u očima nepokretnih ili polupokretnih Emocionalno proživljavanje kada bi ih panično dozivali - Emocionalno proživljavanje strah korisnika od budućih potresa - Teže je bilo vidjeti njihov strah nego proživjeti svoj
2. Organizacijski problemi	Problemi u postupanju	Evakuacija korisnika - Evakuacija nepokretnih korisnika- Postupanje s osobama s demencijom - Korištenje lifta i zajedničkih prostorija - Teškoće u organiziranju posla i evakuacije u skladu s epidemiološkim preporukama - Nedostatak jasnih protokola u postupanju
	Nedostatak djelatnika / povećan obim posla	Puno rutine i administracije - Povećan obim posla zbog istovremene pandemije - Smanjen broj djelatnika zbog izolacija i obolijevanja - Obavljanje poslova koji nisu sestrinski radi potresa i pandemije
3. Zaštitni mehanizmi u suočavanju s potresom	Podrška i pomoć u radnom okruženju	Podrška kolegice u smjeni - Osjećaj familijarnosti i zajedništva - Organiziranje zajedničkih relaksirajućih aktivnosti - Podrška nadređene sestre - Organiziranje psihološke pomoći i edukacija
	Podrška i pomoć u privatnom okruženju	Razgovor i emocionalna podrška članova obitelji / kućanstva - Podrška članova obitelji preuzimanjem kućanskih poslova i obaveza - Podrška prijatelja kroz razgovor i druženje - Provođenje slobodnog vremena kroz hobije

Tema 4.1. Emocionalni stres/ sagorijevanje

Medicinske sestre domova za starije osobe tijekom potresa doživjele su intenzivan strah za vlastiti život, život članova obitelji, korisnika i kolega. Strah je bio prisutan akutno tijekom samih potresa, ali i kronično zbog mogućih budućih podrhtavanja tla, što je dodatno pojačavalo osjećaj tjeskobe i iscrpljenosti.

„Ne mogu točno definirat taj strah od potresa. To je duboki, iskonski strah.“ (Ispitanica 7)

„Jako me uplašio taj potres. Možda zato što sam spavala. Najgori je taj osjećaj da ne možeš ništa poduzeti i nikako utjecati. Bilo me strah da će se sve srušiti na nas, cijela zgrada, da ne hoćemo li izaći. U biti te strah hoćeš li ostati živ ili nećeš.“ (Ispitanica 10)

„Onaj prvi potres, bila sam na poslu u noćnoj smjeni. Odjednom se sve trese. Noge vam se oduzmu, ne znate što dalje. Bio je prisutan strah, veliki strah, pogotovo zbog dvoje male djece doma. Težak period privatno i poslovno. Pogotovo privatno.“ (Ispitanica 2)

Sestre su izrazile i strah za radne kolegice i korisnike, osobito nepokretne i osobe s demencijom:

„Za vrijeme potresa bila sam s kolegicom, i ona se prestrašila, jako je plakala. Kolegice kojim je srušena kuća – plakale su cijeli dan. Pokušavate biti podrška i potpora, zabrinute ste za njih, a mislite da, zapravo tada to ništa ne znači, da ne možete pomoći.“ (Ispitanica 9)

„Ja sam bila na četvrtom katu kad je udarilo, prestrašila sam se za korisnike, onda sam vidjela korisnice kako trče, pa smo se sakrile dole.. Trebala im je psihološka pomoć. A opet sve ostalo medicinskim sestrama.“ (Ispitanica 10)

„Bilo je baš strašno, ali ja sam se više zabrinula za kolegice i korisnike. Uglavnom sam jaka, idem dalje, ne razmišljam puno.“ (ispitanica 8)

Iscrpljenost i tjeskoba bile su snažno prisutne, pojačane stalnom neizvjesnošću, osjećajem bespomoćnosti i dodatnim izvorima stresa uzrokovanih pandemijom COVID-19.

„Za vrijeme potresa se osjećaš kao da ništa ne značiš na ovom svijetu, kao da si mrav. Ne misliš da se tako nešto može dogoditi, a onda se dogodi i osjećaj se potpuno bespomoćno. (Ispitanica 10)“

„Svima nam je bio taj strah, bez obzira koliko godina imamo, svima nepoznanica do tada. A ne znaš hoće li doći novi, kada će doći, koliko će biti jak. Trzali smo se na svaku buku, na pomak kreveta. i te aplikacije za predviđanje potresa i stalno pričanje o tome. To također iscrpljuje. Pa je većina nas maknula aplikacije.“ (Ispitanica 4)

„Da, ipak su to dva velika stresa. Taj dodatni pritisak na nas. Uz pandemiju... hoće se ponovo, dogoditi, kad će se dogoditi? Iscrpljujuće, uz redovan rad.“ (Ispitanica 6)

Tijekom intervjuiranja, medicinske sestre navodile su i različite manifestacije utjecaja potresa na fizičko i psihičko zdravlje.

„Nisam mogla spavati. Ma kakvo spavanje? Čula sam svaki okret u krevetu, svaki šum. Stalno vam se vrti po glavi da li će ponovo.“ (Ispitanica 2)

“I kako se osjećaš? Premoreno, izmoreno, depresivno, anksiozno.” (Ispitanica 9)

Posebno je naglašena empatija sestara prema patnji korisnika, koja je dodatno povećavala emocionalni teret.

„Jako se osjetio taj potres. Bakice su počele vikati da će ih zatrpati - to me jako pogodilo. Sjela sam jednoj u krilo, grlila ju, ljubila i govorila da neće. Teško je bilo vidjeti taj strah u očima.“ (Ispitanica 11)

„I taj dan kad je jako zatreslo, nije to kao epidemija. Ne možete se pripremiti, ne možete ništa dok se ne dogodi. Kad je zatreslo, bila sam s korisnicama. One su sve izletile van, sve su bile na meni. I tješila sam ih i savjetovala kako da o tome ne razmišljaju. Ali, njima je bilo prestrašeno.“ (Ispitanica 6)

Sestre su patnju korisnika kojoj su bile izložene navodile kao značajniju i od vlastitog straha.

„Pogotovo ne mogu zamisliti kako je to bilo korisnicima. Gledaš sve se trese oko tebe, a ne možeš ruke pomaknuti, to je još gore od tvog straha.“ (Ispitanica 8)

Tema 4.2. Organizacijski problemi

Medicinske sestre učestalo su isticale poteškoće u organizaciji posla tijekom potresa, osobito u evakuaciji nepokretnih korisnika i korisnika s demencijom, u skladu s epidemiološkim mjerama, te su naglašavale nedostatak osoblja, što je dodatno otežavalo rad, osobito u uvjetima pandemije.

„Kad su stali liftovi, trebate vi ljude vući dolje. Idete ih spašavati, namučite se, a na kraju se čini da nisi napravio dobro djelo nego bi bolje bilo da ostanu unutra. A opet ako ostanu ...“ (Ispitanica 7)

„Bila je panika za korisnike. Kako ćeš ih izvući van, a ne možeš ih ostaviti. Onda organizacija, odmah smo ih spuštali dolje ako se moglo. Neki su ostali na terasi. Onda smo ih morali zbrinut da im ne bude hladno. Pa kako ih opet vratiti nazad... Za one

koje su ostali unutra, stalno smo ulazile i izlazile, unatoč preporukama da se to ne radi.“ (Ispitanica 4)

„Teško je bilo organizirati rad u tim uvjetima, razdvojiti, sve je drukčije, hrana je dolazila izvan doma. Na stacionaru je bilo posebno teško... nema prostora gdje se objeđuje, sve je u bolesničkoj sobi. Svaki put dezinfekcija uz te evakuacije... sve na onih 60 centimetara. Pa još kad ne radi lift zbog potresa. Ili kako to organizirati da ne zapnete u liftu i vi i ručak. To su nam pomogli vanjski sur.. Ne nekakvi inženjeri, nego ljudi iz zdravstva. Nekad smo mi išli jednim liftom, ručak drugim. Imali smo razrađene strategije.“ (Ispitanica 11)

Nedostatak djelatnika i povećan obim posla dodatno su opterećivali medicinske sestre, čime su korisnici bili zakinuti za individualnu pažnju.

„Ono što je moja spoznaja za vrijeme ove krize je da su korisnici zakinuti jer mi nemamo dovoljno radne snage, ne samo u mom segmentu, nego u svemu što treba korisniku. Kad me zaustavljaju, da imam bar pet minuta vremena porazgovarati s njima – jer oni su živa bića i stari, istrošeni, a vi često nemate vremena jer posao trpi, puno rutine, kao na traci, manje vremena za malo se njima posvetiti, našaliti, pitati što žele obući... Eto to o mi se ne sviđa na ovom poslu. Golem je to opseg posla, veliki broj ljudi za ionako malo radnika, pa još bolovanja i radi epidemije. I još kako organizirati evakuacije, a ne zanemariti epidemiološke mjere. Puno organizacijskih problema.“ (Ispitanica 9)

Medicinske sestre višekratno su naglašavale potrebu za organiziranim intervencijama i stručnom pomoći, uključujući psihološku podršku, edukaciju o suočavanju sa stresom i mogućnost razgovora sa stručnjakom.

„A ja sam inače osoba, nisam pod nekim stresom velikim, ali ipak je bilo faza kad sam predlagala sastanak s nekim da popričam, nekim neutralnim jer toliko toga je u meni što ne pokazujem, a pritisak je velik.“ (Ispitanica 6)

„Trebalo je organizirati više stručne pomoći, psiholog, neka tribina pa makar čule dvije sestre pa će to prenijeti dalje. To nam je trebalo.“ (Ispitanica 2)

Tema 4.3. Zaštitni mehanizmi u suočavanju s potresom

Medicinske sestre isticale su niz zaštitnih čimbenika koji su im pomagali u suočavanju s kriznom situacijom, bilo da se radi o pandemiji COVID-19 ili potresima. Ključnu ulogu odigravala je podrška kolega, solidarnost među zaposlenicima, pomoć obitelji i prijatelja te organizirana psihološka podrška i edukacija o nošenju sa stresom.

Podrška radnog okruženja bila je posebno značajna. Sestre su navodile međusobni razgovor, zajedničko suočavanje s problemima, organiziranje opuštajućih aktivnosti i formalnu psihološku pomoć kao ključne načine podrške.

„Puno nam je pomogao međusobni razgovor. Kad imate potres i onda umrlog u liftu... morate ga transportirati u mrtvačnicu, drugi čekaju da izađu... Jako stresno. Treba to podijeliti s nekim, pričati. Ne jedan dan. Tri dana. I s kolegicama i dežurnom sestrom i s glavnom sestrom.“ (Ispitanica 11)

„Nama je ravnateljica organizirala sastanke s jednom psihologicom. Bilo je virtualno zbog epidemije, ali i količine posla. No svejedno – to nam je jako pomoglo. Bila nam je baš podrška.“ (Ispitanica 1)

Podrška u privatnom okruženju također se pokazala ključnom za očuvanje psihičkog zdravlja. Sestre su naglašavale važnost pomoći obitelji i prijatelja u svakodnevnim obvezama, kao i emocionalnu potporu:

„Pomogla mi je obitelj puno. Posebno brat i dečko. Važno vam je da znate da je netko privatno tu za vas – da će biti skuhan, pospremljeno dok vi odrađujete svoj posao. I da netko vas pita kako ste.“ (Ispitanica 4)

„Puno mi je pomoglo da privatno ne zaboravim neke hobije. Čitanje knjiga, komunikacija pa makar i virtualno, šetnje. Pomoglo je i kad bi dečko skuha, kad bi pitao kako si.“ (Ispitanica 1)

Ovi zaštitni čimbenici omogućili su medicinskim sestrama da lakše podnose stres, smanjuju osjećaj bespomoćnosti i emocionalno opterećenje te očuvaju snagu i motivaciju za svakodnevni rad u izuzetno zahtjevnim uvjetima.

Tematska cjelina 5: Percepcija uloge medicinske sestre i zadovoljstvo poslom tijekom kriznog perioda

Tijekom provođenja tematske analize definirala se i tematska cjelina povezana s percepcijom vlastite profesionalne uloge medicinskih sestara i njihovog zadovoljstva poslom tijekom rada uvjetima pandemije COVID-19 i potresa. Na temelju analize intervjua izdvojene su tri glavne teme: Veliki značaj medicinskih sestara za korisnike, Podcijenjenost sestrinskog posla u domu za starije i Pozitivan društveni doživljaj sestara u domovima za starije.

U ovoj tematskoj cjelini teme su se jasno definirale već na osnovu skupine sličnih kodova. Rezultati analize ove tematske cjeline prikazani su u Tablici 32. Ova tematska cjelina je definirana radi specifičnosti rezultata koji predstavljaju sintezu iskustava koji su se nadovezali i na profesionalna iskustva prije pandemije.

Tablica 32. Percepcija uloge medicinskih sestara u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19 i potresa

Tema	Kodovi
1. Veliki značaj sestara za korisnike	Velika i važna uloga sestara jer su prve koje će primijetiti i reagirati na promjene u stanju korisnika- Korisnici, posebice na stacionaru, vrlo su ovisni o medicinskim sestrama - Očekivanja od sestara su velika, moraju zadovoljiti različite potrebe korisnika (stručni medicinski poslovi, emocionalne potrebe, njega ...) - Korisnici u dom dolaze prvenstveno zbog zdravstvene brige - Sestra je osoba koja je u sve upućena i koja donosi odluke o korisnicima- Korisnici cijene sestre u domu i prepoznaju njihovu važnost - Epidemija je sestre u domu podigla na viši nivo po znanju i kompetentnosti
2. Podcijenjenost sestrinskog posla u domu za starije	Mišljenje da sestre u domu manje rade stručni sestrinski posao- Premalo su cijenjene, manje u odnosu na sestre u bolničkim ustanovama - Društvo nije svjesno obima posla koji obavljaju sestre u domovima- Sestre u domovima imaju veću odgovornost nego sestre u bolnicama - I sestre u domovima se educiraju i stručno usavršavaju tijekom radnog vijeka - Sestre u domu specijaliziraju se u tom području
3. Društveno pozitivan doživljaj sestara u domu	Društvo ima lijepu sliku sestrinstva u domu- Sestrinski posao doživljava se kao nešto veliko, to je poziv, a ne zanimanje

Tema 5.1. Veliki značaj medicinskih sestara za korisnike

Intervjuirane sestre učestalo su isticale da je njihova uloga za korisnike izrazito velika i važna iz više razloga. Prije svega, riječ je o pravovremenom prepoznavanju promjena u zdravstvenom stanju korisnika i neposrednoj reakciji:

„Vi ste prvi koji na korisniku vidite da nešto ne štima. Vi ste sa tim korisnicima više nego sa svojom obitelji. Vi kad dođete kod korisnika vidite da nešto nije u redu, da se on ne diže, ne jede sam il ne može popiti. Po njegovom izrazu lica vidite da nešto ne štima.“ (Ispitanica 2)

Posebno se isticala odgovornost da o promjenama obavijeste liječnika, a kada on nije dostupan, i da samostalno donesu odluke.

„Mislim da je velika uloga, vi prvi nešto odreagirate pa se spustite kod doktorice, ona je tu do 3 a nakon toga ili hitna ili sve zavisi o čemu je riječ.“ (Ispitanica 2)

U drugim ustanovama sestre ipak imaju doktora koji veli daj to i to. Ja ovdje masu stvari odlučujem samostalno , a poslije se, eventualno, prijavljuje doktorici.“ (Ispitanica 6)

„U bolnici. Drugačije je jer imate liječnik stalno, ja nemam. Ja glumim i liječnika i hitnu službu. Ja vama ne mogu reći kako vi možete krivo prezentirati pacijenta, da sasvim krivo krene nešto. A ako ste krenuli dobrim putem to je pedesetina posla.“ (Ispitanica 11)

Sestre naglašavaju da je zdravstvena njega primarni razlog dolaska korisnika u dom:

„Koliko god netko ne daje značenje sestri, ti svi korisnici koji dođu u dom oni dođu zbog zdravstvene sigurnosti. Sve je to točno da će oni imati i oprano i skuhanu i sve ali on se uvijek vodi s tim da ima zdravstvenu brigu.“ (Ispitanica 7)

Posebno važnom ističu ulogu sestara u stacionaru:

„Pa i tu ljudi misle, vi ste sestra u domu i radite njegu, vaš dio posla je da ga operete ali to nije baš tako. Jednostavno ljudi nisu svjesni da ako ga vi ne nahranite oni neće jesti, isto tako i piti, pogotovo ljudi na stacionaru. Ljudi su nepokretni.“ (Ispitanica 2)

Medicinske sestre u domovima često obavljaju i poslove njege:

„A da ja ovdje mijenjam i pelene i da ja to moram odraditi, jer nema tko drugi ak sam ja popodne.“ (ispitanica 10)

„Imamo i njegovateljice koje jesu za to, naravno da ćete pomoć ako vidite da ide malo sporije taj dan ili da se treba požuriti ili da se nešto događa pa se treba malo brže ili nešto.“ (Ispitanica 1)

Veliki broj medicinskih sestara istaknulo je da su one korisnicima „sve“ – od medicinske skrbi do emocionalne podrške.

„Uvijek smo mi njima bili, kažem vam i psihijatar i sestra i za kavu donijet i sve je to njima potrebno. Jer oni kad vide sestru kao da su vidjeli sve.“ (Ispitanica 4)

„Mislim da je sestra u domu za sve, da nje nema, zatvorite dom. Sestra je ovdje sve, stvarno je. Kak se veli, portir, čistačica, socijala, doktor, sestra, familija, sve, stvarno je.“ (Ispitanica 3)

Značaj svoje uloge opisuju i u kontekstu obitelji koju na neki način zamjenjuju u svakodnevnom radu.

„Ja mislim da im sestre znače sve, što ponavljam, stalno mi smo prve s njima u kontaktu, osim njihovih obitelji preko telefona i njima šta god da bude. Zdravstveno stanje, dali je nešto privatno, dali su se malo pokefale kad su išle s doručka u liftu, jer je ova krivo stala. One će nama doći za bilo što, i onda mi rješavamo bilo što.“ (ispitanica 6)

Naglašavale su i svoju ulogu i u reguliranju emocionalnog stanja korisnika koje pružaju korisnicima uz druge zadaće koje obavljaju.

„Svjestan si da nekom, pogotovo tu u staračkom domu ljudima bukvalno produžavaš život, oni su tu većinom svi tužni i nevoljko im je što su uopće tu i onda kada se tako našališ i ispričaš neki vic i dodaš vodu, obučeš ih, kažeš smiješno, nasmiju se, bude im drago i onda tako tih nekih par trenutaka bude to sve lijepo.“ (Ispitanica 4)

Nekoliko medicinskih sestra je naglasilo je da je epidemija pridonijela profesionalnom razvoju i jačanju struke i da su se osjećale profesionalno potrebnije:

„Znači ta epidemija, pandemija kako ćemo je nazvati, ponavljam, vjerujem da u svim domovima da je ona nas sestre digla za još jednu stepenicu... tu sam mislila više na nekakvo znanje i iskustvo.“ (Ispitanica 11)

„Za vrijeme pandemije sam nekako smatrala da sam potrebija nego sad. I sad smo potrebni, da se razumijemo, ali tada sam imala osjećaj da sam puno više potrebna“ (4)

Tema 5.2. Podcijenjenost sestrinskog posla u domu za starije

Unatoč navedenom značaju, jedan dio sudionica naglašavao je osjećaj podcijenjenosti i nedovoljnog priznanja u odnosu na kolegice u bolnicama.

Često se navodi da se njihov posao percipira kao posao njegovatelja, a ne zdravstvene struke:

„Meni je zvučalo šta će sestra raditi u domu, kao za šta trošiš struku, to mi je grozno bilo. Onda vidite da je sestra u bolnici i u domu velika razlika i mislim da se to zapostavilo u sestrinskoj komori. Sestre se premalo cijene u domovima. U bolnicama imate sve propisano, radi ih 4,5, ne morate razmišljati, i nemate odgovornosti. Ovdje vi ste za sve. Sestre u domu malo gledaju i malo hvale i premalu dobivamo plaću u odnosu na druge.“ (Ispitanica 3)

„Imaju mišljenje kako je nama lijepo, kako mi ništa ne radimo. Kao da mi samo stojimo i ono kako ste i tako nešto. Nemaju predodžbu što sestra radi u domu. Da, oni misle da mi ništa ne radimo. Šta bi radili u staračkom domu, pa nisu svi ljudi u staračkom domu pokretni. I u onim apartmanima, to vam dolaze nepokretni, onkološki bolesnici, psihijatrijski bolesnici.“ (Ispitanica 8)

Višekratno je izraženo kako se rad sestara u domovima manje cijeni – od strane liječnika, korisnika, obitelji, ali i kroz financijsku nagradu:

„Rad medicinskih sestara u bolnicama se više cijeni. Tu se osjeti poštovanje i liječnika i pacijenta i obitelji. Sestre u domu se više smatraju njegovateljicama nego zdravstvenim radnicima.“ (Ispitanica 5)

„Rekla bih, općenito da su naši zdravstveni radnici premalo cijenjeni, a pogotovo sestre u domovima. Male su nam plaće, nema nas dovoljno za rad. A onda još kad se i razbole neki od nas... Ionako radimo duplo, a onda morate odraditi za troje. Zato smatram da smo loše plaćeni i nismo cijenjeni.“ (Ispitanica 9)

Tema 5.3. Pozitivan društveni doživljaj sestara u domovima

Unatoč osjećaju podcijenjenosti, tijekom pandemije i potresa došlo je i do jačeg pozitivnog društvenog doživljaja rada sestara u domovima. Krizne situacije učinile su njihov rad vidljivijim, a uloga emocionalne podrške i sveobuhvatne brige za korisnike dodatno je naglašena.

„Ljudi su svjesni da nekom, pogotovo tu u staračkom domu ljudima bukvalno produžavaš život.“ (Ispitanica 4)

„Sestra im je sve – i obitelj, i liječnik, i podrška.“ (Ispitanica 7)

Tematska cjelina 6. Nagrađujući elementi i samoosnaživanje

Kroz tematsku analizu prepoznati su i nagrađujući elementi profesije koje su medicinske sestre osvijestile tijekom pandemije i potresa, pri čemu se osjećaj smislenosti posla pokazao važnim zaštitnim čimbenikom. Istodobno su zabilježeni i čimbenici nezadovoljstva, vezani uz otežane radne uvjete i nedostatnu podršku. Kao odgovor na izazove, iz iskustava medicinskih sestara proizašle su i poruke samoosnaživanja koje odražavaju njihovu otpornost i unutarnju snagu.

U ovoj tematskoj cjelini definirane su teme: Timska suradnja, Zadovoljstvo povezano s obavljenim poslom, Čimbenici koji su otežavali nagrađujuće osjećaje, Poruke samoosnaživanja. Analiza ove tematske cjeline prikazana je u Tablici 33.

Tablica 33. Nagrađujući elementi i samoosnaživanje

<i>Tema</i>	<i>Podtema / podjela</i>	<i>Kodovi</i>
1. Zadovoljstvo povezano s obavljanjem posla	Dobrobit i zadovoljstvo korisnika	Naklonost korisnika izražena kroz zagrljaje, razgovor, draganje i sl.- Kada sestra izmami osmijeh na lice korisnika i kad vidi da je sretan- Izražavanje zahvalnosti korisnika zbog onog što sestre čine za njih - Kad uspije pomoći korisniku da preživi težak period bolesti- Dirljivi sretni trenuci i događaji nakon teškog perioda bolesti - Osjećaj da je bitna korisniku, da je uz njega do smrti - Kad ih korisnici prepoznaju nakon što se neko vrijeme nisu vidjeli, posebice korisnici s Alzheimerom-

<i>Tema</i>	<i>Podtema / podjela</i>	<i>Kodovi</i>
		Povezanost i bliskost s korisnicima - Kada kontaktom i komunikacijom umiri korisnika
	Osjećaj kompetentnosti	Dobro odrađen dan - Osjećaj da su kompetentne obaviti posao - Osjećaj samopouzdanja zbog savladavanja teških i odgovornih situacija - Osjećaj kompetentnosti i smisla jer su pružile i više nego što im nalaže profesionalna uloga-
	Osjećaj smislenosti posla	Osjećaj da su s korisnicima u ključnim životnim trenucima - Osjećaj da rade plemeniti posao- Osjećaj da su korisnicima oslonac i utjeha u času njihove smrti - Osjećaj dodatnog smisla zbog važnosti uloge sestre - Osjećaj da su pomagale u bitnim stvarima i rješavale životno bitne probleme
2. Timska podrška i podrška nadređenih	Podrška među kolegicama	- Povezanost kolegica više nego u razdoblju prije krizne situacije - „Uskakanje“ kolegica i međusobna podrška- Podjela posla- Svatko je tu bio za svakoga- Dobra atmosfera
	Podrška nadređenih	Prepoznavanje truda sestre od članova obitelji korisnika - Priznanje i pohvala rada od strane glavne sestre- Priznanje i pohvala od upravljačkih struktura - Dobra suradnja s glavnom sestrom- Dobra suradnja s vanjskim institucijama
3. Čimbenici koji su otežavali nagrađujuće osjećaje	Promjena kvalitete odnosa s korisnicima uzrokovana obilježjima pandemije	Naklonost korisnika manje dolazila do izražaja zbog straha i orijentiranosti na informacije o epidemiji - Nagrađujući elementi nisu dolazili do izražaja jer su sestre imale zaštitna odijela i korisnici ih nisu raspoznavali - Obitelji nisu mogle vidjeti napore i trud sestara i zahvaliti im
	Socijalna i emocionalna udaljavanja	Tijekom epidemije svi su se udaljili, bliskost više nije bila poveznica među ljudima - Velik obim posla i umor priječili su osjećaj zadovoljstva kvalitetno obavljenog posla

Tema	Podtema / podjela	Kodovi
4. Poruke samoosnaživanja		Treba se prilagoditi situaciji i živjeti dan za danom- Samo smireno, manje straha i brige- Na neke se stvari jednostavno ne može utjecati niti ih spriječiti - Nastaviti raditi kao do sada- Slušati svoju intuiciju - U svakom zlu ima nešto dobrog

Tema 6.1. Zadovoljstvo povezano s obavljanjem posla

Nagrađujući elementi u poslu i osjećaj smislenosti predstavljaju značajne zaštitne faktora u suočavanju sa stresom. Kada sestre govore o nagrađujućim elementima posla u prvom redu do izražaja dolazi dobrobit i zadovoljstvo korisnika o kojima skrbe, osjećaji da su im bitne te povezanost i bliskost s korisnicima, a što one prepoznaju kada ima korisnici izražavaju svoju naklonost kroz dodir, pozivanje na razgovor, zagrljaj ili kada osmijehom reagiraju na podražaje ako teže komuniciraju.

„Mene vam ispunjava kad hodam hodnikom i onda me onako pet korisnica zaustavlja imenom- joj dođi, dođi daj da te zagrlim, daj da nešto, daj da popričamo to me najviše ispunjava.“ (Ispitanica 1)

„Da znate da je nekome dobro. Ne mora mi biti zahvalan, nego kad ti se nasmiješi, ne znam kako bi to opisala.“ (ispitanica 8)

Sestre opisuju širinu svoje uloge u radu s korisnicima te naglašavaju bliskost i emocionalnu povezanost u odnosu na druge djelatnike.

„Ja mislim da s nije promijenila njima neka svrha prije i poslije ovoga svega. Uvijek smo mi njima bili sve. I psihijatar i sestra i za kavu donijeti, sve što im je potrebno. Pa utjeha kad im djeca ne dođu u posjetu. Imaju oni i socijalne radnike, ali mi smo im bliže.“ (Ispitanica 4)

„Mislim da je u domu sestra sve. Da nje nema-možete zatvoriti dom. Stvarno. sve: i portir i čistačica, socijala, liječnik, familija, sve.“ (Ispitanica 3).

Također, izražavanje zahvalnosti čak i za male stvari djeluje nagrađujuće. Medicinske sestre opisuju i ostvarivanje odnosa i komunikacije i s o korisnicima oboljelima od Alzheimerera što naglašava upravu njihove dugotrajne i povezujuće odnose s korisnicima o kojima dugo skrbe, a što je značaj upravo ovakvih ustanova :

„Kad vam kažu hvala kad popiju čašu vode, onda vam je onako drago. Pa to kad vidim ono, ili kad vidite u pogledu da je on sretan i zadovoljan. Ili kad vam mahnu tu, kad vas par mjeseci ne vide, pa vam mahnu pa kužite da vas se sjeti, pogotovo Alzheimer kad vas se sjeti nakon par mjeseci onda je to baš lijepo.“ (Ispitanica 5)

Pomoć kod preboljenja teške bolesti i sretni i važni životni trenuci i događaji korisnika nakon toga- nagrađujući su elementi posla za dvije sestre.

„Kad uspijete čovjeka, bez obzira da li on ima 90 godina, 80, 70, ali kad vam uspije pomoći da preživi neka teška vremena ili nekakvu bolest. Nakon toga, evo primjer je bio, bila je korona i posjete nikako dozvoljene nisu bile i sve, i on je imao dosta tešku kliničku sliku CPB, svašta nešto, međutim preživio je i nakon toga dobio je dvije praunučice. Taj trenutak kad su se oni sreli ja sam gotova bila, ja sam morala otići, ja to nisam mogla gledat. Kak je to meni lijepo bilo.“ (Ispitanica 4)

Za neke od sestara dovoljno je nagrađujuća i sama činjenica da su dobro obavile posao:

„Pa tako kad je neki dobar dan, kad se nije dešavalo ništa posebno loše ili nešto, onda ne razmišljam puno kad idem kući o poslu, ali imam osjećaj nekog unutarnjeg zadovoljstva, ne znam zašto. Zato što je dobro prošao dan, zadovoljna sam sama sa sobom što sam dobro odradila.“ (Ispitanica 9)

Na zadovoljstvo i ispunjenje poslom pozitivno djeluju prepoznavanje truda i pohvala što od strane obitelji korisnika, što sa strane glavne sestre:

„Recimo kad obitelj ili netko tko skrbi o korisnicima, kad vide taj vaš trud i kad vam dođe na vrata i jednostavno vam se zahvali. Znači ovo je dom za starije i znamo da je to zadnja stanica, pa kad vam dođe obitelj i kaže hvala vam na svemu što ste napravili za moju mamu, tatu, dedu, baku.“ (Ispitanica 2)

„Ja jako volim svoj posao, posebno palijativnu skrb, volim svoje korisnike, dugo sam tu s njima.. To je moja satisfakcija, osim priznanja od glavne sestre koja priznaje da dajem maksimum od sebe. Znači ni novčana nagrada ni slobodni dani već korisnici koji su zadovoljni. Kada ti netko kaže da si dobro odradio.“ (Ispitanica 6)

Neke medicinske sestre su navele kako su tijekom pandemije COVID-19 doživljavale ispunjenje poslom kao posebno nagrađujuće. Jedna od njih istaknula je da se u tom

razdoblju osjećala ispunjenije nego u uobičajenim okolnostima, jer je doživljaj vlastite važnosti i potrebe za korisnike bio izraženiji nego ranije:

„Ne, baš suprotno, za vrijeme pandemije sam nekako više smatrala da sam potrebna nego sad. I sad smo mi potrebni, da se razumijemo, ali tad sam imala osjećaj da sam puno više potrebna.“ (Ispitanica 4)

Osjećaj smislenosti pokazao se kao izrazito važan zaštitni čimbenik, osobito u kontekstu povezivanja s korisnicima, brige o njihovim potrebama, pružanja emocionalne podrške te sudjelovanja u njihovim važnim životnim trenucima – pa i u samom događaju smrti.

„Trebalo je više djelatnika. Ali, za sve drugo, mislim da -što smo si željeli to sam si ostvarili. Bile smo jedna drugoj podrška. Cijela naša ustanova, mogu reći-stavila je sestru na najvišu razinu. Sestra je, zapravo, bila voditelj kriznog stožera. Konačno je došla na svoje mjesto, iako s dodatnim opterećenjem. Bilo je: hajdemo sestru iskoristiti za još i još, ali z nas se čulo. Osjećale smo se cjenjenije. Konačno smo došle na pijedestal.“ (Ispitanica 11)

“Stvarno im volim pomoći, imaju oni svoju djecu, unučad..ali, važno je da ih netko nahrani, pogleda kako su. Kolikogod to ružno bilo, volim biti i ta zadnja ruka koju će netko stisnuti, iako je sam čin toga smrt. Ali, opet, važno je, nekome to puno znači. A nama daje smisao i neko samopouzdanje. Taj osjećaj pomaganja znači djeluje da i vi napredujete psihološki. Puno to znači.” (Ispitanica 4)

Tema 6.2. Timska podrška i podrška nadređenih

Dobra radna atmosfera i kvalitetni odnosi unutar tima predstavljaju važan čimbenik zadovoljstva poslom među medicinskim sestrama u ustanovama za skrb. Tijekom pandemije COVID-19 i potresa, sestre su se dodatno povezale – kako međusobno, tako i s korisnicima. Značajan broj njih istaknuo je upravo pozitivne aspekte krizne situacije: jačanje međusobne povezanosti među djelatnicama, osjećaj solidarnosti, unaprjeđenje međuljudskih odnosa, ali i porast osjećaja kompetentnosti. Upravo to što su uspješno funkcionirale i u nepredvidivim, izazovnim okolnostima pridonijelo je jačanju profesionalnog samopouzdanja te osobnom i stručnom razvoju.

„Ja mislim da to što smo timski, što radimo timski. Nikad niste prepuštena sebi i radite u bliskom kontaktu.“; „Pa dobra radna atmosfera. Mislim da je to tak na svakom poslu tako da definitivno dobra radna atmosfera, meni je s korisnicima najlakše.“ (Ispitanica 11)

„Mogu reći da su u tom trenutku svi pomagali svima. Tko god je imao neku nesuglasicu više nije bilo važno. Mislim da je čak i ostalo tako. Da se ponovo dogodi takva situacija, svi su spremni pomoći jedan drugom .tako da je to pozitivan učinak svega ovoga.“ (Ispitanica 4)

„Sad i da se ponovi potres, mislim da imamo neku rutinu, znamo što ćemo i kako i mislim da bi bilo lakše. I to je dobro.“ (Ispitanica 2)

„Mislim da me potres koji smo proživjeli čak i osnažio. Iznenadila sam se koliko i kako čovjek u tom trenutku stresa može odraditi posla. Ne dao Bog da se dogodi ponovo, ja nakon 1 minute mogu reći da znam što mi je činiti. Vidim da smo od mene na dalje svi posloženi.“ (Ispitanica 6).

Tema 6.3. Čimbenici koji su otežavali nagrađujuće osjećaje

Kao čimbenike smanjenog zadovoljstva poslom, medicinske sestre najčešće su isticale narušenu komunikaciju s korisnicima i članovima njihovih obitelji. Nošenje zaštitne opreme, fizička distanca i stalna usmjerenost na informacije o epidemiji otežavali su uspostavu bliskog odnosa, što je dodatno pogoršano epidemiološkim mjerama koje su ograničavale kontakte s obiteljima korisnika. S obzirom na to da su upravo odnos s korisnicima i njihova verbalna ili neverbalna povratna informacija o zadovoljstvu često doživljavani kao ključni nagrađujući aspekt posla, sve okolnosti koje su narušavale tu razmjenu doživljaja i emocija sestre su prepoznale kao izvor nezadovoljstva. Povećani obim posla dodatno je utjecao na smanjenje kvalitete rada i mogućnost posvećenosti pojedinačnom korisniku, što je u konačnici rezultiralo padom profesionalnog zadovoljstva. Promjene u doživljaju nagrađujućih elemenata posla i osjećaju ispunjenosti negativno su utjecale na otprilike polovicu ispitanih sestara. Nagrađujuće aspekte bilo je teže prepoznati, jer su korisnici bili u strahu, zaokupljeni informacijama o epidemiji te nisu u uobičajenoj mjeri izražavali bliskost, zahvalnost i naklonost prema osoblju.

„U tom periodu dosta je vladao taj neki strah kod korisnika, čak imam osjećaj da nisu uopće imali osjećaj za tu neku sreću. Brinuli su se o tome.“ (Ispitanica 8)

Izbjegavao se bliski kontakt, nošenje zaštitnih odijela bila je barijera za raspoznavanje sestara:

„Pa u biti za vrijeme epidemije kad smo bili u tim izolacijama dosta dugo, nisu nas niti kužili, svi smo bili obučeni s tim vizirima, nitko vas nije niti prepoznao.“ (Ispitanica 5)

Članovi obitelji korisnika nisu mogle dolaziti pa samim time ni vidjeti i prepoznati dodatni trud medicinskih sestara:

„Bilo je teže, a sad da smo bili zadovoljniji, barem ja baš i ne. Nisu bile ni posjete ni ništa, mi smo bili sa njima kak bi se reklo 24 sata. A sad da nam se nekako olakšalo, da je netko baš prihvatio i vidio, mislim svaka čast našoj glavnoj sestri, ona je vidjela naš trud i sve to al nitko izvana ili netko od njihovih to nije vidio jer nisu bili ovdje. Nisu znali uopće o čemu je riječ i kako mi uopće funkcioniramo s njima.“ (Ispitanica 4)

Nagrađujuća strana posla nije mogla doći do izražaja ni zbog velikog opterećenja poslom i umora:

„Pa da, u vrijeme epidemije mislim da smo svi bili umorni na poslu, nitko nije osjećao neko zadovoljstvo, svi smo bili klonuli, postali anksiozni, depresivni.“

Tema 6.4. Unutarnje poruke samoosnaživanja

Tijekom intervjuiranja, medicinske sestre često su dijelile vlastite načine unutarnjeg suočavanja s neugodnim i zahtjevnim situacijama, pri čemu su ponekad citirale i svoj unutarnji govor koji im je služio kao oblik podrške i osnaživanja u izazovnom razdoblju. U tim iskazima prevladavale su poruke umirenja i ohrabrenja, naglašavanje važnosti i smislenosti posla koji obavljaju, kao i poruke povezane sa strpljenjem, prihvatanjem okolnosti i refleksijom o dosadašnjim postignućima unatoč teškoćama. Takvi unutarnji obrasci samopodrške predstavljali su još jedan psihološki resurs u održavanju profesionalnog funkcioniranja i osobne stabilnosti.

„Pa ništa, samo smireno, da će sve biti u redu sigurno ako je do sad. Nastavit radit onako kako smo i do sad, zaštititi se i zaštititi druge i stvarno, na neke stvari jednostavno ne možemo utjecati.“ (Ispitanica 1)

Uz to, medicinske sestre potiču same sebe na slušanje vlastite intuicije i rad na unutarnjem zadovoljstvu. Osim poruka ohrabrenja, naglašavaju važnost prilagodbe aktualnim okolnostima te usredotočenost na posao kao mehanizam emocionalne regulacije i suočavanja sa stresom.

„Bilo je stresno, ali ja se usredotočim na posao, na točke koje moram obaviti, jer ionako dok imate previše vremena i previše vijugate.“ (Ispitanica 7)

„ Treba se prilagoditi situaciji živjeti dan po dan.“ (ispitanica 2)

„Ja ništa unaprijed jako puno ne planiram, ja kažem šta život donese tako se treba poslagati i gotovo“ (Ispitanica 9)

Jedna od medicinskih sestara vrlo lijepo je lijepo sažela percepciju svoje profesionalne uloge:

„ Biti sestra u domu, to je poziv, ne zanimanje. To je poziv, jedan humani poziv gdje ti moraš biti spreman na sve. Ako ja činim nekom drugom dobro-činim i sebi dobro.. Ja smatram da je dom stvarno drugi dom. Tu se grade prijateljstva, tu se živi. Za mene je to više od bolnice.“ (Ispitanica 10)

Tematska cjelina 7. Prijedlozi unaprjeđenja rada u domovima za starije

U analizi intervjua provedenih s medicinskim sestrama, iskristalizirale su se i neke važne spoznaje povezane sa radom u domu za starije, ali i obilježjima rada medicinske sestre u tim ustanovama. Sestre su davale i prijedloge mogućih unaprjeđenja radnih procesa i prevencije radnog stresa temeljem iskustva rada u ovom kriznom razdoblju. Definirali smo ih kao dvije teme: Rad u domovima/potrebne promjene, Odnos prema sestrama u domu / potrebne promjene. Analiza tematske cjeline prikazana je u Tablici 34.

Tablica 34. Rezultati analize važnih spoznaja i poruka iz perspektive sestara u domu

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>	<i>Kodovi</i>
1. Rad u domovima/ Potrebne promjene	Odnos prema starijim osobama	Posvetiti više pažnje starijima u domovima koji nemaju obitelji Organizirati događanja i aktivnosti za specifične grupe korisnika - ostvariti vremenski okvir da se sestre mogu više posvetiti korisnicima
	Organizacijske promjene	Potrebno je uložiti u obnovu domova• Prilagoditi ustanove strukturi bolesnika i njihovim potrebama - Zapošljavanje dodatne radne snage - Uvođenje protokola za krizne situacije
2. Odnos prema sestrama u domu / Potrebne promjene	Odnos prema statusu sestre u domu	Poboljšanje pozicijskog statusa i percepcije sestara u domu• Poboljšati materijalni status sestara - Omogućiti kontinuirane stručne edukacije - Sestrama omogućiti edukaciju o nošenju sa stresom - Sestrama pružiti psihološku podršku zbog svakodnevnih stresnih situacija - Koliko god težak bio ovaj posao, ne bih ga mijenjala
	Potreba podrške medicinskim sestrama	Fokus na podršku sestrama u svakodnevnom radu i kriznim situacijama - Edukacija i psihološka pomoć - Poboljšanje radnih uvjeta i statusa

Tema 7.1. Rad u domovima/potrebne promjene

Uočavanje i primjena načina za unaprjeđenje organizacije posla i radnih aktivnosti, usmjerenih na dobrobit korisnika, ali i djelatnika, predstavljaju konstruktivan i učinkovit način suočavanja sa stresnim situacijama. Takvi pristupi smanjuju osjećaj neizvjesnosti te povećavaju osjećaj kontrole nad situacijom.

Medicinske sestre zaposlene u domovima za starije osobe ističu važnost ulaganja u kvalitetniju organizaciju rada u svrhu poboljšanja dobrobiti korisnika. Posebno naglašavaju potrebu za posvećivanjem veće pažnje i organiziranjem dodatnih aktivnosti za korisnike koji nemaju obiteljsku podršku.

„Ne znam, da se može jednostavno malo, ne znam, posvetiti tak pažnja ljudima možda koji nemaju puno obitelji.“ (Ispitanica 11)

„Pa spoznaja da su korisnici jako zakinuti jer mi nemamo dovoljno radne snage, ne samo u mom segmentu nego sve što bi trebalo korisniku.“ (Ispitanica 7)

Medicinske sestre također su predlagale organizacijske promjene, prilagodbu rada i ustanove obilježjima korisnika te su često isticale nedostatke osoblja i prevelik opseg posla.

„Mislim da treba poboljšati uvjete za one korisnike koji nemaju puno obitelji, koji su tu sami, kao napušteni. Da se njima osigura nešto od hrane, sokova, da osjete da netko misli i na njih. I slabo pokretnim korisnicima da se omoguće neke aktivnosti u sobi jer oni ne mogu sići na aktivnosti: pjevač, razgovor, slikanje... da im se malo uljepšaju ti dani“. (Ispitanica 8)

“Trebalo bi cijelo društvo više raditi za starije. Obnoviti ove domove, uložiti u njih. Trebaju drugačije sobe prilagođene da se ne mogu korisnici ozlijediti. Treba više djelatnika, dosta više jer sve je više demencija i Alzheimer. Stvari se mijenjaju, treba biti drugačiji pristup.“ (Ispitanica 6)

Tema 7.2. Odnos prema sestrama u domu/potrebne promjene

Medicinske sestre višekratno su istaknule potrebu za stručnom podrškom, kako u kriznim situacijama, tako i u obavljanju redovitih radnih zadataka. Posebno su naglasile važnost dostupnosti psihološke pomoći, edukacije o suočavanju sa stresom te mogućnosti razgovora sa stručnjakom.

„A ja sam inače osoba, nisam pod nekim stresom velikim, ali ipak je bilo faza kad sam predlagala sastanak s nekim da popričam, nekim neutralnim jer toliko toga je u meni što ne pokazujem, a pritisak je velik. (Ispitanica 6)

„Trebalo je organizirati više stručne pomoći, psiholog, neka tribina pa makar čulo troje, četvero pa će to prenijeti dalje. To nam je trebalo. (Ispitanica 7)

Osim psihološke podrške kao važne vanjske intervencije sestre naglašavaju i potrebu za dodatnim edukacijama u cilju povećanja vlastite kompetentnosti.

„Ja glumim i liječnika i hitnu službu. Ja vama ne mogu reći koliko krivo možete prezentirati pacijenta da nešto krivo krene. A ako ste krenuli dobrim putem -to je pedestina posla. A onda trebate odraditi, to sestra odradi što više znanja imate i puno posebnog, npr, ovi webinar, što je sad uključeno-mogu reći da smo svi prisutni na tome, na svim predavanjima. Što više znanja imate lakše se kotirate.“ (Ispitanica 11)

Po pitanju odnosa prema sestrama u domu ističu potrebu poboljšanja statusa i percepcije sestara u domu, kao i već spomenuto pružanje psihološke pomoći ili edukacije o suočavanju sa stresom.

„Znači mi pomoć stručnu nismo dobili od nikoga što se tiče stresa... ali bi se možda u tom trenutku kad se rade planovi za edukaciju sestara mogle uvrstiti i ovakve stvari“.
(Ispitanica 6)

5. RASPRAVA

Ciljevi istraživanja bili su: utvrditi samopercepciju izvora stresa i njihove učestalosti tijekom pandemije bolesti COVID-19 i potresa kao dodatnih izvora profesionalnog stresa kod medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije osobe u Gradu Zagrebu, utvrditi razinu profesionalnog sagorijevanja i zadovoljstva poslom, procijeniti povezanost izvora profesionalnog stresa s razinom profesionalnog sagorijevanja te utvrditi zaštitne čimbenike koje su medicinske sestre koristile u suočavanju sa stresom i profesionalnim sagorijevanjem.

5.1. Profesionalni stres tijekom pandemije COVID-19

Jedan od ciljeva istraživanja bio je utvrditi najučestalije izvore stresa kod sestara u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19 i potresa. Utvrđena su četiri najučestalija izvora stresa: nedostatak podrške kolega i suradnje u timu, preopterećenost poslom, nerealna očekivanja na poslu i nedostatak komunikacije s nadređenima, dok analiza povezanosti izvora stresa i profesionalnog sagorijevanja ukazuje na to da najveći prediktivni utjecaj imaju nerealna očekivanja na poslu i preopterećenost poslom. Dakle, postoji razlika između učestalosti i subjektivne percepcije stresora i njegovog utjecaja na profesionalno sagorijevanje što je važno u interpretaciji pojave stresa. Također, važno je naglasiti da se, prema rezultatima kvalitativnog dijela istraživanja, u kontekstu rada u okolnostima uzrokovanim pandemijom COVID-19, uz ograničeni broj djelatnika, faktor vezan za nedostatak podrške kolega, odnosi prvenstveno na organizacijske i radne okolnosti koje narušavaju timski rad, a ne nužno na međuljudske odnose. U kvalitativnom dijelu istraživanja, medicinske sestre učestalo su navodile upravo timski rad kao zaštitni čimbenik. Također, unatoč učestalosti ovog faktora kao izvora stresa, sestre i u procjeni zadovoljstva poslom ocjenjuju odnose s kolegama relativno visoko, što ističe razliku i između frekvencije doživljaja stresa i subjektivnog zadovoljstva. U kvalitativnom istraživanju, kao najveći izvori stresa istaknuli se : preopterećenost poslom/manjak djelatnika radi pandemije COVID-19, strah od zaraze (korisnika i bliskih osoba), socijalna izolacija, otežana i dodatna komunikacija s korisnicima, neadekvatnost informacija na početku pandemije COVID-19, preuzimanje poslova koji nisu kompetencijama medicinske sestre, suočavanje sa smrću korisnika, strah od posljedica potresa i strah za bližnje, suočavanje sa emocionalnom patnjom korisnika

i organizacijske promjene koje su se događala zbog pandemije COVID-19 i potresa. Unutar definiranih tematskih cjelina definirane su i teme i podteme koje obuhvaćaju ove izvore stresa, ali i niz iskustava značajnih za radno opterećenje, emocionalno opterećenje i kvalitetu života. Za razliku od kvantitativnog dijela istraživanja, u ovom dijelu istraživanja medicinske sestre nisu komunikaciju s nadređenima niti timski rad izražavale kao značajno stresne već češće kao zaštitne čimbenike što je sukladno i rezultatima koje smo dobili istraživanjem profesionalnog sagorijevanja, zadovoljstva poslom i zaštitnih čimbenika. Slično rezultatima provedenog istraživanja i međunarodna istraživanja i druga istraživanja u Hrvatskoj ukazuju da su ključni izvori stresa kod medicinskih sestara i drugih djelatnika u domovima za starije, prije kriznog razdoblja, bili povezani s organizacijom rada, smjenskim radom, nedostatkom osoblja, administrativnim opterećenjem, čestim suočavanjem sa smrću korisnika te složenom komunikacijom s obiteljima korisnika [66-76]. Tijekom pandemije COVID-19 i potresa, međutim, dogodile su se brojne promjene u radnim procesima, ali kvaliteti života općenito. Uvođenje strogih epidemioloških mjera, izolacija korisnika, zabrana posjeta, smjenski rad u uvjetima smanjenog broja osoblja zbog izolacijskih mjera, visoka razina odgovornosti za zdravlje korisnika, uvođenje novih postupaka skrbi, povećana smrtnost korisnika i izostanak psihološke podrške djelatnicima predstavljali su snažne i dugotrajne izvore stresa. Medicinske sestre, uz povećani profesionalne zahtjeve, suočile su se i s emocionalnim opterećenjem, strahom od zaraze i prijenosa virusa na korisnike ili članove obitelji, dodatnim očekivanjima članova obitelji korisnika te vlastitom nesigurnošću i preopterećenošću [132-148]. Studija Sullivan i sur. (2022) pokazala je da su tijekom pandemije najizraženiji stresori među medicinskim sestrama bili produljene radne smjene, nedostatak zaštitne opreme, strah od zaraze i prijenosa infekcije na obitelj te nedostatak organizacijske podrške. Ti su čimbenici bili značajni prediktori emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, što ukazuje na snažan utjecaj radnih uvjeta na razinu profesionalnog sagorijevanja tijekom pandemije [150]. U presječnom istraživanju među 228 zaposlenika domova za starije u Španjolskoj tijekom pandemije COVID-19 istaknuta je visoka razina socijalnog pritiska na zaposlenike, a ispitanici su najčešće, kao stresore, navodili manjak osoblja, nedostatak zaštitne opreme, izostanak podrške nadređenih, česta suočavanja sa smrću i patnjom korisnika te strah od infekcije [144].

Preopterećenost poslom i nedostatak osoblja definirano je kao jedan od četiri ključna izvora stresa i u kvantitativnom dijelu ovog istraživanja, a u kvalitativnom dijelu istraživanja, učestalo se iskazivao kao stresni čimbenik. Strah od zaraze se istaknuo kao značajan stresni čimbenik. Medicinske sestre izražavale su strah od mogućnosti da zaraze svoje bližnje, ali i zabrinutost da bi se same mogle zaraziti te prenijeti infekciju korisnicima. Povećani obim posla i preopterećenje prepoznati su i kroz druge studije kao najčešći stresori među medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim djelatnicima tijekom pandemije COVID-19, što je rezultiralo značajnim fizičkim i emocionalnim iscrpljenjem uzrokovanim produženim radom, većim obimom posla i nedostatkom djelatnika. Paralelno, strah od zaraze, uključujući zabrinutost zbog mogućnosti prijenosa infekcije korisnicima ili vlastitoj obitelji, dodatno je intenzivirao osjećaj odgovornosti i psihološki pritisak kod zdravstvenih radnika naglašavajući kompleksnost stresnih faktora s kojima su se suočavali [131 - 135,139, 144,147,148]. I u ovom, provedenom kvantitativnom i kvalitativnom istraživanju- povećani obim posla, uzrokovan promijenjenim radnim uvjetima, često zbog manjka djelatnika, ali i drugih čimbenika – iskazao se kao jedan od najznačajnijih izvora stresa. Medicinske sestre učestalo su izvještavale o umoru, iscrpljenosti i unutarnjoj napetosti povezanoj s povećanim obimom posla. U kvantitativnom dijelu istraživanja, obim posla također je prepoznat kao glavni izvor stresa tijekom pandemije COVID-19, dok su nerealna očekivanja – uključujući zahtjeve obitelji i korisnika, nedostatak adekvatnih informacija te preuzimanje zadataka izvan sestrinskih kompetencija – dodatno pojačavala emocionalno opterećenje i izazove u pružanju skrbi, čineći ih najsloženijim stresorom s najvećom predikcijom profesionalnog sagorijevanja. Potresi su dodatno pojačali stres medicinskih sestara tijekom pandemije, jer su zahtijevali evakuaciju nepokretnih i dementnih korisnika te ublažavanje njihovog straha, što je stvorilo dodatna nerealna očekivanja i povećalo emocionalno opterećenje. Ispitanice su dodatno istaknule radno i emocionalno opterećenje radi nerealnih očekivanja od strane obitelji i skrbnika korisnika tijekom kriznih situacija. Zbog ograničenja posjeta i nemogućnosti neposrednog uvida u stanje svojih bližnjih, članovi obitelji često su zahtijevali detaljna objašnjenja i dodatne intervencije, nerijetko izvan uobičajenog okvira zdravstvene njege u ustanovama dugotrajne skrbi. Ovakva očekivanja dovodila su do povećanog pritiska na medicinske sestre, koje su istodobno morale balansirati profesionalne standarde skrbi, dostupne resurse i dodatne emocionalne potrebe obitelji korisnika. Uz to, naglasile su da specifičnost rada u domovima za starije osobe podrazumijeva

visoku razinu profesionalne samostalnosti, budući da često nemaju kontinuiranu neposrednu liječničku podršku. Time se posebice istaknula važnost njihove procjene kliničke situacije i sposobnosti komunikacije s drugim zdravstvenim službama. U uvjetima pojačanog pritiska i emocionalno zahtjevnih interakcija s obiteljima, medicinske sestre ponekad su dovodile u pitanje vlastitu kompetenciju te su se suočavale s osjećajem nesigurnosti u donošenju odluka. Neizvjesnost oko obima posla, kadrovska nestabilnost, produženo radno vrijeme i moralna obveza koja, također nije bila u skladu s realnim mogućnostima dodatno su pojačavali psihološki i radni pritisak. U situacijama kada je više djelatnika bilo odsutno zbog bolesti ili izolacije, preostale medicinske sestre suočavale su se s neizvjesnošću u pogledu raspoloživosti radne snage iz dana u dan. Ponekad je dežurstvo obavljalo minimalan broj djelatnika, što je dovodilo do nužnosti preuzimanja zadataka izvan uobičajenog okvira profesionalnih uloga. Takve okolnosti rezultirale su osjećajem visoke odgovornosti, ali i ranjivosti. Iskustvo rada u uvjetima kadrovske deficita opisano je kao izrazito stresno, budući da se profesionalne odluke i organizacija skrbi nerijetko donosila u uvjetima hitnosti, pritiska i nedostatnih resursa. I prema Labrague (2021), jedan od značajnih izvora stresa tijekom pandemije bila su nerealna očekivanja menadžmenta i javnosti, koji su od zdravstvenih djelatnika zahtijevali kontinuiranu učinkovitost i emocionalnu otpornost unatoč teškim radnim uvjetima. Slično, Jeleč Kaker (2011) navodi da su nerealna očekivanja korisnika i njihovih obitelji u domovima za starije dodatno povećavala profesionalno opterećenje i pridonosila riziku od sagorijevanja na poslu [137, 138]. U okviru ovog istraživanja, medicinske sestre su isticale i izraženu nesigurnost u vezi s dostupnim informacijama i njihovom praktičnom primjenom. Ovaj se čimbenik pokazao kao jedna od tema kvalitativne analize. Na početku krizne situacije zdravstveno osoblje suočilo se s novim i nepoznatim okolnostima, pri čemu nisu postojale jasne, stabilne i dosljedne smjernice o postupanju. Smjernice i protokoli često su se mijenjali u kratkim vremenskim razmacima, što je otežavalo proces usvajanja i primjene novih pravila u praksi. Navedene promjene stvarale su dojam stalne nestabilnosti te su doprinosile osjećaju profesionalne nesigurnosti i umora, jer je bilo potrebno kontinuirano prilagođavati način rada bez mogućnosti uspostavljanja stabilnih rutinskih postupaka. Takva situacija dovela je do osjećaja nepouzdanosti i nedostatka kontrole u radu, osobito kada se očekivalo da medicinske sestre istodobno budu izvor stručne podrške i emocionalne stabilnosti korisnicima. I prema drugim studijama, nesigurnost i stres među zdravstvenim djelatnicima tijekom pandemije

COVID-19, bili su u velikoj mjeri uzrokovani neadekvatnim informacijama i nedovoljnom razinom znanja o samoj bolesti, osobito u ranim fazama kada su protokoli i preporuke bili nejasni ili često mijenjani [132,135,136,146-148].

Dodatno, kvalitativnom dijelu ovog istraživanja, medicinske sestre su ukazale na pojavu informacijske preopterećenosti iz različitih izvora – službenih uputa, medija, internih komunikacijskih kanala i međusobne razmjene među djelatnicima. U istraživanju Mubaraka i suradnika (2021), istaknuto je da je strah od infekcije bio jedan od glavnih izvora stresa među medicinskim sestrama, a nedostatak pravovremenih i pouzdanih informacija dodatno je pojačavao taj strah i osjećaj nesigurnosti u radnom okruženju. U provedenom istraživanju, kao dodatni izvor nesigurnosti istaknuta su medijska izvještavanja tijekom kriznog razdoblja čiji sadržaji se navodi kao emocionalno intenzivan i dramatičan, što je doprinosilo porastu straha, nesigurnosti i zbunjenosti. U situaciji u kojoj su se medicinske sestre već suočavale s nepoznatim okolnostima i nedostatkom jasnih smjernica, ovakva medijska slika dodatno je otežavala donošenje profesionalnih procjena i odluka u svakodnevnom radu. Istodobno je istaknuta potreba za jasnijom, dosljednom i direktnom komunikacijom nadležnih institucija. Sestre su naglasile da bi im pravovremeni i strukturirani oblici podrške, poput stručnih brifinga ili prisutnosti predstavnika zdravstvenih autoriteta na terenu, olakšali razumijevanje situacije i povećali osjećaj sigurnosti u primjeni protokola. Nedostatak takve izravne komunikacijske podrške percipiran je kao faktor koji je pridonio osjećaju prepuštenosti i povećanom emocionalnom opterećenju zdravstvenog osoblja. I druge studije osim, uvijek istaknutog obima posla kao čimbenika stresa, izdvajaju potrebu za boljom i dosljednijom komunikacijom unutar ustanova [143-145]. U već spomenutom kvalitativnom istraživanju sa zaposlenicima sedam domova za starije u Kini, također je zabilježena visoka razina stresa, uzrokovana nedostatkom znanja i informiranosti o obilježjima bolesti, socijalnom izolacijom i višednevnim smjenskim radom [146].

Timski rad i komunikacija s nadređenima, u kvalitativnom dijelu ovog istraživanja, istaknuti su kao pozitivni i zaštitni čimbenici. Iako je u kvantitativnom dijelu timski rad prepoznat i kao jedan od glavnih izvora stresa, primjena mješovite metodologije pokazala se posebno vrijednom jer su dubinski intervjui otkrili da je timski rad također doživljen kao mehanizam zaštite. Međutim, nedostatak djelatnika, posljedica provođenja epidemioloških mjera, narušavao je kvalitetu timskog funkcioniranja.

Timska suradnja bila je ugrožena prvenstveno zbog prevelikog obima posla, a ne zbog narušenih kolegijalnih odnosa. Ključni izazov bio je manjak osoblja i stalna potreba za dodatnim naporima kako bi se, unatoč učestalim i brzim promjenama u radnim zadacima, osigurala kvalitetna skrb i izvršile sve obaveze. U drugim istraživanjima neadekvatna ili otežana komunikacija među članovima tima te nedostatak jasnih smjernica i podrške od nadređenih pokazali su se kao značajan izvor stresa među medicinskim sestrama i osobljem u sustavu dugotrajne skrbi tijekom pandemije COVID-19, jer su otežavali koordinaciju rada, povećavali osjećaj nesigurnosti i doprinosili emocionalnoj iscrpljenosti [140, 143, 145, 146, 148].

Suočavanje sa smrću korisnika kao izvor stresa, pokazalo se kao jedan od istaknutih nalaza u našem istraživanju. Medicinske sestre u domovima za starije osobe pružaju dugotrajnu skrb te s korisnicima razvijaju snažnu emocionalnu povezanost. Takav odnos predstavlja važan čimbenik koji treba prepoznati kao značajan element u prevenciji profesionalnog stresa i sagorijevanja. Prema nalazima našeg kvalitativnog istraživanja, tijekom razdoblja pandemije COVID-19 i potresa, ta se povezanost dodatno produbila, dok je povećana učestalost smrtnosti korisnika dodatno pojačala razinu stresa. Ove okolnosti jasno ukazuju na to koliko je emocionalna uključenost u rad s korisnicima ključna za razumijevanje i sprječavanje profesionalnog sagorijevanja. I u drugim studijama nalazimo da je suočavanje s učestalim smrtnim ishodom među korisnicima tijekom pandemije predstavljalo snažan emocionalni stresor za osoblje domova za starije, pri čemu je izloženost smrti i patnji štićenika dovela do pojave sekundarnog traumatskog stresa i emocionalne iscrpljenosti [144].

Prema brojnim studijama, nedostatak osobne zaštitne opreme tijekom pandemije bio je jedan od najizraženijih izvora stresa među zdravstvenim djelatnicima u domovima za starije, jer je pojačavao strah od infekcije, osjećaj ranjivosti i nesigurnosti u obavljanju svakodnevnih zadataka [142, 144, 146-148]. Za razliku od navedenih istraživanja, u ovom istraživanju, manjak zaštitne opreme, kao teškoća u radu i izvor zabrinutosti, navodio se rijetko i samo u ranom razdoblju pandemije COVID-19. S druge strane, dugotrajan rad, cjelodnevni rad uz korištenje zaštitne opreme bio je istaknut kao značajan praktični izazov, ali i kao čimbenik koji ograničava kvalitetu komunikacije s korisnicima, posebno s korisnicima koji boluju od demencije. Oprema je, osim verbalne, narušavala i neverbalnu komunikaciju koja je važna i za korisnike i za djelatnice kao povratna informacija te je i emocionalni i nagrađujući čimbenik u

poslu. Ovaj nalaz kvalitativnog istraživanja je specifičan i ne nalazimo ga istaknutim na taj način u drugim istraživanjima. Također, komunikacija s korisnicima povezana s potrebom provođenja epidemioloških mjera, identificirana je kao dodatni čimbenik radnog opterećenja i psihološkog pritiska na osoblje. Kod korisnika koji nisu imali somatske znakove infekcije, ali su bili obvezni provoditi izolaciju, nerijetko je dolazilo do izraženog otpora prema propisanim epidemiološkim mjerama. Izostanak subjektivnog osjećaja bolesti doveo je do smanjene percepcije ozbiljnosti situacije, pa i do sumnje u ispravnost dijagnostičkih postupaka. Takvi stavovi dodatno su bili potaknuti nezadovoljstvom zbog ograničenja kretanja i socijalne izolacije, što je za mnoge korisnike predstavljalo izrazito frustrirajuće iskustvo što je rezultiralo izraženom emocionalnom reaktivnošću, nepovjerenjem prema zdravstvenom osoblju te zahtijevalo produljeno vrijeme za komunikaciju, pružanje podrške i smirivanje situacije. I druga istraživanja opisuju otpor korisnika prema mjerama zaštite i otežanu komunikaciju s korisnicima kao pojačavajući emocionalni pritisak i frustraciju tijekom pandemije COVID-19. Djelatnici su isticali poteškoće u osiguravanju pridržavanja mjera među korisnicima, što je otežavalo svakodnevnu skrb i zahtijevalo dodatni nadzor te stalnu intervenciju [144, 146, 147]. I kvalitativno istraživanje provedeno među zaposlenicima koji su izravno sudjelovali u skrbi o korisnicima oboljelima od COVID-19 u domovima za starije osobe u 32 savezne države SAD-a identificiralo je slične izvore stresa kao i ovo istraživanje. Sudionici su najčešće isticali nedostatak osoblja, ali i zaštitne opreme, povećane radne zahtjeve te izraženo emocionalno opterećenje. Dodatno su zabilježeni i specifični stresori, poput osjećaja društvenog neprepoznavanja i manjka poštovanja prema njihovu radu [147]. Uz ostale slične čimbenike stresa, društveno nepriznanje za obavljeni rad istaknuto je i u provedenom kvalitativnom istraživanju. Ispitanice su istaknule su kako se u sustavu dugotrajne skrbi, a osobito u domovima za starije osobe, kontinuirano očituje nedovoljna društvena i institucionalna valorizacija rada medicinskih sestara. Naglašeno je da su plaće nedostatne u odnosu na razinu odgovornosti, radnu opterećenost i složenost skrbi koja se pruža korisnicima. Osim toga, ukazano je na kroničan nedostatak kadra, što rezultira povećanim opsegom posla i čestim preuzimanjem dodatnih radnih zadataka. Kao dodatne poteškoće navodile su situacije kada dio osoblja izostane zbog bolesti, pri čemu preostale medicinske sestre nerijetko moraju preuzeti radne obveze i za nekoliko kolegica što se intenzivnije događalo upravo za vrijeme pandemije COVID-19. Prema njihovim navodima, takva situacija stvara kontinuirani osjećaj

preopterećenosti, iscrpljenosti i profesionalnog nezadovoljstva. Zdravstveni djelatnici u domovima za starije i u skrbi na terenu tijekom pandemije COVID-19 često su se osjećali izolirano, osamljeno ili distancirano u uvjetima ograničenih kontakata s kolegama i strogo reguliranih interakcija s korisnicima [140, 142, 144, 146, 147]. Socijalna izolacija pojačavala je emocionalni stres, osjećaj usamljenosti i psihološki pritisak, što je dodatno povećavalo rizik od profesionalnog sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa među medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim djelatnicima [144, 146, 147]. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da su dugotrajna radna opterećenja i ograničenja socijalnih kontakata imali značajan utjecaj na kvalitetu života medicinskih sestara tijekom kriznog razdoblja. Nedostatak kadra i povećanih zahtjeva u skrbi često je prelazio u prekovremeni rad, što je dovodilo do osjećaja da većinu vremena provode na radnom mjestu, uz smanjenu mogućnost odmora i oporavka. Ovakav intenzivan radni angažman rezultirao je kroničnim umorom te smanjenom ravnotežom između profesionalnog i privatnog života. Istodobno, obvezne epidemiološke mjere doprinijele su smanjenju socijalne povezanosti, kako među djelatnicima, tako i unutar njihovih obiteljskih i prijateljskih krugova. Pojavio se osjećaj udaljenosti od zajednice što je dodatno pridonosilo emocionalnom iscrpljivanju i osjećaju osamljenosti. U određenim slučajevima, strah od prijenosa zaraze doveo je i do smanjene interakcije s članovima obitelji, što je dodatno narušilo sustave osobne podrške. Kvalitativna studija među sestrama koje su radile u kućnoj njezi tijekom pandemije COVID-19 u Švedskoj također je pokazala je da su glavni izvori stresa i iscrpljenosti osjećaj izoliranosti i odgovornosti, kao i prethodno spomenuti strah od zaraze te visoka emocionalna i radna opterećenost, što djelomično ublažavaju osobni resursi i podrška kolega [140].

Uzimajući u obzir navedene spoznaje, jasno je da su sustavna podrška, empatično vodstvo i briga o mentalnom zdravlju ključni u ublažavanju negativnih učinaka stresa među zdravstvenim djelatnicima. Ipak, dugotrajna izloženost visokom stupnju emocionalnog i radnog opterećenja može dovesti do razvoja profesionalnog sagorijevanja, o čemu će biti detaljnije riječi u drugim odjeljcima [149, 150].

Iako se nalazi provedenog istraživanja odnose i na pandemiju COVID-19 i na potrese u Zagrebu, potres će, zbog svoje specifične stresogene prirode, biti dodatno raspravljen.

5.2. Potres kao izvor profesionalnog stresa i sagorijevanja tijekom kriznog razdoblja

Iako se rezultati ovog istraživanja odnose na razdoblje pandemije COVID-19 i potresa u Gradu Zagrebu, budući da su se ta dva događaja odvijala istodobno, u ovoj raspravi posebno su istaknuti i analizirani nalazi kvalitativnog dijela istraživanja koji se odnose na potres kao specifični izvor stresa i profesionalnog sagorijevanja. Prirodne katastrofe predstavljaju značajan izazov za javno zdravstvo, često pogoršavajući probleme mentalnog zdravlja i zahtijevajući multidisciplinarnе odgovore [151]. Potresi utječu na ljudsko zdravlje neposredno, kroz ozljede i utjecaj na mentalno zdravlje, i posredno, narušavanjem infrastrukture i opskrbe resursima. Time se otežava i dostupnost i pružanje zdravstvene skrbi, pa se primarni i sekundarni učinci potresa isprepliću u složen sustav rizika [122].

U ožujku 2020. potres magnitude 5,5 pogodio je Zagreb, oštetivši 72% zgrada u povijesnoj jezgri i 40% u okolnim područjima, uzrokujući smrt jedne osobe. U prosincu iste godine, potres magnitude 6,2 pogodio je Petrinju, usmrтивši šest osoba. Ovi su događaji dodatno pojačali stres među zdravstvenim djelatnicima, osobito u domovima za starije osobe, ograničavajući njihove adaptivne kapacitete. Potres možemo smatrati akutnim stresom kojeg obilježavaju intenzivne emocionalne i fiziološke reakcije koje nastaju neposredno nakon izlaganja traumatskom događaju. Prema nekim studijama, učestali potresi slabijeg intenziteta mogu dovesti do kroničnog stresa i povećanog rizika od razvoja depresije i anksioznosti, posebno ako dolazi do oštećenja objekata [115,116]. Doživljaji pojave potresa uključuju intenzivan strah, bespomoćnost ili užas [139, 140]. Također, potresi predstavljaju prirodne katastrofe koje mogu ozbiljno ugroziti život i izazvati traumatsko iskustvo, a prema DSM-5 i ICD-11, takvi događaji mogu dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), često uzrokuju i iritabilnost i poremećaje spavanja [117]. U kvalitativnom dijelu ovog istraživanja, istražena su profesionalna i emocionalna iskustva medicinskih sestara u domovima za starije u Zagrebu, povezana s potresima koji su se dogodili. U kontekstu emocionalnih iskustava i iskustava stresa, gotovo sve medicinske sestre, izvijestile su o doživljenoj anksioznosti, strahu i kulminiranoj iscrpljenosti koja je već postojala radi pandemije COVID-19. Medicinske sestre istaknule su intenzivan strah za vlastiti život, koji se često preklapao sa strahom za sigurnost bliskih osoba, kao dominantnu emocionalnu reakciju na iskustvo potresa. Navodile su i doživljaj straha za korisnike i

kolege. Posebno su naglašavale zabrinutost za nepokretne korisnike i korisnike s demencijom. Iscrpljenost je bila snažno povezana sa strogim epidemiološkim mjerama, koje su zahtijevale značajnu prilagodbu, no potres je bio dodatni čimbenik koji je pojačao i naglasio doživljaj iscrpljenosti, pri čemu je emocionalna iscrpljenost bila središnja komponenta doživljenog iskustva. Njihovi opisi iskustava jasno ukazuju na prisutnost osjećaja potpune bespomoćnosti, neizvjesnosti i gubitka kontrole, što su karakteristike iskustava tijekom prirodnih katastrofa. Također su naglašavale i trajnu napetost, što se očitovalo kroz poremećaje spavanja, hiperbudnost i stalnu usmjerenost na moguće znakove novog potresa. Osjećaj nepredvidivosti i nemogućnosti anticipiranja događaja dodatno je pojačavao psihološki stres i kroničnu mentalnu iscrpljenost. Čak je i korištenje digitalnih aplikacija i medijskih izvještaja o seizmičkoj aktivnosti pridonosilo emocionalnom opterećenju, zbog čega su mnoge medicinske sestre namjerno ograničavale izloženost takvim informacijama. Ovi nalazi naglašavaju da su iskustva potresa kod medicinskih sestara karakterizirana simultanim psihološkim pritiscima – strahom za vlastiti život, odgovornošću prema korisnicima i nepredvidivošću događaja – te ukazuju na potrebu za sustavnom psihološkom podrškom i intervencijama koje mogu ublažiti akutni stres i dugotrajne emocionalne posljedice. Ovakve reakcije emocionalnog preplavlivanja i stalne napetosti predstavljaju sastavni dio akutnog stresa te, ukoliko su prisutne dugotrajno, mogu doprinijeti i potencijalnom razvoju traume. Pojava izbjegavanja podsjetnika, upravo primjer uklanjanja aplikacija za predviđanje potresa, ilustrira mehanizme ponašanja karakteristične za PTSP, gdje osoba aktivno pokušava smanjiti izloženost traumatskim podsjetnicima. Slične nalaze nalazimo i u drugim studijama o prirodnim katastrofama, koje potvrđuju da su osjećaji bespomoćnosti i gubitka kontrole ključni prediktori traumatskih reakcija nakon katastrofa [154-159].

U provedenom istraživanju, istaknuto je da je i dugotrajna izloženost zahtjevnim radnim uvjetima i stresnim okolnostima rezultirala osjećajem premorenosti, emocionalne iscrpljenosti, anksioznosti i depresivnosti. Ovi nalazi ukazuju na mogućnost pojave i dugotrajnih psiholoških posljedica što je u skladu i drugim studijama [111, 117, 158, 159].

Patnja korisnika, posebno nepokretnih ili s kognitivnim oštećenjima, snažno je utjecala na medicinske sestre, a u kontekstu potresa dodatno je intenzivirana. Svjedočenje straha i panike korisnika – primjerice kada su korisnici vikali „da će ih zatrpati“ ili kada su u potresu tražili fizičku pomoć i emocionalnu utjehu – predstavlja sekundarnu

traumatsku izloženost, koja je sastavni dio pojave akutnog stresa i može doprinijeti profesionalnom sagorijevanju. Sestre su opisivale osjećaj nemoći i emocionalne preplavljenosti pred tuđim strahom te potrebe da utješe i smire uznemirene korisnike što su i činile, pružajući im fizičku i emocionalnu podršku, u situacijama koje su se odvijale izvan njihove kontrole i koje su i njima bile zastrašujuće. Takva iskustva odražavaju osnovne elemente definicije traume, uključujući intenzivnu emocionalnu reakciju na stvarnu ili potencijalnu prijetnju, a u ovom slučaju i kroz empatijsko prepoznavanje i svjedočenje patnje drugih. Ovo je posebno značajno i karakteristično za pomažuća zanimanja, gdje kontinuirana izloženost emocionalnoj patnji može kumulativno dovesti do sagorijevanja. Slični mehanizmi sekundarne traume prepoznati su u istraživanjima zdravstvenih djelatnika izloženi traumatskim situacijama, što potvrđuje važnost sustavne podrške i intervencija za očuvanje mentalnog zdravlja osoblja [159-165]. Nalazi provedenog istraživanja u velikoj su mjeri u skladu s rezultatima drugih studija koje su ispitivale psihološke i socijalne učinke potresa na zdravstvene djelatnike. Sustavni pregled Tahernejad i suradnika [158] ukazuje da su zdravstveni radnici nakon potresa najčešće iskusili simptome akutnog i posttraumatskog stresa, anksioznost, depresivne simptome te osjećaj bespomoćnosti. Slične rezultate bilježe i Emirza i sur. [159], koji ističu povećanu pojavnost emocionalne iscrpljenosti i sekundarnog traumatskog stresa, osobito među djelatnicima na prvoj crti odgovora nakon prirodnih katastrofa. Istraživanje Harmancı Seren i sur. dodatno potvrđuje da su medicinske sestre nakon potresa u Turskoj izvještavale o visokoj razini stresa, uključujući strah, nesanicu i osjećaj nesigurnosti, dok su Yanik i sur. utvrdili izražene posttraumatske reakcije i emocionalne teškoće koje su se zadržale i mjesecima nakon događaja. [160, 161, 165]. Ovi nalazi potvrđuju da potresi imaju snažan i dugotrajan psihosocijalni učinak na zdravstvene djelatnike, što se pokazalo i u provedenom istraživanju – osobito kroz povećan osjećaj nesigurnosti, bespomoćnosti i emocionalne iscrpljenosti, ali i kroz potrebu za jačanjem organizacijske podrške i psihološke otpornosti u kriznim situacijama [162–171]. Slični obrasci reakcija identificirani su u Japanu, gdje su prepoznati inicijalni akutni stres, kronični stres i umor [162] kao i u Turskoj gdje istraživanja ukazuju na to da značajan broj zdravstvenih djelatnika (54,9%) doživljava visoku emocionalnu iscrpljenost, pri čemu je gotovo polovica tih osoba medicinske sestre (47,9%). Uočeno je da medicinske sestre imaju izraženije simptome emocionalne iscrpljenosti, depresije i stresa te niže razine samoprocijenjene otpornosti u usporedbi s ostalim zdravstvenim radnicima. Viša razina stresa povećava vjerojatnost visoke

emocionalne iscrpljenosti, dok veće radno iskustvo djeluje kao zaštitni čimbenik, smanjujući rizik od sagorijevanja kod medicinskih sestara [163]. Ovi nalazi konzistentni su s nalazima provedenog istraživanja.

Pojava potresa dodatno je intenzivirala organizacijske izazove u domovima za starije osobe, koji su već djelovali pod ograničenjima i protokolima pandemije COVID-19. U uvjetima istovremene kontrole zaraze i izvanrednog seizmičkog događaja, upute za postupanje ponekad su bile kontradiktorne, zahtijevajući od medicinskih sestara brzo određivanje prioriteta i prilagodbu radnih procesa. Medicinske sestre istaknule su kompleksnost reorganizacije rada, uključujući logističke izazove vezane uz prehranu, dezinfekciju i evakuaciju korisnika u ograničenom prostoru. Posebne poteškoće nastajale su u stacionarnim jedinicama zbog nedostatka adekvatnog prostora, prekida rada infrastrukturnih sustava poput lifta i potrebe za simultanim održavanjem higijenskih standarda. Unatoč tim izazovima, sestre su razvile strategije za koordinaciju aktivnosti, uključujući razdvajanje zadataka i suradnju s vanjskim stručnim suradnicima, što je omogućilo održavanje kontinuiteta skrbi i minimaliziranje rizika za korisnike i osoblje. Takvi organizacijski problemi predstavljaju značajan izvor stresa, što je potvrđeno i u drugim međunarodnim studijama [168, 170].

U iranskoj studiji, više od polovice ispitanika izvijestilo je o nedostatnoj pripremljenosti za katastrofe, što je bilo povezano s povećanom razinom profesionalnog stresa [164]. Slični su rezultati zabilježeni i u istraživanju provedenom u Turskoj, koje je pokazalo da niska razina pripravnosti negativno utječe na otpornost zdravstvenih djelatnika [165].

Ispitanice su u više studija isticale potrebu za jasnim protokolima za katastrofe, dostupnom psihološkom podrškom, edukacijom o upravljanju stresom, simulacijskim treninzima i boljom komunikacijom s upravom, što je u skladu s globalnim preporukama [165, 167-172]. Kognitivni okvir pripravnosti na katastrofe naglašava važnost kombiniranja teorijske edukacije s praktičnim vještinama, poput učinkovite komunikacije, timske suradnje i prilagodljivosti, kako bi se ojačala otpornost zdravstvenih djelatnika [170].

Pandemija COVID-19 dodatno je pogoršala postojeće izazove u radu medicinskih sestara, povećavši radno opterećenje i nedostatak osoblja, što predstavlja ključne čimbenike rizika za profesionalno sagorijevanje [171]. Nalazi provedenog istraživanja jasno ukazuju na kumulativni učinak pandemije COVID-19 i potresa na emocionalno i fizičko stanje osoblja i uznemirenosti. Ova iskustva potvrđuju i nalazi prethodnih

međunarodnih studija, koje ističu povećani rizik od sagorijevanja kod zdravstvenih djelatnika suočenih s visokim radnim opterećenjem i složenim organizacijskim izazovima. Prema najnovijim smjernicama American Medical Association (2024), sindrom profesionalnog sagorijevanja sve se češće povezuje s kroničnim sustavnim stresorima koji proizlaze iz radnog okruženja. Administrativna opterećenja, neučinkoviti organizacijski procesi i nedostatak podrške ili autonomije u radu značajno povećavaju rizik od emocionalne iscrpljenosti i gubitka profesionalnog zadovoljstva među zdravstvenim djelatnicima [172]. Kvalitativni dio provedenog istraživanja ukazuje i na izraženu potrebu medicinskih sestara za sustavnom psihološkom podrškom i edukacijom o upravljanju stresom, kriznim protokolima i strategijama za suočavanje s nepredvidivim situacijama. Ispitanice su naglašavale da bi organiziranje stručnih radionica, tribina ili dostupnosti psihologa omogućilo bolje razumijevanje kriznih postupaka, pružilo emocionalnu podršku te unaprijedilo spremnost za suočavanje s visokim radnim opterećenjem i traumatskim događajima. Iskustva i drugih medicinskih sestara koje su djelovale u kriznim i izvanrednim okolnostima, poput potresa i pandemije COVID-19, također ukazuju na izraženu potrebu za sustavnom psihološkom podrškom i brigom o mentalnom zdravlju osoblja [149, 189, 193]. Takva podrška, kao što ističu autori navedenih istraživanja, predstavlja ključan zaštitni čimbenik koji ublažava učinke akutnog stresa i sprječava razvoj profesionalnog sagorijevanja. Ovi nalazi dodatno potvrđuju važnost sustavne pripremljenosti, edukacije i dostupnosti psihološke pomoći u pomažućim zanimanjima, ističući ulogu zaštitnih čimbenika u prevenciji emocionalnog iscrpljenja i profesionalnog sagorijevanja. Učinkovito upravljanje kriznim uvjetima zahtijeva kombinaciju stručnog vodstva, emocionalne podrške i organizacijskih inovacija kako bi se očuvala dobrobit i učinkovitost zdravstvenog osoblja [173]. Unatoč brojnim izazovima, medicinske su sestre su, u ovom istraživanju isticale snažan osjećaj dužnosti, solidarnosti i profesionalne predanosti, koji im je davao novu svrhu i djelovao kao zaštitni čimbenik od stresa. Međutim, izražavale su i osjećaj podcijenjenosti u odnosu na bolničke medicinske sestre, što se manifestiralo kroz percepciju da je njihov rad manje priznat i vrednovan, unatoč složenosti i odgovornosti koju uključuje. Takav osjećaj podcijenjenosti može smanjiti zadovoljstvo vlastitim radom, osjećaj osobnog postignuća i profesionalno samopouzdanje, čime dodatno povećava rizik od profesionalnog sagorijevanja, osobito u uvjetima povećanog radnog i emocionalnog opterećenja. Prethodna istraživanja potvrđuju da su zadovoljstvo poslom i angažiranost snažno povezani s

percepcijom podrške, priznanjem i vrijednošću koju zaposlenici doživljavaju u svom radu [84–9]. Ovi nalazi naglašavaju važnost institucionalnog priznanja i sustavne podrške kao ključnih faktora za očuvanje mentalnog zdravlja i profesionalne motivacije u dugotrajnoj skrbi.

5.3. Razina profesionalnog sagorijevanja tijekom pandemije COVID-19 i potresa

U okviru konceptualizacije profesionalnog sagorijevanja razlikujemo tri osnovne dimenzije profesionalnog sagorijevanja koje se interpretiraju zasebno. Emocionalna iscrpljenost predstavlja temeljnu sastavnicu sindroma sagorijevanja i odnosi se na osjećaj kroničnog umora, preopterećenosti te gubitka emocionalnih i psihičkih resursa potrebnih za suočavanje sa zahtjevima posla. Ova dimenzija reflektira doživljaj iscrpljenosti do te mjere da pojedinac osjeća kako više nema snage za adekvatan profesionalni angažman. Druga dimenzija, depersonalizacija, opisuje razvoj distanciranog, hladnog i često ciničnog odnosa prema korisnicima usluga, klijentima ili pacijentima. Ona se interpretira kao oblik psihološke obrane od emocionalnog preopterećenja, ali istovremeno narušava kvalitetu profesionalnih interakcija i umanjuje empatijski angažman. Treća sastavnica, osobno postignuće, odnosi se na subjektivnu procjenu vlastite profesionalne uspješnosti i kompetentnosti. Smanjeni osjećaj osobnog postignuća očituje se kroz doživljaj neučinkovitosti, smanjene produktivnosti i nezadovoljstva vlastitim radom, što dugoročno može dovesti do smanjenja motivacije i profesionalne angažiranosti. Zanimanja koja uključuju intenzivan rad s ljudima – poput zdravstvene skrbi, obrazovanja i socijalnog rada – posebno su rizična za razvoj sagorijevanja [23]. Emocionalni zahtjevi, uključujući potrebu za izražavanjem empatije i potiskivanjem vlastitih emocija, snažno doprinose sagorijevanju, često i više od objektivnih radnih zahtjeva [45]. Zdravstveni radnici i učitelji češće doživljavaju emocionalnu iscrpljenost zbog intenzivnog odnosa s korisnicima [41]. Kvantitativni rezultati ovog istraživanja pokazuju visoku razinu profesionalnog sagorijevanja tijekom izloženosti pandemiji COVID-19 i potresima: 62,3% ispitanica iskazalo je visoku emocionalnu iscrpljenost, 26,7% visok stupanj depersonalizacije, dok je 34,9% iskazalo nisku razinu osobnog postignuća. To su kriteriji koji ukazuju na visoku razinu profesionalnog sagorijevanja. Zanimljivo je da je jednaki udio ispitanica (34,9%) imalo osjećaj niskog i visokog osobnog postignuća. Uz nalaze visokog profesionalnog

sagorijevanja u kvantitativnom dijelu istraživanja i kvalitativnom dijelu istraživanja vrlo često je do izražaja dolazila iscrpljenost kao iskustvo povezano s razdobljem pandemije COVID-19 i potresa, pri čemu je pandemija bila značajniji izvor kronične iscrpljenosti, a potres se istaknuo kao akutni stres s potencijalom traumatskog doživljaja. Također, neka od iskustava koja su došla do izražaja kroz dubinske intervjue, mogla bi se opisati kao depersonalizacija. Osobno postignuće, slično kao u kvantitativnom dijelu istraživanja, izraženo je dvodimenzionalno: nepoznanice vezane uz novonastalu situaciju i radne procese i obim posla stvorile su doživljaj smanjenog osobnog postignuća, dok je savladavanje izazovnih iskustava i stjecanja novih profesionalnih vještina kod nekih medicinskih sestara kreirao doživljaj većeg osobnog postignuća. S obzirom na značajnost pojavljivanja prilikom intervjuiranja, iscrpljenost je definirana kao podtema vezana i za iskustvo pandemije i potresa. Zadovoljstvo radi dobrog obavljenog posla također se istaknulo kao jedna od podtema unutar tema povezanih s najizraženijim iskustvima. Potres je u raspravi izdvojen kao zasebna cjelina, te smo u toj cjelini detaljnije prikazali i raspravili rezultate kvalitativnog istraživanja povezane s tim događajima.

Prema istraživanju Jeleč Kaker (2011), koje je ispitivalo razine profesionalnog zadovoljstva i sagorijevanja socijalnih radnika i medicinskih sestara u domovima za starije osobe, prije pojave pandemije COVID-19 i potresa u Sloveniji su zabilježene niske do srednje razine depersonalizacije, srednje razine emocionalne iscrpljenosti te srednje razine osobnog postignuća, što ukupno ukazuje na umjerenu razinu profesionalnog sagorijevanja [138]. Druga istraživanja pokazuju nešto drugačije rezultate. Istraživanja provedena među medicinskim sestrama u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji pokazalo je visoke razine profesionalnog sagorijevanja u nešto manje od pedeset posto ispitanika, pri čemu su emocionalna iscrpljenost i distanciranje od posla bile najizraženije dimenzije koje su rezultirale i lošim odnosom prema korisnicima [75]. Međunarodna komparativna studija provedena u šest zemalja potvrdila je povezanost između viših razina emocionalne iscrpljenosti i niže percipirane kvalitete skrbi, što ukazuje na to da sagorijevanje ima izravne posljedice ne samo na dobrobit osoblja, već i na sigurnost i zadovoljstvo korisnika usluga [76]. Pojedine studije dodatno ukazuju da, pod nepovoljnim radnim uvjetima, dulji radni staž u domu za starije može biti povezan s nižim osjećajem osobnog postignuća [76, 79].

Rezultati ovog istraživanja koji su pokazali više razine profesionalnog sagorijevanja u skladu su s rezultatima drugih istraživanja provedenih tijekom pandemije COVID-19, čime se potvrđuje da su dodatni stresori povezani s pandemijom imali snažan učinak na radno opterećenje medicinskih sestara [148, 174-184]. Studije provedene među sestrinskim osobljem u bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama tijekom pandemije COVID-19 pokazale su visoku razinu profesionalnog sagorijevanja, pri čemu su ključni čimbenici bili preopterećenost poslom, emocionalni stres, strah od zaraze i nedovoljna podrška nadređenih [148, 150]. Meta-analiza trideset studija provedena do siječnja 2021. pokazala je da je ukupna učestalost sindroma sagorijevanja među zdravstvenim djelatnicima tijekom pandemije COVID-19 iznosila 52%, pri čemu su emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija bile posebno izražene (51–52%), a nedostatak osobnog postignuća nešto manje (28%). Ova, provedena studija pokazuje nešto višu razinu emocionalne iscrpljenosti, dok je razina depersonalizacije nešto niža, što ukazuje na moguće varijacije u iskustvu profesionalnog sagorijevanja u različitim kontekstima i populacijama [150].

Prema rezultatima istraživanja u Sloveniji, razina profesionalnog sagorijevanja bila je značajno viša tijekom pandemije COVID-19, a smanjeno zadovoljstvo poslom se pokazalo kao važan prediktor sindroma sagorijevanja. Uočena je negativna povezanost između zadovoljstva poslom i emocionalne iscrpljenosti. Ispitanici su doživljavali pojačanu iscrpljenost i smanjeno osobno postignuće [138].

U presječnoj studiji na 228 zaposlenika u Španjolskoj istaknuta je visoka razina radnog stresa, a u domovima s potvrđenim slučajevima COVID-19 zabilježene su i više razine sekundarnog traumatskog stresa [131]. U više istraživanja u Španjolskoj, Irskoj i Njemačkoj utvrđena je vrlo visoka pojavnost anksioznosti i depresije, simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja te smanjene kvalitete života među zdravstvenim djelatnicima u domovima za starije [180–182]. Slične rezultate dobili smo i u provedenom kvalitativnom dijelu istraživanja u kojem su sestre naglašavale narušenu kvalitetu života tijekom pandemije COVID-19. Studija među medicinskim sestrama u Španjolskoj, Italiji, Peruu i Meksiku pokazale su da su se osjećale iscrpljeno i preopterećeno, uz zaključak da je potrebno globalno preispitati modele skrbi u domovima za starije [183]. Medicinske sestre u ovom istraživanju naglašavale su da su adekvatni organizacijski i infrastrukturni uvjeti ključni za optimalno provođenje radnih procesa, ali i za prevenciju stresa i profesionalnog sagorijevanja. U tom

kontekstu istaknule su potrebu za povećanjem broja djelatnika, adekvatnim prostornim rješenjima i prilagodbom okruženja potrebama korisnika, uključujući one s demencijom i Alzheimerovom bolešću. Ove mjere prepoznate su kao nužne ne samo za sigurnost i dobrobit korisnika, nego i za smanjenje radnog opterećenja i emocionalnog stresa medicinskih sestara. Predlaganje unaprjeđenja rada medicinskih sestra pozitivni je čimbenik na koji smo nailazili tijekom intervjuiranja koji pokazuje angažiranost sestara i pridonosi osjećaju smislenosti rada što predstavlja važan psihološki resurs, osobito u kontekstu rada u domovima za starije, gdje su zahtjevi rada i emocionalno opterećenje izraženi. I druga istraživanja pokazuju da percepcija smislenosti posla doprinosi očuvanju mentalnog zdravlja i smanjenju rizika od profesionalnog sagorijevanja [184].

Nalazi istraživanja iz Austrije u pet domova za starije, pokazuju da su dodatni radni zadaci i organizacijske promjene doveli do značajnog psihološkog opterećenja zaposlenika u domovima za starije, manifestiranog kroz nesigurnost, strah i kronični stres [186]. U Puerto Ricu također su dokumentirali visok stupanj profesionalnog sagorijevanja kod dugotrajnih njegovatelja uz visoke razine sagorijevanja u svim trima subskalama, dok su liječnici imali visoke rezultate u emocionalnoj iscrpljenosti i umjereno visoke u depersonalizaciji i osobnom postignuću na poslu [187].

Depersonalizacija, specifična za zdravstvene djelatnike, manifestira se kroz cinizam, rigidno ponašanje i emocionalno distanciranje od korisnika, što negativno utječe na profesionalnu učinkovitost i kvalitetu skrbi [179, 188]. Nalazi provedenog kvalitativnog istraživanja dodatno potvrđuju prisutnost ovog fenomena među medicinskim sestrama u uvjetima pojačanog radnog i emocionalnog opterećenja. Medicinske sestre opisivale su osjećaj bezvoljnosti, demotiviranosti, gubitka emocionalne prisutnosti i iscrpljenosti, posebno u periodima intenzivnog rada s velikim brojem korisnika i kontinuiranim hitnim situacijama. Takvo emocionalno distanciranje povezano je s gubitkom motivacije, smanjenom sposobnošću izražavanja empatije i općenito smanjenim zadovoljstvom radom. Unatoč profesionalnoj predanosti i ljubavi prema poslu, neke su medicinske sestre razmatrale mogućnost napuštanja radnog mjesta, što dodatno ilustrira težinu emocionalnog i psihološkog tereta s kojim su se suočavale. Španjolska studija potvrdila je da rad u domovima za starije s prisutnim slučajevima COVID-19 predstavlja izražen radni pritisak, što je dovelo do povećane emocionalne iscrpljenosti i sagorijevanja zaposlenika [144].

Također, organizacijske promjene, poput reorganizacije ili spajanja, mogu narušiti psihološki ugovor zaposlenika s organizacijom, smanjujući povjerenje, osjećaj kontrole i autonomije te povećavajući rizik od sagorijevanja te mogu dovesti do osjećaja gubitka kontrole i autonomije kod zaposlenika, što je dodatno povezano s emocionalnom iscrpljenošću i smanjenim angažmanom [38, 50–52]. U našoj studiji medicinske sestre isticale osjećaje zabrinutosti, emocionalnog preplavlivanja, pa i ljutnje, koji su proizlazili iz brojnih teškoća u organiziranju rada unutar domova za starije osobe. Teškoće su se ponajprije odnosile na odvajanje zaraženih korisnika, uspostavu i održavanje izolacijskih odjela te osiguravanje kontinuirane i sigurne skrbi u uvjetima stalnih organizacijskih promjena. Osjećaj smanjene kontrole nad radnim okruženjem dodatno se intenzivirao pojavom potresa, što je pridonijelo dodatnom psihološkom opterećenju i profesionalnoj iscrpljenosti. Organizacijske promjene predstavljale su značajne rizike koji povećavaju stres i profesionalno sagorijevanje osoblja tijekom pandemije COVID-19 i potresa [122-144, 147]. I studija provedena u domovima za starije osobe u južnoj Francuskoj tijekom 2021. pokazala je da su zaposlenici bili izloženi riziku od posttraumatskog stresnog poremećaja (21,4%), anksioznosti (28,8 %) i depresije (10,4%), pri čemu su ključni stresori bili strah od skrbi za COVID-19 pacijente, konflikti s korisnicima i kolegama te otkazivanje godišnjih odmora [188]. Studija koja obuhvaća podatke iz 38 zemalja, pokazala je da je COVID-19 pandemija globalno dovela do značajnog porasta profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara, pri čemu su trendovi jasno ukazali na relativno stabilne razine profesionalnog sagorijevanja prije pandemije, nasuprot ubrzanom i statistički značajnom porastu tijekom pandemije COVID-19 [126]. Dostupna istraživanja, dakle, u skladu s provedenim istraživanjem, i ukazuju da je pandemija dovela do značajne intenzifikacije profesionalnog sagorijevanja, uz primjetne posljedice na mentalno zdravlje i kvalitetu života zaposlenih [175–191].

Važno je i osvrnuti se na činjenicu da profesionalno sagorijevanje i stres među zdravstvenim djelatnicima značajno eskaliraju u uvjetima kombiniranih katastrofa, kada su istovremeno izloženi dvjema ili više kriznih situacija, poput pandemije COVID-19 u kontekstu ratnih sukoba ili prirodnih katastrofa što je sukladno kombiniranoj kriznoj situaciji koju smo mi istraživali. Takve situacije pojačavaju već prisutne stresore, uključujući preopterećenost, nesigurnost i emocionalnu iscrpljenost. Istraživanja pokazuju da kumulativna izloženost stresorima, poput više uzastopnih prirodnih

katastrofa ili kombinacije katastrofa i pandemija, snažno utječe na mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika pri čemu su potencijalni rizici veći nego kod jednokratnih katastrofa [192]. Zdravstveni radnici izloženi višestrukim katastrofama pokazuju veću učestalost depresivnih simptoma, anksioznosti i sindroma sagorijevanja, a kumulativne katastrofe imaju dugotrajne posljedice i na zdravstveni sustav [192, 193]. Studija provedena u Libiji tijekom pandemije i građanskog rata pokazala je visoke razine emocionalne iscrpljenosti (67,1%), depersonalizacije (47,4%) i niskog osobnog ostvarenja (22,7%) među liječnicima [175]. Prema studiji Imtiyaza i suradnika (2024), više od 80% zdravstvenih radnika u Kašmiru iskazalo je umjereni do visoki stres, dok je gotovo polovica doživjela profesionalno sagorijevanje. Rezultati također pokazuju negativnu korelaciju između otpornosti i stresa te sagorijevanja, s višim razinama među mlađim, neoženjenim zdravstvenim radnicima, osobito mlađim specijalizantima i medicinskim sestrama. Dodatno, čimbenici poput premještanja na rad s oboljelima, nepredvidljivosti radnog rasporeda, pozitivnog testa na COVID-19 i vremena provedenog u izolaciji ili karanteni povezani su s većim rizikom od razvoja profesionalnog sagorijevanja [190]. Prema pojedinim studijama, na globalnoj razini, 56 % ispitanika iz 45 zemalja iskusilo je emocionalnu iscrpljenost, a 49 % depersonalizaciju, pri čemu je jedan od ključnih prediktora stresa bila učestalost suočavanja sa smrću pacijenata [177]. Provedeno istraživanje uglavnom potvrđuje ove nalaze: emocionalna iscrpljenost bila je vrlo slična ovim studijama ili čak nešto viša, a stupanj depersonalizacije bio je nešto niži. Alzailai i sur. (2023) u svom mješovitom sustavnom pregledu utvrdili su da profesionalno sagorijevanje zdravstvenih djelatnika na prvoj liniji, tijekom katastrofa, negativno utječe na njihovo fizičko i mentalno zdravlje, ponašanje na poslu i radnu uspješnost kao i da su refleksivne i samonjegujuće intervencije imale najpozitivniji učinak na smanjenje sagorijevanja [178]. Ovi rezultati naglašavaju da kombinirane krize povećavaju emocionalni pritisak i osjećaj bespomoćnosti što dodatno povećava rizik od profesionalnog sagorijevanja, a time i posljedica na zdravlje, ali i ponašanje na radnom mjestu. U tom kontekstu, treba spomenuti i moguću pojavu narušenih međuljudskih odnosa, pojave konflikata i narušavanje timske dinamike čiji negativni učinci se često prenose i na privatni život zaposlenika. Istraživanja su pokazala da su konflikti unutar grupe pozitivno povezani s razinom sagorijevanja, dok psihološki kapital zaposlenika djeluje zaštitno te je negativno povezan sa sagorijevanjem [40, 44-49, 192-194]. Leon-Pérez i sur. identificirali su snažnu pozitivnu povezanost konfliktnih odnosa unutar radnih jedinica

(relationship conflict) i sagorijevanja, uz istodobno smanjenje kvalitete usluge koju zaposlenici pružaju [40]. Consiglio i sur. predložili su pojam interpersonalnog napetog odnosa (interpersonal strain) kao novu dimenziju sagorijevanja, posebno povezanu s distanciranjem od posla (disengagement), koji se u najvećoj mjeri razvija kroz složene i napete odnose na poslu [194]. Ovi rezultati u skladu su s nalazima provedenog istraživanja i potvrđuju važnost kvalitetnih timskih odnosa, osobito u kriznim okolnostima poput pandemije i potresa. Dodatnu perspektivu donosi model „team burnout“ (timsko sagorijevanje), koji naglašava kako interakcije među članovima tima – razmjena informacija, međusobna emocionalna podrška i fenomen emocionalnog „crossovera“ – mogu potaknuti sagorijevanje na razini tima [194, 195]. Takvo „timsko sagorijevanje“ dovodi i do narušavanja učinkovitosti i kohezije tima.

Nalazi ovog istraživanja ukazuju da su kumulativni stresori osobito vidljivi u kontekstu rada u kriznim uvjetima, poput pandemije COVID-19 i potresa. Pretjerana komunikacija, stalna izloženost digitalnim aplikacijama, medijskim izvještajima i drugim stresnim sadržajima dodatno su povećavali psihološko i emocionalno opterećenje medicinskih sestara. Takvi uvjeti dovodili su do osjećaja preopterećenosti, kroničnog umora i smanjene sposobnosti fokusiranja na zadatke, čime su dodatno ugrožavali profesionalno zadovoljstvo i kvalitetu skrbi.

Ovi nalazi potvrđuju važnost reguliranja informacijske izloženosti, strukturiranja komunikacijskih kanala i pružanja podrške zdravstvenim djelatnicima kako bi se smanjio rizik od kumulativnog stresa i profesionalnog sagorijevanja u kriznim situacijama.

Profesionalno sagorijevanje, iako različito od depresije, prelijeva se i na privatni život. Na relaciji posao–privatni život, Spillover-Crossover model objašnjava kako se stres i negativna iskustva s posla prenose i u privatni život zaposlenika (spillover), a zatim prelaze i na članove obitelji (crossover) [196]. Time se produbljuju emocionalna iscrpljenost i narušava dobrobit i članova kućanstva. Shields i Chen pokazali su snažnu pozitivnu povezanost između konflikta posao–život i profesionalnog sagorijevanja, prof uz brojne negativne posljedice poput psihološkog stresa, poremećaja spavanja, obiteljskih problema i narušenih međuljudskih odnosa [197]. U nalazima provedenog istraživanja, ali i drugim sukladnim nalazima dodatno se potvrđuje da su konflikti unutar grupe pozitivno povezani s razinom profesionalnog sagorijevanja, dok psihološki kapital djeluje zaštitno i smanjuje njegovu vjerojatnost [49]. Također, kroz kvalitativni

dio istraživanja koji je obuhvatio privatni život i kvalitetu života medicinskih sestara istaknuta je narušena dobrobit privatnog života koja se povezuje s obimom posla, očekivanjima, emocionalnim iscrpljivanjem, strahom od zaraze i potencijalnim novih potresa. Istovremeno, unutarnji resursi i kvalitetna timska podrška djelovali su zaštitno, smanjujući negativni učinak stresora i jačajući osjećaj postignuća, čime se potvrđuje teza da stresori s radnog mjesta mogu prelaziti u privatni život, ali njihov učinak može biti moduliran dostupnim resursima i podrškom.

5.4. Povezanost profesionalnog stresa i sagorijevanja tijekom pandemije COVID-19 i potresa

Treći cilj provedenog istraživanja bio je ispitati povezanost između izvora profesionalnog stresa i profesionalnog sagorijevanja. Budući da se profesionalno sagorijevanje metodološki procjenjuje kroz njegove tri ključne komponente, analiziran je odnos izvora stresa s emocionalnom iscrpljenošću, depersonalizacijom i osjećajem osobnog postignuća. Povezanost je ispitana u odnosu na četiri najizraženija izvora stresa, identificirana faktorskom analizom: nedostatak podrške i suradnje unutar tima, preopterećenost poslom, nerealna očekivanja na radnom mjestu te nedostatak komunikacije s nadređenima. Faktorska analiza pružila nam je uvid u to što ispitanice najčešće doživljavaju kao stresno, dok regresijska analiza naglašava koji stresori najviše doprinose negativnim ishodima, odnosno profesionalnom sagorijevanju, a ističe i važnost ciljanih intervencija usmjerenih ne samo na učestalost, nego i na utjecaj stresora.

Rezultati regresijske analize potvrdili su da su izvori stresa značajni prediktori profesionalnog sagorijevanja. Tri čimbenika – nedostatak podrške kolega, pretjerani opseg posla i nerealna očekivanja – pokazali su se statistički značajnima u predviđanju emocionalne iscrpljenosti. Nasuprot tome, nedostatak komunikacije s nadređenima nije se pokazao značajnim prediktorom u ovom odnosu.

U kontekstu depersonalizacije, ključnim prediktorima pokazali su se nerealna očekivanja i nedostatak podrške kolega. Premda su pretjerani opseg posla i nedostatak komunikacije s nadređenima također pokazali određenu povezanost, ona nije dosegla razinu statističke značajnosti, te se ti faktori ne mogu smatrati pouzdanim prediktorima. Što se tiče osjećaja osobnog postignuća, najveći utjecaj zabilježen je kod pretjeranog opsega posla i nerealnih očekivanja. Zanimljivo je da se veći opseg posla može povezati s povećanim osjećajem postignuća, dok nerealna

očekivanja djeluju suprotno – smanjuju taj osjećaj. Ostali analizirani faktori, poput nedostatka podrške kolega i komunikacije s nadređenima, nisu pokazali značajan utjecaj na ovu komponentu. Kao najkonzistentniji i najsnažniji prediktor kroz sve tri podskale sindroma profesionalnog sagorijevanja istaknula su se nerealna očekivanja. Ona ne samo da povećavaju emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju, već i smanjuju osjećaj osobnog postignuća, čime zauzimaju središnje mjesto u objašnjenju mehanizama profesionalnog sagorijevanja.

Zanimljivo je istaknuti naoko paradoksalni povezanost pretjeranog opsega posla kao izvora stresa. Iako se, očekivano, pokazao značajnim prediktorom emocionalne iscrpljenosti, istovremeno je, s osjećajem osobnog postignuća pokazao pozitivnu povezanost – veći opseg posla bio je povezan s višim osjećajem profesionalnog ostvarenja. Taj rezultat upućuje na složenost doživljaja radnog opterećenja koje, ovisno o kontekstu i percepciji zaposlenika, može imati i poticajan karakter. Osim toga, pretjerani opseg posla bio je blizu granice statističke značajnosti i u predikciji depersonalizacije, što dodatno potvrđuje njegovu važnost kroz više dimenzija sagorijevanja. Nedostatak podrške kolega također se pokazao kao stabilan prediktor, sa značajnim učinkom na emocionalnu iscrpljenost i posebno na depersonalizaciju. Iako slabijeg intenziteta u odnosu na nerealna očekivanja i opseg posla, njegov ponovljeni utjecaj kroz više komponenti sagorijevanja ukazuje na važnost timske podrške u prevenciji sagorijevanja.

S druge strane, nedostatak komunikacije s nadređenima nije pokazao statistički značajan utjecaj ni na jednu od podskala profesionalnog sagorijevanja, osim marginalnog utjecaja na depersonalizaciju. Ovaj rezultat sugerira da, iako komunikacija s nadređenima ima određenu važnost u radnom okruženju, njezin utjecaj na doživljaj sagorijevanja u našem kontekstu nije bio presudan. U literaturi se kao temeljni okvir za razumijevanje povezanosti radnih zahtjeva i profesionalnog sagorijevanja ističe model zahtjeva i resursa posla (JD-R). Prema ovom modelu, zahtjevi posla (npr. radno i emocionalno opterećenje, nerealna očekivanja) potiču emocionalnu iscrpljenost, dok nedostatak resursa (npr. podrška kolega, nadzor i kvalitetna komunikacija) doprinosi depersonalizaciji i smanjenom osjećaju osobnog postignuća zaposlenika [28, 29]. U ovom istraživanju nerealna očekivanja pokazala su se posebno značajnim čimbenikom kroz sve tri subskale profesionalnog sagorijevanja, s najjačom povezanosti prema depersonalizaciji. Iako su prethodne studije isticale radno opterećenje kao ključni prediktor distanciranja od posla, naši rezultati ukazuju

da upravo nesrazmjer između očekivanja i stvarnih mogućnosti predstavlja ključni okidač depersonalizacije u kontekstu kriznih uvjeta. Osim povezanosti s depersonalizacijom, nerealna očekivanja značajno doprinose i emocionalnom iscrpljivanju te smanjenju osjećaja osobnog postignuća. Ovaj nalaz dodatno je potvrđen kvalitativnim podacima, u kojima su medicinske sestre opisivale različite oblike nerealnih očekivanja. Takva disproporcija potiče psihološko distanciranje koje, iako u početku može imati zaštitnu ulogu, na duži rok vodi do cinizma, rigidnosti u ponašanju te negativnog ili ravnodušnog odnosa prema korisnicima. Posljedično, dolazi do smanjenja profesionalne učinkovitosti i kvalitete pružene skrbi. Sustavni pregledi i meta-analize provedene u zdravstvenom sustavu, osobito u kontekstu pandemije COVID-19, potvrđuju da su preopterećenost poslom i nerealna ili nejasna očekivanja dosljedno među najsnažnijim prediktorima emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. S druge strane, podrška kolega i nadređenih te osjećaj smislenosti rada, pokazuju se kao zaštitni čimbenici koji umanjuje rizik od izgaranja i smanjuje namjeru napuštanja posla [118- 201]. Empirijski nalazi potvrđuju da mentalno i emocionalno opterećenje izravno predviđa sve tri dimenzije profesionalnog sagorijevanja (emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjeno osobno postignuće), osobito u kontekstu rada u pojačanoj skrbi [199]. Ovo je u skladu s našim rezultatima koji pokazuju da je dugotrajno i intenzivno zbrinjavanje pacijenata tijekom pandemije uz izazove koje je donio potres, u kombinaciji s nerealnim očekivanjima, značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije.

Iako je tijekom pandemije povećani obim posla predstavljao značajan izvor stresa, naši rezultati pokazuju da je on bio uklopljen, upravo u širi okvir nerealnih očekivanja. Ona su uključivala ne samo pretjerani obim poslova, već i zahtjeve obitelji i korisnika te preuzimanje zadataka koji prelaze granice sestrinskih kompetencija. Situaciju je dodatno otežao potres, koji je zahtijevao evakuaciju nepokretnih i dementnih korisnika te istovremeno ublažavanje njihovog straha. To potvrđuje da su upravo nerealna očekivanja predstavljala najznačajniji izvor stresa. Širina poslova koje su medicinske sestre preuzimale u novim organizacijskim okolnostima, uz nove postupke rada i stroge epidemiološke mjere koje su se odražavale i na korisnike i na njihove obitelji, zahtijevala je dodatnu vrstu komunikacije i angažmana. Potresi su izazivali snažan osjećaj nesigurnosti i straha kod korisnika, a postupanja povezana s tom katastrofom prelazila su granice sestrinskih kompetencija te zahtijevala velike profesionalne

osobne prilagodbe. Medicinske sestre istaknule su da su, posebno u uvjetima domova za starije osobe, često preuzimale višestruke uloge, uključujući zadatke koji su prema stručnim kompetencijama i organizacijskim postavkama u opisu posla drugih profesionalaca, odnosno djelatnika. U odsutnosti neposredne liječničke podrške, sestre su morale samostalno donositi odluke i pružati hitnu skrb, što je dodatno povećavalo psihološki teret i odgovornost u svakodnevnom radu.

Rezultati provedenog istraživanja potvrdili su da je pretjerani opseg posla značajan prediktor emocionalnog iscrpljivanja, što je u skladu s brojnim prethodnim studijama koje radno opterećenje identificiraju kao jedan od ključnih čimbenika rizika za razvoj sindroma sagorijevanja. Međutim, paradoksalan nalaz pojavio se kod podskale osobnog postignuća. Naime, veći obim posla povezan je i s višim osjećajem osobnog postignuća. Iako na prvi pogled kontradiktoran, ovaj rezultat moguće je interpretirati u svjetlu psiholoških mehanizama prilagodbe i značenja koje pojedinci pridaju svom radu. Neke ispitanice kvalitativnog istraživanja percipirale su povećane radne zahtjeve ne samo kao izvor stresa, već i kao priliku za profesionalni razvoj, stjecanje novih kompetencija i jačanje samopouzdanja. Kvalitativna analiza je pokazala da preuzimanje različitih odgovornosti i suočavanje s kriznim situacijama doprinosi osjećaju kompetentnosti, samopouzdanju i psihološkom napretku, pružajući unutarnju motivaciju i potvrđujući smisao rada medicinskih sestara u kompleksnim i kriznim uvjetima. Dodatno, kvantitativna analiza razine profesionalnog stresa pokazala je da je podjednak broj ispitanica iskazivao visok i nizak osjećaj osobnog postignuća, što dodatno potvrđuje da percepcija radnog opterećenja nije univerzalna, već ovisi o individualnim razlikama, očekivanjima i interpretacijama profesionalne uloge. Ovi se nalazi mogu objasniti kroz prizmu očekivanja – pojedinci s visokim unutarnjim standardima i očekivanjima od posla: da bude izazovan, smislen i ispunjavajući, skloniji su većem angažmanu. Smislenost rada, kao ključni faktor motivacije i dobrobiti zaposlenika, složen je pojam koji uključuje nekoliko međusobno povezanih dimenzija. Prema suvremenim teorijskim modelima, smislenost rada definira se kao ukupna procjena važnosti posla, odnosno koliko je rad sam po sebi vrijedan i vrijedan truda. Dvije ključne poddimenzije ove procjene su šira svrha – osjećaj da rad doprinosi nečem većem ili društvenoj dobrobiti – te samorealizacija – doživljaj autonomije, autentičnosti i mogućnosti samoistraživanja na radnom mjestu [202]. Samo zaposlenici koji doživljavaju rad kao smislen iskazuju niže razine stresa [203]. U tom kontekstu, krizne

situacije poput pandemije COVID-19 i potresa mogu predstavljati izazovne uvjete koji aktiviraju upravo dimenzije smisla i šire svrhe, osjećaja da se “čini nešto važno” — te stoga dovode do privremenog povećanja osjećaja osobnog postignuća kod zaposlenika, unatoč visokim stresorima. Iskustva nekih medicinskih sestara koje su radile u područjima pogođenim potresima ukazuju na to da su, unatoč psihološkim i socijalnim teškoćama, iskoristile teško iskustvo potresa kako bi prepoznale vlastite sposobnosti i stekle dragocjeno profesionalno iskustvo. Istovremeno su razvile veće samopouzdanje i promijenjen pogled na sebe, što je pridonijelo njihovom osobnom i profesionalnom rastu [165].

Osim što rezultati kvantitativnog istraživanja potvrđuju pozitivnu povezanost između povećanog obima posla i osjećaja osobnog postignuća, isto se očituje i u nalazima kvalitativnog dijela istraživanja. Ispitanice su isticale da im intenzivniji rad u kriznim uvjetima, poput pandemije i potresa, daje osjećaj potrebe i profesionalne relevantnosti, što dodatno doprinosi njihovom doživljaju osobnog postignuća. Na temelju toga može se zaključiti da radno opterećenje ne djeluje jednoznačno; njegov utjecaj posredovan je osobnim i profesionalnim čimbenicima, uključujući osobnost, motivaciju, očekivanja, otpornost i percepciju smisla u radu. Iako osobine ličnosti obično imaju manji utjecaj u odnosu na situacijske čimbenike, određene karakteristike poput neuroticizma, visoke savjesnosti i vanjskog lokusa kontrole povezane su s povećanim rizikom od profesionalnog sagorijevanja, osobito tijekom kriznih razdoblja poput pandemije COVID-19 [46]. Osobe s nižom psihološkom otpornošću, nižim samopouzdanjem i pasivnim strategijama suočavanja češće doživljavaju iscrpljenost i depersonalizaciju. Nasuprot tome, osobine poput ekstraverzije, emocionalne stabilnosti i aktivnog suočavanja djeluju zaštitno [55]. Iako individualne karakteristike mogu doprinijeti ranjivosti na sagorijevanje, ipak su situacijski čimbenici – posebno oni povezani s organizacijom rada – ključni u njegovu razvoju. Prepoznavanje i upravljanje tim čimbenicima ključno je za prevenciju sagorijevanja među zaposlenicima [23]. Rezultati drugih studija također ukazuju da objektivni radni uvjeti snažno utječu na percepciju profesionalne učinkovitosti. Nedostatak povratnih informacija, ograničene mogućnosti sudjelovanja u donošenju odluka i niska autonomija u radu povezani su sa sva tri aspekta sagorijevanja: emocionalnom iscrpljenošću, depersonalizacijom i smanjenim osjećajem osobnog postignuća [50]. Unašem istraživanju i kontekstu dugotrajne preopterećenosti i nerealnih očekivanja, osjećaj postignuća i profesionalne kontrole

djelomično je ipak bio narušen, što je dovelo i do smanjenog doživljaja osobne učinkovitosti kod dijela ispitanica. I druga istraživanja provedena tijekom pandemije COVID-19 među zdravstvenim radnicima u Hrvatskoj utvrdila su da su radni zahtjevi jedan od najvažnijih prediktora sagorijevanja. Najviša značajna pozitivna povezanost utvrđena je između organizacijskih radnih zahtjeva i emocionalne iscrpljenosti dok su radni zahtjevi pokazali umjerenu pozitivnu povezanost s depersonalizacijom, što ukazuje na snažan utjecaj radnog okruženja na razvoj sindroma sagorijevanja [204].

Pojedini autori su u okviru sustavne revizije i meta-analize utvrdili da je profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara povezano s nižom kvalitetom i sigurnošću zdravstvene skrbi te s nižim zadovoljstvom pacijenata. Ova povezanost pokazala se dosljednom bez obzira na karakteristike sestara i pojedinih studija, uključujući dob, spol, radno iskustvo, obrazovanje i geografsko podrijetlo. Kada je riječ o ishodima vezanima uz sigurnost pacijenata, povezanost je bila izraženija za podkomponente emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, nego za niska osobna postignuća. Također, sestre s višom stručnom spremom pokazale su slabiju povezanost sagorijevanja s ishodima sigurnosti u odnosu na one s nižom stručnom spremom [91]. Zanimljiv nalaz ovog istraživanja je da se nedostatak komunikacije s nadređenima koji prema rezultatima regresijske analize nije pokazao značajnim prediktorom niti jedne komponente profesionalnog sagorijevanja, nije niti u kvalitativnom dijelu istraživanja istaknuo kao značajan izvor stresa. Kvalitativni nalazi našeg istraživanja ukazuju, naprotiv, da je kvalitetna i dostupna komunikacija s nadređenima prepoznata kao zaštitni čimbenik. To upućuje na zaključak da uz svakodnevnu horizontalnu podršku među kolegama koja ima neposredniji i kontinuirani utjecaj na doživljaj stresa, vertikalna komunikacija s nadređenima postaje osobito važna u situacijama koje zahtijevaju koordinaciju složenih zadataka ili pružanje emocionalne podrške. Dobra timska suradnja i podrška nadređenih utječe i na osjećaj samoučinkovitosti. S druge strane, studije potvrđuju da interpersonalni konflikti na radnome mjestu značajno doprinose sagorijevanju. Leon-Pérez i sur. identificirali su snažnu pozitivnu povezanost konfliktnih odnosa unutar radnih jedinica i sagorijevanja, uz istodobno smanjenje kvalitete usluge koju zaposlenici pružaju [40]. I u provedenom istraživanju, nedostatak podrške kolega pokazao se važnim prediktorom emocionalnog iscrpljivanja i osobito depersonalizacije, iako s nešto slabijim učinkom u odnosu na nerealna očekivanja i pretjerani opseg posla. Ovaj nalaz dodatno je potvrđen i u kvalitativnom dijelu

istraživanja, gdje su ispitanice u svojim iskazima timski rad opisivale dvojako – kao potencijalni izvor stresa, ali ipak češće kao zaštitni čimbenik. Posebno je naglašeno, a što smo jasno uočili kroz kvalitativne intervjuje, da je timska suradnja ondje gdje je bila očuvana ili čak unaprijeđena, djelovala kao snažan zaštitni faktor, pridonoseći otpornosti i osjećaju profesionalne vrijednosti. Također, nalazi Shields i Chen [197] ukazuju na snažnu povezanost između konflikta na radnom jestu i profesionalnog sagorijevanja, pri čemu stres s posla prelazi u privatni život, povećavajući emocionalno iscrpljivanje i depersonalizaciju. Kvalitativni dio našeg istraživanja obuhvatio je i privatni život i kvalitetu života medicinskih sestara, pri čemu su ispitanice izražavale narušenu kvalitetu života povezanu s obimom posla, očekivanjima na radnom mjestu, emocionalnim iscrpljivanjem, strahom od zaraze i potencijalnih novih potresa. Istovremeno, unutarnji resursi i kvalitetna timska podrška djelovali su zaštitno, smanjujući negativni učinak stresora i jačajući osjećaj postignuća, čime se potvrđuje teza da stresori s radnog mjesta mogu prelaziti u privatni život, ali njihov učinak može biti moduliran dostupnim resursima i podrškom.

Sustavni pregledi i meta-analize pokazuju da profesionalno sagorijevanje medicinskog osoblja negativno utječe na kvalitetu pružene skrbi, sigurnost pacijenata i zadovoljstvo poslom, dok pregledni radovi o zadovoljstvu poslom dodatno naglašavaju važnost radnog okruženja i podrške za očuvanje dobrobiti zdravstvenih djelatnika [148, 150, 201]. Ovi nalazi dodatno naglašavaju važnost prepoznavanja i ublažavanja ključnih izvora stresa – preopterećenosti poslom, nerealnih očekivanja i nedostatka timske suradnje– kako bi se očuvala profesionalna učinkovitost i kvaliteta zdravstvene skrbi.

5.5. Zadovoljstvo poslom i povezanost s profesionalnim sagorijevanjem tijekom pandemije COVID- 19 i potresa

Zadovoljstvo poslom općenito se definira kao pozitivno emocionalno stanje koje proizlazi iz subjektivne procjene radnog iskustva i specifičnih aspekata posla, uključujući radne uvjete, međuljudske odnose, mogućnosti profesionalnog razvoja i razinu autonomije. Ono obuhvaća i kognitivne i emocionalne komponente, te je usko povezano s motivacijom, angažiranošću i općom psihološkom dobrobiti zaposlenika. Važnost zadovoljstva poslom proizlazi iz njegove uloge prediktora različitih radnih ishoda, uključujući produktivnost, fluktuaciju zaposlenika, izostanke s posla te psihološko zdravlje. Niska razina zadovoljstva povezana je s povećanom razinom stresa, učestalijom pojavom sindroma

sagorijevanja te smanjenom motivacijom i angažiranošću [58]. Zadovoljstvo poslom djeluje kao zaštitni faktor koji može ublažiti negativne učinke kroničnog radnog stresa, dok nezadovoljstvo povećava ranjivost, emocionalnu iscrpljenost i razvoj ciničnih stavova prema radu [54]. Stoga su razumijevanje i praćenje zadovoljstva poslom ključni elementi u upravljanju ljudskim potencijalima i prevenciji profesionalnog sagorijevanja, što je od posebnog značaja u visoko stresnim profesijama. Ukupno zadovoljstvo poslom u ispitivanom uzorku medicinskih sestara ovog istraživanja bilo je umjereno, što ukazuje da sestre općenito nisu bile ni izrazito zadovoljne niti nezadovoljne svojim poslom. Pri tome su izrazile blago pozitivno zadovoljstvo međuljudskim odnosima s nadređenima i kolegama, dok su najnezadovoljnije plaćom i mogućnostima napredovanja, što može ograničiti cjelokupno zadovoljstvo poslom. Također, viša razina zadovoljstva poslom korelira negativno s emocionalnim iscrpljenjem i depersonalizacijom, te pozitivno s osjećajem osobnog postignuća, što potvrđuje zaštitnu ulogu zadovoljstva poslom u prevenciji sagorijevanja. Pojedine čestice, osobito one koje se odnose na materijalno nagrađivanje i mogućnosti napredovanja, pokazuju relativno visoke vrijednosti standardne devijacije, što ukazuje na izraženu heterogenost iskustava među ispitanicima. To sugerira da postoje značajne razlike u percepciji tih aspekata radnog mjesta, moguće uvjetovane individualnim čimbenicima poput pozicije, profesionalne pozicije ili dužine radnog staža. Ovi nalazi ukazuju da, iako su međuljudski odnosi kod ispitanica češće izraženi kao podržavajući, materijalno nagrađivanje i profesionalni razvoj ostaju područja za poboljšanje i implementaciju specifičnih mjera zadržavanja kadra. Zadovoljstvo poslom medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije osobe u velikoj mjeri, osim kvalitetnog timskog rada, ovisi i o kvaliteti vodstva, organizacijskoj klimi te dostupnosti emocionalne potpore. Ključne uloge pritom imaju osjećaj smislenosti rada, podrška kolega i mogućnost učinkovite upravljivosti radnim zadacima. Zaposlenici koji doživljavaju profesionalno priznanje i međuljudsku povezanost iskazuju viši stupanj zadovoljstva poslom [101]. Istraživanje provedeno u švicarskim domovima za starije osobe, na uzorku većem od 4.000 zaposlenika, pokazalo je da je visoka razina zadovoljstva poslom povezana s pozitivnim timskim okruženjem, kvalitetnom komunikacijom i dostatnim kadrovskim resursima. Nasuprot tomu, konfliktne situacije i osjećaj emocionalnog iscrpljenja povezani su s nižim razinama zadovoljstva [93]. Nadalje, sustavni pregled literature ukazuje na to da čimbenici poput profesionalne autonomije, osnaživanja zaposlenika te ravnoteže između poslovnog i privatnog života značajno doprinose zadovoljstvu osoblja u

ustanovama dugotrajne skrbi [94]. Meta-analiza koja je obuhvatila 15 neovisnih studija provedenih između 2000. i 2021. godine, s ukupno 3.818 medicinskih sestara, pokazala je umjerenu pozitivnu povezanost između angažiranosti i zadovoljstva poslom, čime se naglašava važnost jačanja profesionalnog angažmana [214]. Studija provedena među stručnjacima portugalske nacionalne mreže kontinuirane skrbi također je utvrdila visoku razinu angažiranosti na radu. Rezultati upućuju na to da veća angažiranost može pridonositi pozitivnijim stavovima prema poslu te, posljedično, većem zadovoljstvu poslom [206].

Istraživanja provedena u Hrvatskoj, kako tijekom pandemije bolesti COVID-19 tako i prije nje, ukazuju na značajnu povezanost između zadovoljstva poslom, emocionalnog sagorijevanja i depersonalizacije među zdravstvenim djelatnicima. Smokrović i sur. u razdoblju prije pandemije pokazali su da zadovoljstvo poslom i podrška kolega smanjuju namjeru napuštanja radnog mjesta, dok loša organizacija rada i nedostatak mogućnosti participacije povećavaju rizik odlaska [207]. Tijekom pandemije, istraživanja također ističu da su depersonalizacija i emocionalno iscrpljivanje snažno negativno povezani sa zadovoljstvom poslom i mentalnim zdravljem, dok otpornost djeluje zaštitno, što je u potpunosti u skladu s našim nalazima [207–209]. Makowicz i sur. (2022) pokazali su da je pandemija COVID-19 značajno smanjila zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u pet europskih zemalja, osobito u pogledu radnih uvjeta. Niska razina zadovoljstva bila je povezana s lošijom kvalitetom skrbi i većim rizikom od profesionalnog sagorijevanja, dok adekvatna podrška i dostupni resursi mogu djelovati kao zaštitni čimbenici [210]. Slične zaključke donosi i studija provedena u Španjolskoj i Kanadi tijekom 2022. godine, koja naglašava zaštitnu ulogu podrške nadređenih. Ipak, stres povezan s ponašanjem korisnika te konfliktima s članovima obitelji korisnika može umanjiti pozitivan učinak te podrške [198, 211]. Studija Heidari i suradnika (2022) ispitala je zadovoljstvo poslom i profesionalno sagorijevanje kod 251 medicinske sestre koje rade na COVID-19 odjelima u Iranu. Većina sestara iskazala je nisko zadovoljstvo poslom (75,7 %) i visoke razine profesionalnog sagorijevanja, posebno emocionalnog iscrpljenja i depersonalizacije, dok je više od polovice izvijestilo o smanjenom osjećaju osobnog ostvarenja. Rezultati su pokazali negativnu korelaciju između zadovoljstva poslom i emocionalnog iscrpljenja, što je sukladno i našem istraživanju [212]. Medicinske sestre u ovom istraživanju izvijestile su da su izazovi povezani s izvanrednim događajima, poput pandemije COVID-19 i potresa, pojačali njihov osjećaj

smislenosti i važnosti vlastitog rada. Takva iskustva, kada su se osjećale potrebnije nego inače, pozitivno su utjecala na njihovo doživljeno zadovoljstvo poslom. U ovom istraživanju to je osobito došlo do izražaja prilikom mjerenja razine profesionalnog sagorijevanja. Rezultati su pokazali da je, unatoč visokoj razini emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije uzrokovanoj povećanim obujmom posla i nerealnim očekivanjima, podjednak udio medicinskih sestara iskazivao osjećaj većeg, odnosno manjeg osobnog postignuća. Ovi kvantitativni nalazi potvrđeni su i kvalitativnim dijelom istraživanja. Dodatno, medicinske sestre izvještavale su da su novonastale, izrazito zahtjevne okolnosti uzrokovane potresima i pandemijom COVID-19, omogućile usvajanje novih vještina, stjecanje vrijednog iskustva te osjećaja profesionalnog osnaženja, što je pridonijelo njihovu profesionalnom razvoju i većem zadovoljstvu poslom. Druge ispitanice, naglašavale su da su im dani u kojima posao teče glatko i bez većih problema donosili osjećaj osobnog zadovoljstva i ispunjenosti, pri čemu je kvalitetno obavljen posao značajno doprinio njihovom profesionalnom zadovoljstvu. Ovi nalazi potvrđuju da i u uvjetima visokog stresa, iskustva kompetentnog i uspješnog profesionalnog rada, djeluju kao zaštitni čimbenik i izvor profesionalnog zadovoljstva.

Premda su istraživanja fenomena zadovoljstva poslom provedena u hrvatskim domovima za starije osobe još uvijek rijetka, nalazi iz međunarodnih studija pokazuju da su nezadovoljavajući radni uvjeti, ograničena institucionalna podrška, nizak profesionalni status i manjak autonomije, povezani s nižim zadovoljstvom poslom te povećanom fluktuacijom osoblja [210].

Međunarodna istraživanja zadovoljstva poslom specifično među medicinskim sestrama i njegovateljima u domovima za starije osobe pokazuju slične rezultate. Sustavni pregled 28 studija o zadovoljstvu poslom medicinskih sestara u ustanovama dugotrajne skrbi pokazao je da su individualni čimbenici najdosljednije povezani sa zadovoljstvom poslom. Među njima se ističu dob, zdravstveno stanje, razina autonomije u radu, psihološko osnaživanje, radna angažiranost te razina radne iscrpljenosti i stresa. Organizacijski čimbenici pokazali su slabiju i manje dosljednu povezanost sa zadovoljstvom poslom. Posebno je naglašena važnost kvalitete odnosa s korisnicima, koja se u više uključenih studija pokazala kao značajan izvor profesionalnog zadovoljstva medicinskih sestara u dugotrajnoj skrbi. Autori također ističu da se obrasci zadovoljstva poslom razlikuju u odnosu na medicinske sestre zaposlene u bolničkom sustavu [213]. Nizozemsko istraživanje različitih profesionalnih

uloga medicinskih sestara pokazalo je da angažman temeljen na dokazima – pri kojem sestre koriste najnovije znanstvene smjernice, donose odluke o njezi pacijenata na temelju provjerenih podataka i aktivno prate ishode kako bi poboljšale kvalitetu skrbi – doprinosi većem zadovoljstvu poslom [214]. Sarfjoo Kasmaei i sur. (SAD, Kanada, Velika Britanija, Australija) proveli su pregled 18 studija tijekom pandemije COVID-19 i naglasili da radni uvjeti, podrška kolega i nadređenih te osjećaj smisla u radu značajno utječu na zadovoljstvo njegovatelja i njihov ukupni osjećaj dobrobiti [215]. I provedeno kvalitativno istraživanje potvrđuje da su uz timski rad i podrška nadređenih, angažman povezan s korisnicima i smislenost obavljenog posla, značajni zaštitni čimbenici koji pridonose zadovoljstvu poslom te da mogu biti čak značajniji od financijske nagrade. Osim ispunjenja koje im donosi rad s korisnicima i ishodi koji su njima važni, uključujući i emocionalnu povezanost s njima u njihovim teškim trenucima, navode i veliki značaj pohvale i priznanja od glavne sestre i menadžmenta kao izvor profesionalnog zadovoljstva. Ove izvore zadovoljstva poslom, neke sestre čak navode značajnijima od materijalnog nagrađivanja ili nagrađivanja slobodnim danima. Ovi nalazi potvrđuju da zadovoljstvo poslom u domovima za starije osobe ne ovisi samo o plaći, već i o radnim uvjetima, profesionalnom identitetu, međuljudskim odnosima i primjeni znanstveno utemeljenih praksi, što može povećati angažman i smanjiti fluktuaciju osoblja. Meta-analiza 23 studija iz 20 zemalja, provedena između siječnja 2020. i veljače 2023., pokazala je da je 69,6% medicinskih sestara zadovoljno čimbenicima osobne i radne klime, pri čemu je visoko zadovoljstvo povezano sa smanjenim sindromom sagorijevanja, boljom psihološkom dobrobiti i manjom namjerom napuštanja radnog mjesta [216]. Studije provedene nakon pandemije COVID-19 pokazuju smanjenje zadovoljstva poslom među medicinskim sestrama. Presječna studija provedena na uzorku od 1.760 zdravstvenih djelatnika pokazala je da je 91,1% medicinskih sestara doživjelo visoku razinu sagorijevanja, dok je među ostalim zdravstvenim djelatnicima taj udio iznosio 79,9%. Zadovoljstvo medicinskih sestara bilo je niže nego kod ostalih djelatnika – 61,0% medicinskih sestara iskazalo je nisku razinu zadovoljstva, u usporedbi s 38,8% ostalih djelatnika. Viši rezultati sagorijevanja i niže razine zadovoljstva bile su povezani i s percepcijom da je radno mjesto kadrovski nedovoljno popunjeno [217]. Istraživanje Sihvole i suradnika pokazuje da su sestre zadovoljstvo poslom procijenile prosječnim, ali čak 16 % razmatralo je napuštanje profesije tijekom pandemije, što je osam puta više nego prije pandemije [218]. U oba istraživanja, percepcija kvalitete skrbi također je bila narušena, a povećano

opterećenje, emocionalna iscrpljenost i loši radni uvjeti identificirani su kao ključni negativni čimbenici. Istovremeno, uz pandemiju COVID-19, sekundarni stresori poput potresa koji su se dogodili u Zagrebu, dodatno su povećali ranjivost sestara na smanjenje zadovoljstva poslom i sagorijevanje. Iako je vrlo malo istraživanja koja se izravno bave zadovoljstvom poslom medicinskih sestara tijekom potresa, iz dostupnih studija može se zaključiti koji čimbenici pridonose njegovu očuvanju. U kvalitativnoj studiji provedenoj među japanskim sestrama nakon potresa i nuklearne katastrofe u Fukushima, istaknute su kategorije „međusobne brige i socijalne podrške među kolegama” (*mutual care*) te „zadovoljstva poslom” (*occupational satisfaction*) kao važni elementi u ublažavanju psihosocijalnih posljedica. Ispitanice su izvještavale da su osjećaj pripadnosti, podrška unutar kolektiva i doživljaj smislenosti profesionalne uloge pomogli u održavanju pozitivnog odnosa prema poslu unatoč teškim okolnostima [162]. Slični su nalazi zabilježeni u Iranu nakon potresa u Kermanshahu gdje su medicinske sestre, unatoč oštećenoj infrastrukturi, nedostatku resursa i visokom psihološkom opterećenju, naglašavale osjećaj profesionalne važnosti, korisnosti i međusobne podrške. Ti čimbenici djelovali su zaštitno, ublažavajući stres i potičući motivaciju te zadovoljstvo poslom [219]. Nedavna meta-analiza Zhao i suradnika koja je analizirala 52 studije objavljene između rujna 2018. i svibnja 2024., dala je vrijedne spoznaje o čimbenicima zadovoljstva bolničkih medicinskih sestara, pri čemu su čimbenici vezani uz individualnu spoznaju i ponašanje često posrednici u odnosu između ostalih čimbenika i zadovoljstva, dok čimbenici poput organizacijske klime i vodstva imaju direktan učinak [220]. Rezultati sistematskog pregleda Alilyyani i sur. (2018) pokazuju da organizacijsko vodstvo i radna klima značajno oblikuju zadovoljstvo poslom medicinskih sestara, pri čemu konstruktivni stilovi vodstva, poput “transformacijskog” (lider inspirira, motivira i podržava profesionalni razvoj zaposlenika) i “servant” (lider stavlja dobrobit i razvoj članova tima na prvo mjesto), povećavaju zadovoljstvo, dok “pasivno-izbjegavajući” (lider izbjegava preuzimanje odgovornosti i donošenje odluka, reagira tek kad nastanu problemi) i “autoritarni” (lider nameće odluke i kontrolira zaposlenike, bez uključivanja u proces) stilovi smanjuju zadovoljstvo [221]. Medicinske sestre u kvalitativnom dijelu provednog istraživanja, jasno izražavaju snažnu predanost svom poslu, doživljavajući ga ne samo kao zanimanje, već kao humani poziv. Ističu da rad u domu za starije osobe zahtijeva spremnost na raznovrsne situacije, pružanje skrbi koja istovremeno donosi dobrobit korisnicima i zaposlenicima te njegovanje odnosa koji nadilaze formalni profesionalni okvir. Dom za starije osobe

percipiran je kao „drugi dom“ gdje se grade prijateljstva i razvija smisao zajedničkog života, što daje dublji osjećaj svrhe i profesionalnog ispunjenja u odnosu na rad u bolničkom okruženju. Nalazi našeg istraživanja naglašavaju da predanost i doživljaj posla kao poziva predstavljaju ne samo snažne zaštitne čimbenike koji doprinose otpornosti i zadovoljstvu medicinskih sestara, nego da unaprjeđenje dobrobiti korisnika, znači i psihološki rast samih medicinskih sestara.

5.6. Zaštitni čimbenici u suočavanju sa profesionalnim stresom tijekom pandemije COVID 19 i potresa

Jedan od važnih ciljeva ovog istraživanja bio je identificirati zaštitne čimbenike i strategije suočavanja medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije osobe s otežanim radnim uvjetima i izvorima stresa tijekom pandemije COVID-19 i potresa. Zaštitni čimbenici povezani su s manjim profesionalnim sagorijevanjem i većom prilagodljivošću u kriznim uvjetima. Oni mogu biti individualni: otpornost, optimizam, razvijene strategije suočavanja, socijalni: podrška obitelji, prijatelja, kolega ili organizacijski: jasnoća uloga, adekvatni radni uvjeti, dostupnost stručne pomoći [97-107].

U provedenom istraživanju kvalitativni dio bio je ključan za dublje razumijevanje identificiranih čimbenika, iako su se određeni uvidi počeli oblikovati već u kvantitativnoj fazi, kroz mjerenje razine profesionalnog sagorijevanja i gotovo podjednak udio sestara s izraženijim i manje izraženim osjećajem osobnog postignuća, pri čemu su ti nalazi ukazali na kompleksan odnos između profesionalnog sagorijevanja i subjektivnog zadovoljstva poslom, odnosno osjećaja profesionalne ispunjenosti. Kvalitativna analiza dodatno je potvrdila ove uvide, pružajući širi kontekst i dublje razumijevanje izvora otpornosti unatoč visokim razinama sagorijevanja. Tijekom kvalitativnog istraživanja identificiran je niz zaštitnih mehanizama koji su medicinskim sestrama pomagali u suočavanju sa stresom i zahtjevnim radnim okolnostima, pri čemu su najznačajniji bili osjećaj osobnog postignuća, uspješna timska suradnja i kolegijalnost, podrška menadžmenta, kvalitetna izvaninstitucionalna suradnja, uravnoteženost privatnog i poslovnog života, obiteljska i partnerska podrška, priznanje i pohvala za rad, osjećaj smislenosti i važnosti posla koji obavljaju, te dostupnost organizirane psihološke pomoći i edukacije o suočavanju sa stresom. Zadovoljstvo poslom predstavljalo je jedan od najznačajnijih zaštitnih čimbenika jer smanjuje rizik od profesionalnog sagorijevanja i stresa te pozitivno utječe na kvalitetu skrbi i

zadovoljstvo korisnika. Slično rezultatima ovog istraživanja, studija iz Kanade identificirala je ključne čimbenike otpornosti među medicinskim sestrama u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19. Među zaštitnim čimbenicima istaknuti su snažna međusobna podrška unutar timova, prilagodba organizacijskih procedura, osjećaj profesionalne svrhe te pristup resursima za mentalno zdravlje i samopomoć. Autori naglašavaju da je otpornost dinamičan proces koji zahtijeva kontinuiranu podršku i prilagodbu [222]. Istraživanje provedeno među bolničkim medicinskim sestrama na Tajlandu pokazalo je da su sestre s višim razinama otpornosti sklonije iskazivati veće angažiranje na poslu, pri čemu se angažman često navodi kao važan zaštitni čimbenik u očuvanju profesionalne dobrobiti. Viši angažman na poslu bio je povezan s boljim ishodima skrbi za pacijente, većim zadovoljstvom poslom i smanjenjem rizika od profesionalnog sagorijevanja [223]. U provednom istraživanju, medicinske sestre značajno su naglašavale osjećaj smisla i svrhe svog rada, kao i razvoj bolje povezanosti s korisnicima i članovima tima, što su prepoznale kao ključne zaštitne čimbenike u prevladavanju stresnih situacija i profesionalnog sagorijevanja. Posebno su dojmljivo isticale važnost pružanja skrbi korisnicima u njihovim posljednjim trenucima života. Ispitanice su opisivale da čak i kada se radi o trenutku smrti, pružanje prisutnosti, potpore i posljednjih djela pažnje ima duboki značaj za korisnike, ali i za njih same, jer im daje osjećaj smisla, samopouzdanja i psihološkog napretka. Ova iskustva naglašavaju da empatijska i emocionalna povezanost s korisnicima u kriznim pa i završnim životnim trenucima, predstavlja snažan zaštitni faktor protiv emocionalnog iscrpljenja i sagorijevanja. Važno je istaknuti, u ovom kontekstu, da istraživanja pokazuju kako izostanak osjećaja dovoljne smislenosti posla koji netko obavlja može biti izvor stresa. Nedostatak pozitivnih uvjeta – poput podrške, smisla ili priznanja – značajno doprinosi nezadovoljstvu i psihološkom opterećenju, čak i kad su negativni uvjeti odsutni. Studija naglašava da istraživanja radnog stresa ne smiju ignorirati nedostatak pozitivnih uvjeta. Profesionalno sagorijevanje i stres nisu posljedica samo problema i opterećenja, već i odsustva pozitivnih čimbenika koji doprinose dobrobiti zaposlenika [224]. U skladu s tim, istraživanja, primjerice, u Španjolskoj, među osobljem domova za starije ističu da osjećaj koherentnosti (*sense of coherence* – SOC), zajedno sa socijalnom podrškom, značajno smanjuje sagorijevanje tijekom pandemije COVID-19 [127]. Rezultati već spomenutog istraživanja smisla vlastitog rada pokazuju da da čimbenici poput usklađenosti radne uloge, značaja radnih zadataka, sociomoralne klime i organizacijske orijentacije prema osjećaju ispunjenosti zajedno objašnjavaju

oko 46 % varijance smisla u radu [188]. Vrlo slične rezultate utvrdio je i narativni i pregled iz 2024. o integraciji percepcije smisla i zadovoljstva radom koja dovodi do smanjenja razina stresa. Drugim riječima, dok subjektivni doživljaj smisla u radu oblikuju faktori na individualnoj, zadatkovnoj i organizacijskoj razini, postizanje istovremenog osjećaja zadovoljstva poslom dodatno jača psihološku otpornost zaposlenika i potiče razvoj pozitivnog radnog okruženja. I druga istraživanja u Španjolskoj, osim što su pokazala visoke razine, anksioznosti i depresije među zdravstvenim djelatnicima tijekom pandemije COVID-19, uz visoku emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju, istaknula su da su otpornost i osobno ispunjenje djelovali kao zaštitne varijable [225].

Emocionalna podrška, koja je ujedno bila pokretač i jedno od ključnih obilježja timske suradnje, pokazala se izrazito važnom za medicinske sestre te se višekratno isticala kroz različite teme ovog istraživanja kao snažan zaštitni mehanizam u prevladavanju teških i iscrpljujućih okolnosti povezanih s pandemijom bolesti COVID-19 i potresom. Teorija „hipoteze ublaživača” navodi da ona može ublažiti negativan utjecaj stresa na razvoj sagorijevanja [49]. Provedeno istraživanje pokazuje da su medicinske sestre, tijekom istraživanih kriznih razdoblja, razvile snažan osjećaj timske kohezije i međusobne podrške. Isticale su da je zajednički rad i osjećaj „familijarnosti” među kolegama djelovao zaštitno, smanjujući stres i olakšavajući suočavanje s zahtjevnim situacijama. Kohezija unutar tima omogućila je prevladavanje nesuglasica i fokus na zajednički cilj, a naglašavale su da takva povezanost stvara temelj za učinkovit odgovor i u budućim kriznim situacijama, jer svi članovi tima postaju spremni međusobno se podržavati i pomagati. I druge studije pokazuju da su, unatoč izraženom psihosocijalnom opterećenju tijekom pandemije, pojedini zaštitni čimbenici, poput jačanja timske kohezije, pojačanog osjećaja smisla u radu te povećane socijalne povezanosti među kolegama, pridonijeli održavanju otpornosti kod medicinskih sestara u domovima za starije [226]. U skladu s tim, Temeng i sur. u sustavnom pregledu 71 istraživanja o iskustvima medicinskih sestara tijekom epidemije ili pandemija (SARS, MERS, H1N1, COVID-19), utvrdili su da organizacijski čimbenici poput preopterećenosti, čestih promjena smjernica i nedostatka zaštitne opreme dodatno povećavaju osjećaj prijetnje i psihološko opterećenje. Kao ključni zaštitni mehanizmi istaknuti su socijalna podrška, timska suradnja i profesionalni altruizam [227]. Ovi nalazi nadopunjuju rezultate našeg istraživanja, koje također potvrđuje da funkcionalni

mehanizmi suočavanja i kvalitetna socijalna podrška imaju važnu ulogu u ublažavanju psihološkog stresa među medicinskim sestrama zaposlenima u domovima za starije osobe. Naše kvalitativno istraživanje pokazalo je i da su unutar timskog rada, medicinske sestre razvijale specifične zaštitne strategije za prevladavanje stresa i jačanje otpornosti. Medicinske sestre su isticale organiziranje relaksacijskih i motivacijskih aktivnosti tijekom radnog vremena, što je istovremeno pridonosilo jačanju timske kohezije. Ovi primjeri uključuju međusobnu podršku u pauzama, zajedničke kreativne aktivnosti poput uređivanja noktiju i frizura te gledanje filmova u skladu s epidemiološkim mjerama. Ovakve aktivnosti nisu samo olakšavale emocionalni teret, već su i jačale osjećaj zajedništva, suradnje i pripadnosti timu, čime su djelovale kao višedimenzionalni zaštitni čimbenik u uvjetima visokog stresa. Jedan od specifičnih nalaza našeg istraživanja jest uloga samoinicijativnih timskih dogovora u organizaciji rada i zaštiti od stresa. Medicinske sestre opisale su kako su zajednički razvijale strategije za razgraničavanje poslovnog i privatnog vremena, s ciljem očuvanja mentalnog zdravlja i smanjenja emocionalnog opterećenja. Primjeri uključuju pravilo da se pozivi i problemi posla rješavaju odmah te da se kolege koje nisu prisutne na poslu ne uključuje za to vrijeme u poslovne procese, kako bi se spriječilo da se posao prenosi u privatni život i stvori dodatni stres u vrijeme odmora i potrebnog odmaka. Takvi dogovori ne samo da umanjuju osjećaj pritiska i iscrpljenosti, nego pružaju i osjećaj snažne emocionalne i psihološke podrške unutar tima. Time se jača i osjećaj sigurnosti, pripadnosti i zajedništva među kolegicama te se mogu smatrati višestrukim zaštitnim čimbenicima, koji pomaže u očuvanju otpornosti u uvjetima visokog profesionalnog i emocionalnog opterećenja. Jedna od studija koja je istraživala strategije suočavanja sa stresom kod 220 medicinskih sestara tijekom pandemije COVID-19 u Poljskoj pokazala je visoku razinu percipiranog stresa, pri čemu su mlađe i manje iskusne sestre češće kao način suočavanja koristile ventiliranje emocija, traženje podrške, humor i samokritiku, dok su iskusnije sestre i voditeljice preferirale planiranje i strukturirane strategije. Autori ističu važnost institucionalne podrške, praćenja radnog opterećenja i ciljane edukacije u jačanju otpornosti sestara [228]. Studija provedena u Francuskoj tijekom pandemije COVID-19 na uzorku od 9.898 medicinskih sestara pokazala je da kvaliteta života medicinskih sestara značajno ovisi o mehanizmima suočavanja i razini socijalne podrške. Viša kvaliteta života bila je povezana s većom socijalnom podrškom te korištenjem adaptivnih strategija suočavanja, osobito pozitivnim reinterpetiranjem i prihvaćanjem, dok su viši doživljaj

stresa i disfunkcionalni obrasci suočavanja (poricanje, samookrivljavanje, upotreba supstanci, povlačenje) bili povezani s lošijim ishodima mentalnog zdravlja [229]. Podrška nadređenih unutar institucije, kao i izvaninstitucionalna podrška, prepoznata je kao značajan zaštitni čimbenik koji smanjuje rizik od profesionalnog izgaranja i negativnih ishoda te povećava otpornost zdravstvenih djelatnika u zahtjevnim radnim uvjetima [230]. U provedenom istraživanju medicinske sestre su ovakvu podršku često isticale kao izrazito važnu. Osim organizacijske i stručne pomoći, podrška nadređenih doprinosi prevenciji emocionalne iscrpljenosti jer smanjuje osjećaj neizvjesnosti i nesigurnosti u potpuno novim i kriznim radnim okolnostima. Medicinske sestre u provedenom istraživanju, detaljno su opisale kontinuiranu prisutnost voditelja, glavne sestre, ravnateljice i epidemiologa, ističući da je svaki dan bila dostupna neposredna pomoć i informacija, od praćenja statusa testiranja do koordinacije radnih zadataka. Posebno su naglašavale važnost logističke i stručne podrške, uključujući slanje uzoraka, upute i savjete od vanjskih suradnika poput Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i Doma zdravlja – centar, koji su bili dostupni i savjetovali u realnom vremenu, ponekad svakih dva do tri sata. Ovakva sveobuhvatna podrška osiguravala je funkcioniranje radnog procesa i djelovala kao snažan zaštitni čimbenik. Studija koja se bavila perspektivom voditelja pokazala je da su tijekom pandemije COVID-19 voditelji odjela u švedskim bolnicama bili dostupniji medicinskim sestrama te su provodili više vremena pružajući im podršku i emocionalnu sigurnost u zahtjevnim radnim okolnostima. Voditelji koji su percipirali veću organizacijsku podršku bili su učinkovitiji u toj ulozi, dok su visoki radni zahtjevi, poput čestih organizacijskih promjena, ograničavali njihovu sposobnost pružanja podrške. Kao ključni zaštitni resursi istaknuti su profesionalna solidarnost, socijalna povezanost među kolegama i usmjerenost na izravnu skrb za pacijente, što je pridonijelo jačanju otpornosti zdravstvenog tima [231].

U provedenom istraživanju posebno se istaknula važnost osjećaja poštovanja i cijenjenosti rada medicinskih sestara. Takvo poštovanje, u kombinaciji s dostupnošću organizacijske i stručne podrške te izvaninstitucionalne socijalne potpore, predstavljalo je značajan zaštitni čimbenik jer je osnaživalo sestre i jačalo njihovu motivaciju za obavljanje svakodnevnih zadataka u zahtjevnim radnim okolnostima. Dojmljivo su opisale i iskustvo prepoznavanja i vrednovanja njihovog rada unutar ustanove, ali i cijelog sustava, opisujući ga kao osjećaj „pijedestala“ na kojem su konačno osjetile da

je njihov doprinos prepoznat i cijenjen. Takvo iskustvo jačalo je osjećaj profesionalnog identiteta i motivaciju, čak i u situacijama dodatnog opterećenja. Takav oblik podrške, prepoznat je i drugdje kao mogućnost zaposlenika da razviju osjećaj pripadnosti i kontrole, što smanjuje rizik od depersonalizacije i profesionalne frustracije [99-105]. Nalazi našeg istraživanja, također ukazuju na to da su i socijalna podrška u privatnom životu, uključujući obitelj, partnere i prijatelje, te aktivnosti izvan profesionalnog okruženja prepoznati kao važni zaštitni čimbenici. Takvi oblici podrške i aktivnosti doprinose smanjenju percipiranog stresa i emocionalne iscrpljenosti, što je u skladu s teorijskim modelima koji naglašavaju ulogu socijalnih resursa i individualnih strategija suočavanja u prevenciji profesionalnog sagorijevanja. Slične nalaze bilježe i prethodna istraživanja, što potvrđuje konzistentnost ovog fenomena u različitim kontekstima [103 -107].

Emocionalna iscrpljenost, kao jedna od temeljnih sastavnica profesionalnog sagorijevanja, zahtijeva sustavno osmišljene i učinkovite intervencije usmjerene na njezino smanjenje. U tom kontekstu, posebnu važnost ima pružanje psihološke podrške i drugih oblika stručne pomoći, koji doprinose očuvanju mentalnog zdravlja te dugoročno smanjuju rizik od razvoja težih posljedica sagorijevanja. U provedenom istraživanju medicinske su sestre isticale da su organizirani sastanci s psihologom, čak i u virtualnom obliku zbog epidemije i visokog radnog opterećenja, značajno pridonosili osjećaju podrške i smanjenju emocionalnog stresa. S druge strane, u okruženjima u kojima takva podrška nije bila sustavno dostupna, to se prepoznalo kao važan nedostatak. Osim neposredne psihološke podrške, ispitanice su naglašavale potrebu za edukacijama usmjerenima na razvijanje vještina suočavanja sa stresnim situacijama krizne prirode. Takve aktivnosti omogućuju djelatnicima stjecanje praktičnih strategija za očuvanje mentalnog zdravlja i jačanje otpornosti, čime se doprinosi prevenciji emocionalne iscrpljenosti i profesionalnog sagorijevanja. Na temelju narativnog pregleda literature i drugi autori zaključuju da su medicinske sestre tijekom pandemije COVID-19 bile izložene povećanim razinama stresa, anksioznosti, depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i emocionalnog iscrpljenja, te ističu važnost razvoja učinkovitih strategija suočavanja te uz važnost emocionalne podrške, ističu i potrebu uključivanja psihološke pomoći kako bi se ublažili negativni učinci pandemije na njihovo mentalno zdravlje. Studije ukazuju i na učinkovitost različitih terapijskih pristupa u jačanju mentalne otpornosti medicinskih sestara tijekom pandemije COVID-19. *Kognitivno-bihevioralna terapija (CBT)* pokazala se posebno

korisnom u smanjenju simptoma anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresa, dok terapija usmjerena na osobu potiče emocionalno izražavanje i samoprihvatanje. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) terapija učinkovita je u tretiranju traumatskih iskustava, a *Mindfulness* i meditacija doprinose smanjenju stresa i održavanju emocionalne ravnoteže. Uz individualne tehnike, naglašava se važnost institucionalne podrške i dostupnosti programa mentalnog zdravlja za dugoročno očuvanje dobrobiti medicinskih sestara [232]. Iako se većina zaštitnih mehanizama koji su se primjenjivali tijekom pandemije COVID-19 i potresa preklapa, postoje i određene specifičnosti karakteristične za traumatske događaje poput potresa. Razgovor, kao oblik suočavanja i podrške, u slučaju potresa pokazao se izrazito važnim, no njegova funkcija mogla je biti dvojaka – istovremeno pružati emocionalnu olakšicu i postati dodatni izvor stresa. Naglost i intenzitet potresa ostavljaju dubok i dugotrajan psihološki trag, a stalna izloženost podsjećanjima na događaj dodatno pojačava stres ima potencijal razvoja traumatskog iskustva [151-153]. Medicinske sestre, u provedenom istraživanju, opisivale su da je međusobni razgovor, uključujući komunikaciju s kolegicama, dežurnom sestrom i glavnom sestrom, bio ključan za procesuiranje traumatskih iskustava, osobito u situacijama neposredne ugroze ili transporta preminulih korisnika. Istovremeno, stalno podsjećanje, uključujući aplikacije za predviđanje potresa i kontinuirane informacije o mogućim naknadnim potresima pa čak i učestale razgovore, dodatno su iscrpljivali osoblje, rezultirali su smanjenjem percepcije sigurnosti i izbjegavanjem aplikacija i razgovora. Ovi nalazi ukazuju na specifičnost zaštitnih mehanizama u kontekstu potresa, gdje njihova učinkovitost ovisi o balansiranju emocionalne podrške i izloženosti stresnim podražajima. Ono što je bilo zajedničko i pandemiji COVID-19 i potresima bila je potreba za jasnim protokolima postupanja. Ipak, tijekom pandemije naglašenija je bila potreba za jasnom i dosljednom stručnom komunikacijom, dok su u slučaju potresa – kao naglih, intenzivnih i katastrofičnih događaja – medicinske sestre u većoj mjeri izražavale potrebu za sveobuhvatnijim i operativnijim protokolima djelovanja i psihološkom pomoći. Na temelju meta-sinteze, koja je obuhvatila 10 kvalitativnih studija devet različitih katastrofa, potvrđuje se važnost jasno definiranih protokola, uz potrebu učinkovite komunikacije i edukacije za medicinske sestre u kriznim situacijama te potrebu za psihološkom/emocionalnom podrškom [233].

Specifično usmjerene studije također ističu važnost kratkih, strukturiranih edukacijskih intervencija u jačanju otpornosti zdravstvenih djelatnika. Ho i sur. (2024) proveli su preventivni program mentalnog zdravlja u obliku kratkih, petnaestominutnih susreta na radnom mjestu („huddles”), prilagođenih potrebama zaposlenika tijekom i nakon pandemije COVID-19. Program je obuhvatio više od 1600 zdravstvenih djelatnika, među kojima su medicinske sestre činile najveći udio. Sudionici su program ocijenili vrlo pozitivno, istaknuvši bolju sposobnost suočavanja sa stresom, osjećaj podrške od strane vodstva te stjecanje korisnih alata primjenjivih u radu i svakodnevnom životu. Posebno je naglašena važnost organizacijske podrške i osjećaja cijenjenosti, što je pridonijelo smanjenju stresa i jačanju profesionalne otpornosti. Ovakvi kratki i lako izvedivi programi mogli bi poslužiti kao primjer učinkovitih i održivih intervencija za promicanje otpornosti zdravstvenih djelatnika u zahtjevnim radnim okruženjima [234]. U kontekstu otpornosti zdravstvenih djelatnika, važno je istaknuti ulogu empatije kao značajnog zaštitnog interpersonalnog čimbenika. Sistematski pregled relevantne literature u SAD-u pokazao je da viša razina empatije među zdravstvenim radnicima pozitivno utječe na kliničke ishode, zadovoljstvo pacijenata te smanjuje rizik od profesionalnog sagorijevanja. Autori također navode da bi organizacijske intervencije kroz edukaciju i institucionalna podršku u razvoju empatije mogle predstavljati važan element jačanja otpornosti [235]. Kvalitativni rezultati ovog istraživanja ističu da empatija i emocionalna povezanost s korisnicima predstavljaju snažan zaštitni čimbenik za medicinske sestre, istovremeno jačajući osjećaj smisla i nagrađujući doživljaj profesije. Ispitanice su opisivale iskustva kada su svojim angažmanom izravno doprinijele preživljavanju i oporavku korisnika, pri čemu su svjedočile ispunjavanju važnih životnih ciljeva korisnika, kao što su obiteljski susreti, dobivanje praunuka ili ostvarenje osobnih želja. Takvi trenutci stvaraju duboku emocionalnu satisfakciju i doživljaj profesionalne vrijednosti i medicinskim sestrama pružaju snažan osjećaj ispunjenja i nagrade za njihov trud. Posebno su dojmljiva iskustva s korisnicima oboljelim od Alzheimerove bolesti, kod kojih se prepoznavanje i prisjećanje medicinskih sestara nakon mjeseci odsutnosti doživljava kao potvrda emocionalne povezanosti i kvalitete pružene skrbi. U kvalitativnoj studiji provedenoj u Kanadi, ključni zaštitni čimbenici otpornosti zdravstvenih djelatnika u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19, uključivali su snažan osjećaj profesionalnog ponosa, međusobnu podršku među članovima tima te produbljene odnose s korisnicima. Uz to, organizacijska podrška, jasna komunikacija i dostupnost nadležnih stručnih autoriteta

dodatno su jačali osjećaj sigurnosti. Posebno se istaknulo da je uvođenje cjepiva zaposlenicima pružilo dodatni osjećaj zaštite i psihološke sigurnosti [236]. U našem istraživanju, cijepljenje se pokazalo kao zaštitni čimbenik u pojedinačnim iskazima, u kojima je naglašen značaj cijepljenja u suočavanju s teškim kliničkim ishodima i iskustvima smrti korisnika. Iskazi ukazuju i na to da su medicinske sestre bile izravno suočene sa složenim emocionalnim i kliničkim iskustvima progresije bolesti kod korisnika, ali i kod kolega. Za one koje su cijepljenje doživjele kao zaštitu, ono je imalo ne samo zdravstveno, već i snažno emocionalno i profesionalno značenje i predstavljalo je osjećaj kontrole u situaciji u kojoj je neizvjesnost bila izrazito visoka. Organizacijski kontekst uvijek je povezan i sa širim, sustavnim kontekstom. Studija Saulnier (2023) pokazuje da je otpornost zdravstvenih sustava tijekom pandemije COVID-19 snažno povezana s kvalitetnim vodstvom, fleksibilnošću, održavanjem osnovnih usluga, učinkovitim dijeljenjem informacija i međusobnom povezanošću aktera. Ipak, autori ističu da treba istražiti i unaprijediti saznanja o procesima donošenja odluka, lokaliziranom povjerenju te integraciji vrijednosti, inkluzivnosti i međusektorske suradnje u postojeće okvire otpornosti. Ovi nalazi naglašavaju da očuvanje otpornosti zahtijeva kontinuiranu prilagodbu, koordinaciju i sustavnu podršku na svim razinama zdravstvenog sustava [237]. Presječna studija provedena među profesionalcima koji su skrbili za starije osobe tijekom pandemije COVID-19 pokazala je da je jačanje otpornosti i osjećaja koherentnosti (SOC) ključno za smanjenje izgaranja. Viši SOC omogućava zaposlenicima bolje razumijevanje (*comprehensibility*) i upravljanje (*manageability*) stresnih situacija te pronalaženje smisla (*meaningfulness*) u njihovom radu. Organizacijske mjere koje podržavaju razvoj SOC-a, poput jasne komunikacije, emocionalne podrške i obuke, mogu značajno poboljšati psihičku otpornost i dobrobit zaposlenika [136]. Više studija naglašava važnost sustavne pripreme zdravstvenih ustanova za različite vrste katastrofa, uključujući prirodne poput potresa, tehnološke prijetnje i prijetnje poput pandemije COVID-19. Predlažu protokol koji obuhvaća procjenu rizika, redovitu obuku osoblja, razvoj jasnih komunikacijskih kanala, suradnju s lokalnim i nacionalnim institucijama te uspostavu integriranih planova pripravnosti. Posebno je istaknuta potreba za zaštitom infrastrukture i osiguranjem kontinuiteta zdravstvene skrbi, kao i jačanjem institucionalne otpornosti kako bi zdravstveni sustavi bili spremniji na buduće krizne situacije [238].

Ograničenja istraživanja

Ograničenje ovog istraživanja odnosi se na vremenski odmak između kriznog događaja – pandemije COVID-19 – i provedbe istraživanja. Zbog tada važećih epidemioloških mjera, prikupljanje podataka bilo je vremenski odgođeno, što potencijalno može dovesti do pristranosti prisjećanja (*recall bias*). Kako bi se ublažio taj utjecaj, istraživači koji su provodili kvalitativne intervjue, koristili su stručne postupke koji olakšavaju emocionalno i kognitivno povezivanje s razdobljem pandemije i potresa i iskustvima iz tog vremena. Presječni dizajn studije koji ograničava mogućnost izvođenja uzročno-posljedičnih zaključaka (nije postojalo longitudinalno praćenje ispitanica) također predstavlja određeno ograničenje istraživanja.

Preporuke:

Na temelju rezultata istraživanja, za unapređenje organizacije rada, očuvanje mentalnog zdravlja i prevenciju profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara predlažu se mjere:

1. Organizacija rada i uvjeti zaposlenja:

- optimiziranje broja zaposlenika i obima posla
- jasno definiranje nadležnosti i odgovornosti
- organiziranje fleksibilnijeg rasporeda rada i odmora
- kontinuirano praćenje radnog opterećenja i prilagodba kapacitetima zaposlenika.

2. Krizni protokoli i upravljanje izvanrednim situacijama:

- definiranje standardiziranih protokola za pandemije, potrese i druge krizne situacije
- organiziranje redovitih edukacija uz simulaciju kriznih scenarija
- uključivanje zaposlenika u planiranje i evaluaciju kriznih mjera.

3. Timska suradnja i međusobna podrška:

- organiziranje i provedba radionica i aktivnosti jačanja timske kohezije
- promicanje međusobne podrške i razmjene iskustava unutar tima
- razgraničenje radnog i privatnog vremena radi smanjenja emocionalnog pritiska
- održavanje kontinuirane podrške nadređenih.

4. Psihološka podrška i profesionalni razvoj:

- organiziranje supervizije, savjetovanja i edukacija o suočavanju sa stresom i jačanju psihološke otpornosti
- integracija psihološke podrške u organizacijsku strukturu i suradnja s vanjskim stručnjacima
- kontinuirana edukacija i razvoj kompetencija, uključujući krizne situacije.

5. Komunikacija i integrirani pristup:

- ostvarivanje pravovremenih, jednoznačnih i dostupnih informacija
- utvrđivanje jasnih linija odgovornosti i otvoreni sustav povratnih informacija
- definiranje suradnje i komunikacije sa stručnim suradnim i nadređenim institucijama
- ostvarivanje integriranog pristupa krizama: kombinacija organizacijskih, kriznih, psiholoških i timskih mjera za dugoročno očuvanje motivacije, zadovoljstva poslom i kvalitete zdravstvene skrbi.

6. Provođenje dodatnih istraživanja:

- iz područja radnog stresa i profesionalnog sagorijevanja djelatnika u domovima za starije
- iz područja učinkovitosti intervencija i organizacijskih prilagodbi.

6. ZAKLJUČAK

Nalazi istraživanja potvrđuju istodobno djelovanje kroničnih i akutnih stresora, pri čemu su se uz postojeće izvore profesionalnog stresa medicinskih sestra u domovima za starije koji su se dodatno intenzivirali, pojavili su i novi, specifični stresori povezani s pandemijom COVID-19 i potresima. Najučestaliji izvor stresa bili su preveliki obim posla, odnosno manjak djelatnika dok su se timska suradnja i komunikacija s nadređenima pokazali su dvoznačnima, funkcionirajući i kao izvor stresa i kao zaštitni čimbenik, ovisno o organizacijskim okolnostima. Nerealna profesionalna očekivanja izdvojila su se kao najsveobuhvatniji čimbenik profesionalnog stresa. U kontekstu pandemije COVID19, u kvalitativnom dijelu istraživanja istaknula su se i socijalna izolacija te otežana komunikacija s djeatnicima i članovima obitelji kao izvori stresa

Potresi koji su se dogodili, predstavljali su snažan izvor stresa s traumatskim obilježjima, praćen egzistencijalnim strahom, bespomoćnošću, neizvjesnošću te trajnom napetošću i iscrpljenošću. Nedostatak kriznih organizacijskih protokola i problemi evakuacije, uz propisane epidemiološke mjere, dodatno su opteretili medicinske sestre, a patnja korisnika, osobito nepokretnih i osoba s demencijom, pridonijela je sekundarnoj traumatskoj izloženosti. Pandemija kao kronični stresor i potres kao akutni traumatski događaj umnožili su psihološki pritisak i zahtjeve za profesionalnom prilagodbom.

Profesionalno sagorijevanje razvijalo se kao odgovor na dugotrajne radne stresore i u kriznom razdoblju je bilo visoko, osobito u dimenziji emocionalne iscrpljenosti. Očitovalo se i emocionalnim distanciranjem te smanjenom radnom učinkovitošću, uz dvojak doživljaj profesionalnog postignuća. Od najučestalijih izvor stresa, koji su svi povezani s profesionalnim sagorijevanjem, nerealna očekivanja izdvojila su se kao najznačajniji prediktor profesionalnog sagorijevanja na sve tri podskale.

Zadovoljstvo poslom, tijekom kriznog razdoblja pokazalo se umjerenim. Najveće zadovoljstvo poslom i u kvantitativnom i kvalitativnom dijelu istraživanja, medicinske sestre povezivale su s odnosima s nadređenima i kolegama dok su najnezadovoljnije bile plaćom i mogućnostima napredovanja. Kvalitativni dio istraživanja potvrdio je ove rezultate, a zadovoljstvo poslom pokazalo se i kao jedan od zaštitnih čimbenika,

Značajan zaključak istraživanja su identificirani zaštitni čimbenici. Tijekom kriznog razdoblja, najznačajnijima su se pokazali timski rad, osjećaj smislenosti posla i angažiranost uz podršku nadređenih, uključujući i vaninstitucionalnu podršku, . Dodatno, dostupnost stručne psihološke podrške i edukacije o suočavanju sa stresom, visoka profesionalna angažiranost i različiti oblici podrške u privatnom životu pridonijeli su očuvanju otpornosti na profesionalni stres. Kroz kvalitativno istraživanje utvrđena je potreba za unaprjeđenjem uloge medicinskih sestara, reorganizacijom rada u domovima sukladno potrebama korisnika te uvođenjem kriznih protokola.

Znanstveni doprinos

Profesionalni stres, profesionalno sagorijevanje i zadovoljstvo poslom medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19 i potresa, kao i njihova međusobna povezanost, do sada nisu sveobuhvatno istraženi u Hrvatskoj što čini znanstveni doprinos ovog istraživanja. Dualnost istodobnog djelovanja pandemije kao kroničnog stresora i potresa kao stresora s potencijalno traumatskim učinkom također je vrlo rijetko istraživana. Dodatni znanstveni doprinos proizlazi iz identifikacije zaštitnih čimbenika u suočavanju s profesionalnim stresom i sagorijevanjem u kriznom razdoblju, koji predstavljaju temelj za razvoj preventivnih intervencija. Primjena kombiniranog kvantitativnog i kvalitativnog istraživačkog pristupa dodatno je pridonijela produbljivanju znanstvenih spoznaja u ovom području.

7. LITERATURA

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
2. Cannon WB. The wisdom of the body. New York: W.W. Norton & Company; 1932.
3. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
4. Aldwin CM. Stress, coping, and development: An integrative perspective. New York: Guilford Press; 1994.
5. Sapolsky RM. Why zebras don't get ulcers. 3rd ed. New York: Henry Holt and Company; 2004.
6. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 1997;4(5):231–44. doi:10.3109/10673229709030550.
7. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. 1998;338(3):171–9. doi:10.1056/NEJM199801153380307.
8. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(6):397–409. doi:10.1038/nrn2647.
9. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009. Jun;10(6):434–45. Epub 2009. doi:10.1038/nrn2639.
10. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(3):243–51. doi:10.1038/nri1571.
11. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998; 840:33–44. doi:10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x.
12. Steptoe A, Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*. 2012 Apr 3;9(6):360–70. doi:10.1038/nrcardio.2012.45.
13. Pickering TG. Stress, inflammation, and hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007;9(7):567–71. doi:10.1111/j.1524-6175.2007.06301.x.
14. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009;5(7):374–81. Epub 2009. doi:10.1038/nrendo.2009.106.
15. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34(6):1030–46. doi:10.1016/s0190-9622(96)90284-4.
16. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.

17. World Health Organization. Guidelines on mental health at work [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Nov 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>.
18. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. Measuring burnout. In: Cartwright S, Cooper CL, eds. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
19. Johari FS. Work-Related Stress and Coping Strategies: A Systematic Literature Review. *Int J Acad Res Bus Soc Sci*. 2020;10(6):341–55. doi:10.6007/IJARBSS/v10-i6/7469.
20. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. *J Manag Psychol*. 2005;20(2):178–87.
21. Ajduković M, Ajduković D. Sindrom sagorijevanja kod pomagačkih zanimanja. *Društvena istraživanja*. 1996;5(5):887–904.
22. Fengler J. Pomagati i izgorjeti: burnout sindrom – kako izbjeći sagorijevanje na radu u profesijama koje se bave ljudima. Zagreb: Naklada Slap; 2007.
23. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397–422.
24. Stalker CA, Harvey C. Professional burnout: A review of theory, research, and prevention. Centre for Children & Families in the Justice System; 2002.
25. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
26. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27–41. doi:10.1037/1076-8998.1.1.27.
27. Bakker AB, Demerouti E. The job demands–resources model: State of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309–28.
28. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands–resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512.
29. Schaufeli WB, Taris TW. A critical review of the job demands–resources model: Implications for improving work and health. In: Bauer GF, Hämmig O, eds. *Bridging occupational, organizational, and public health*. Dordrecht: Springer; 2014. p. 43–68.
30. Lesener T, Gusy B, Wolter C. The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work Stress*. 2018;33(1):76–103. doi:10.1080/02678373.2018.1529065.
31. Pettinger R. *Stress management: Life & work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2002.

32. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995 Apr;49(2):124–30. doi:10.1136/jech.49.2.124.
33. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–65.
34. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. *Hum Relat*. 1982;35(4):283–305. doi:10.1177/001872678203500402.
35. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC, eds. *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies. Research in Occupational Stress and Well-Being*. Vol. 3. Bingley (UK): Emerald Group Publishing; 2003. p. 91–134.
36. Valente MDSDS, Wang YP, Menezes PR. Structural validity of the Maslach Burnout Inventory and influence of depressive symptoms in banking workplace: Unfastening the occupational conundrum. *Psychiatry Res*. 2018; 267:168–74. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.069.
37. Toker S, Biron M. Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*. 2012;97(3):699–710. doi:10.1037/a0026912.
38. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185781. doi: 10.1371/journal.pone.0185781.
39. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag*. 2009 Apr;17(3):331–9. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x.
40. Leon-Pérez JM, Antino M, Leon-Rubio JM. The role of psychological capital and intragroup conflict on employees' burnout and quality of service: A multilevel approach. *Front Psychol*. 2016;7:1755. doi:10.3389/fpsyg.2016.01755.
41. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):84–95. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x.
42. Dyrbye LN, West CP, Satele i sur. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443–51. doi:10.1097/ACM.000000000000134.
43. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2015;23(3):346–58. doi:10.1111/jonm.12138.53.

44. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower P. Factors Associated with Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8): e2013761. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13761.
45. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14(3):204–20.
46. Taris TW. Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work Stress*. 2006;20(4):316–34.
47. Halbesleben JR, Buckley MR. Burnout in organizational life. *J Manage*. 2004;30(6):859–79.
48. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*. 1996;81(2):123–33.
49. Fernet C, Gagné M, Austin S. When does quality of relationships with colleagues predict burnout over time? The moderating role of work motivation. *Organ Behav*. 2010;31(8):1163–80.
50. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103–11.
51. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Hum Relat*. 2004;57(12):1447–73.
52. Reichl C, Leiter MP, Spinath FM. Work–nonwork conflict and burnout: A meta-analysis. *Hum Relat*. 2014;67(8):979–1005.
53. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gomez-Urquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: a meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):380.
54. Alsulimani LK, Farhat AM, Borah RA i sur. Health care worker burnout during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2021;42(3):306–14. doi:10.15537/smj.2021.42.3.20200812.
55. Kroencke L, Geukes K, Utesch T, Kuper N, Back MD. Neuroticism, and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *J Res Pers*. 2020; 89:104038 [Internet]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104038>.
56. Maden C, Ozcelik H, Karacay G. Exploring employees' responses to unmet job expectations: The moderating role of future job expectations and efficacy beliefs. *Pers Rev*. 2016;45(1):4–28. doi:10.1108/PR-07-2014-0156.
57. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. *The Motivation to Work*. New York: Wiley;1959.

58. Verquer ML, Beehr TA, Wagner SH. A meta-analytic review of relations between person–organization fit and job satisfaction. *J Vocat Behav.* 2003;62(3):316–38. doi:10.1016/S0001-8791(03)00036-7.
59. Colquitt JA, Greenberg J. A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Organ Behav Hum Decis Process.* 2001;86(2):278–321. doi:10.1006/obhd.2001.2958.
60. Smith PC, Kendall LM, Hulin CL. The measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes. Chicago: Rand McNally; 1969.
61. Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P i sur. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with quality of care, burnout and job satisfaction. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(7):559–68. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567.
62. Lee HW, Rhee DY. Effects of organizational justice on employee satisfaction: Integrating the exchange and the value-based perspectives. *Sustainability.* 2023;15(7):5993. doi:10.3390/su15075993.
63. Fan W, Schor JB, Gu G. Work time reduction via a 4-day workweek finds improvements in workers' well-being. *Nat Hum Behav.* 2025;8(7):1052–62. doi:10.1038/s41562-025-02259-6.
64. Autonomy. The results are in: The UK's four-day week pilot. London: Autonomy; 2023 Feb.
65. De Neve J-E, Krekel C, Ward G. Employee wellbeing, productivity, and firm performance. Oxford: Oxford Working Paper Series, Centre for Economic Performance, LSE; 2019.
66. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* 2020;18(1):41. doi:10.1186/s12960-020-00469-9.
67. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2021;141:110343. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110343.
68. Schuster M, Dwyer PA. Post-traumatic stress disorder in nurses: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2020;29(15–16):2769–87.
69. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Netw Open.* 2021;4(2):e2036469. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3646.
70. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs.* 2003;44(6):633–42.

71. Munkeby H, Bratberg G, Devik SA. Registered nurses' exposure to high stress of conscience in long-term care. *Nurs Ethics*. 2023 Nov-Dec;30(7-8):1011–24. doi:10.1177/09697330231167542.81.Cohen-Mansfield J. Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. *J Appl Gerontol*. 2001;20(4):439–56.
72. Hazelhof TJ, Schoonhoven L, van Gaal BG, Koopmans RT, Gerritsen DL. Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2016;63(3):507–16. doi:10.1111/inr.12293.
73. Umubyeyi B, Leboul D, Bagaragaza E. "You close the door, wipe your sadness and put on a smiling face": a qualitative study of the emotional labour of healthcare professionals providing palliative care in nursing homes in France. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1070. doi:10.1186/s12913-024-11550-7.
74. Svitlić-Budisavljević M, Klemenc-Ketiš Z, Jesenšek P. Demografske značajke medicinskih sestara i profesionalno sagorijevanje: burnout u domovima za starije osobe u Hrvatskoj i Sloveniji. *Zdr Varst*. 2024;63(1).
75. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):288–98.
76. Maslach C, Leiter MP. Burnout: A multidimensional perspective. In: Cooper CL, editor. *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 68–85.
77. Traynor M, Boland M, Buus N. Autonomy, evidence and intuition: Nurses and decision-making. *J Adv Nurs*. 2010;66(7):1584–91.
79. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2065–71. doi:10.1111/jgs.16051.
80. McGilton KS, Boscart VM, Brown M, Bowers B, Close J. Making tradeoffs between the reasons to leave and stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nurses. *J Nurs Manag*. 2014;22(8):1042–51. doi:10.1111/jonm.12080.
81. Zhang S, Xiao X, Ai Yi sur. Challenges, and coping experiences faced by nursing staff in long-term care facilities in China: a qualitative meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;11:1302481. doi:10.3389/fpubh.2023.1302481.
82. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11): e2443059. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.

83. Jan E, Wan D, To Li sur. Staff turnover intention at long-term care facilities: implications of resident aggression, burnout, and fatigue [Internet]. *J Am Med Dir Assoc*. 2024;25(3):396–402. doi: 10.1016/j.jamda.2023.10.008.
84. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(2):211–27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003.
85. Hayes B, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag*. 2010;18(7):804–14. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01131. x.
86. Boamah SA, Read EA, Spence Laschinger HK. Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: A time-lagged study. *J Adv Nurs*. 2017;73(5):1182–95. doi:10.1111/jan.13215.
87. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems in retention. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(2):202–10. doi:10.1377/hlthaff. 2010. 0100.
88. Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J Nurs Manag*. 2014;22(7):855–71. doi:10.1111/jonm.12165.
89. Liu Y, Aungsuroch Y, Yunibhand J. Job satisfaction in nursing: A concept analysis study. *Int Nurs Rev*. 2016;63(1):84–91.
90. Moloney W, Boxall P, Parsons M, Cheung G. Factors predicting registered nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *J Adv Nurs*. 2018;74(4):864–75. doi:10.1111/jan.1349.
91. Orgambidez-Ramos A, de Almeida H. Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Appl Nurs Res*. 2017 Aug;36:37–41. doi:10.1016/j.apnr.2017.05.012.
92. Jakobsson-Larsson B, Mannberg M, Pöder U, Hedström M, Karlsson A-C. Registered nurses' experiences on job satisfaction in nursing home settings: a qualitative study. *Nurs Open*. 2024;11(6):e2224.
93. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, Engberg S, Zúñiga F. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2016;52(1):23–32.
94. Squires JE, Hoben M, Linklater S, Carleton HL, Graham N, Estabrooks CA. Job satisfaction among care aides in residential long-term care: a systematic review. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:157924. doi:10.1155/2015/157924.
95. Bađun M. Long-term care workforce in Croatia: a qualitative study on the potential role of immigration. *Croat J Soc Policy*. 2025;31(3):261–78. doi:10.3935/cjsp.31.261.

96. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol.* 1989;44(3):513–24. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513.
97. Rocha A, Silva M, Pereira C, Santos R. Protective factors against burnout among oncology nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2025;24:77. doi:10.1186/s12912-025-03277-5.
98. Juras K, Knežević B, Golubić R, Milošević M, Mustajbegović J. Stres na radu: mjere prepoznavanja, rješenja i prevencija. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini.* 2009;51(2).
99. Betke K, Basińska MA, Andruszkiewicz A. Sense of coherence and strategies for coping with stress among nurses. *BMC Nurs.* 2021 Jun 23;20(1):107. doi:10.1186/s12912-021-00631-1.
100. Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O i sur. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav.* 2019;9(4):e01264. doi:10.1002/brb3.1264.
101. Masanotti GM, Paolucci S, Abbafati E, Serratore C, Caricato M. Sense of coherence in nurses: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(6):1861. doi:10.3390/ijerph17061861.
102. Sastrawan S, Newton JM, Malik G. Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2019 Mar;28(5-6):733–44. doi:10.1111/jocn.14702.
103. Lin LC, Huang YC, Carter P, Zuniga J. Resilience among nurses in long term care and rehabilitation settings. *Appl Nurs Res.* 2021;62:151518. doi:10.1016/j.apnr.2021.151518.
104. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *J Appl Gerontol.* 2016;35(5):523–542.
105. Williams J, Hadjistavropoulos T, Ghandehari O, Malloy DC, Hunter PV, Martin RR. Resilience and organisational empowerment among long-term care nurses: effects on patient care and absenteeism. *J Nurs Manag.* 2016;24(3):300–8. doi:10.1111/jonm.12311.
106. Bamonti P, Conti E, Cavanagh C i sur. Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. *J Appl Gerontol.* 2019 Jan;38(1):92–111. doi:10.1177/0733464817716970.
107. Duan Y, Thorne T, Iaconi C i sur. Changing Trends in Job Satisfaction and Burnout for Care Aides in Long-Term Care Homes: The Role of Work Environment. *J Am Med Dir Assoc.* 2025;26(2):105380. doi:10.1016/j.jamda.2024.105380.

108. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (DZS). Statistički podaci o stanovništvu [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 25]. Available from: <https://dzs.gov.hr>.
109. Grad Zagreb. Domovi za starije osobe [Internet]. [cited 2025 Jul 25]. Available from: <https://www.zagreb.hr/default.aspx?id=1815>
110. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju – izvještaj o kategorizaciji korisnika [Internet]. Zagreb; 2023. Available from: <https://www.stampar.hr>.
111. Croatian Geological Survey. Potresi u Zagrebu 2020. – Izvješće o seizmičkoj aktivnosti i posljedicama [Internet]. Zagreb: Hrvatski geološki institut; 2020. Available from: <https://www.hgi-cgs.hr>.
112. Civil Protection Directorate, Ministry of the Interior RH. Izvješće o djelovanju sustava civilne zaštite tijekom potresa u Petrinji i okolici 2020. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova; 2021.
113. World Health Organization. Earthquakes [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/earthquakes>.
114. WHO EMRO. Earthquakes as triggers for public health disasters: WHO and health systems response [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-29-2023/volume-29-issue-3/earthquakes-as-triggers-for-public-health-disasters-who-and-health-systems-response.html>.
115. Stroebe K, Kanis B, Richardson J, Oldersma F, Broer J, Greven F, Postmes T. Chronic disaster impact: the long-term psychological and physical health consequences of housing damage due to induced earthquakes. *BMJ Open*. 2021;11:e040710. doi:10.1136/bmjopen-2020-040710.
116. Shui A, van den Berg GJ, Mierau JO, Viluma L. The impact of mining-induced earthquakes on mental health: Evidence from the Dutch Lifelines Cohort Study and Biobank. IZA Discussion Paper No. 17925. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA); 2025.
117. Çınaroğlu M, Yilmazer E, Noyan Ahlatçioğlu E, Ülker SV, Hızlı Sayar G. Psychological impact of the 2023 Kahramanmaraş earthquakes: a systematic review and meta-analysis of PTSD, depression, and anxiety among Turkish adults. *Front Public Health*. 2025;13:1664212. doi:10.3389/fpubh.2025.1664212.
118. Mavrouli M, Mavroulis S, Lekkas E, Tsakris A. The impact of earthquakes on public health: a narrative review of infectious diseases in the post-disaster period aiming to disaster risk reduction. *Microorganisms*. 2023;11(2):419. doi:10.3390/microorganisms11020419.

119. Mattei A, Fiasca F, Mazzei M *sur*. Stress and burnout in health-care workers after the 2009 L'Aquila earthquake: a cross-sectional observational study. *Front Psychiatry*. 2017;8:98. doi:10.3389/fpsyt.2017.00098.
120. Emirza M, Şimşek N, Atmaca N *sur*. Emotional exhaustion and psychological distress among healthcare workers after the 2023 Kahramanmaraş earthquake. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(4):1135. doi:10.3390/ijerph21041135.
121. Sehlikoğlu Ş, Yılmaz Karaman IG, Yastıbaş Kaçar C, Canakci ME. Earthquake and mental health of healthcare workers: A systematic review. *Turkish J Clin Psy*. 2023;26(4):309–18. doi:10.5505/kpd.2023.70845.
122. World Health Organization. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2023 May 5 [cited 2025 Nov 12]. Available from: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-ihc-\(2005\)-emergency-committee-on-the-covid-19-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-ihc-(2005)-emergency-committee-on-the-covid-19-pandemic).
123. Kolarić B. Institutional care of older people during the COVID-19 epidemic in Croatia. *Popul Med*. 2023;5(Suppl):A507. doi:10.18332/popmed/165340.
124. Kisely S, Warren N, McMahon L *sur*. The psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review. *BMJ*. 2020;369:m1642. doi:10.1136/bmj.m1642.
125. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z *sur*. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6695. doi:10.3390/ijerph18136695.
126. Erten Bucaktepe PG, Akgül F, Bulut Çelik S. Evaluation of the effects of pandemic-related fears on anxiety and depression: the mediating roles of traumatic stress and loneliness. *BMC Psychology*. 2024;12:388. doi:10.1186/s40359-024-01880-w.
127. Navarro-Prados AB, Jiménez-García-Tizón S, Meléndez JC. Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health Soc Care Community*. 2021;29(6):1908–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250978/>.
128. Lesković L, Erjavec K, Leskovic R, Vuković G. Burnout and job satisfaction of healthcare workers in Slovenian nursing homes in rural areas during the COVID-19 pandemic. *Ann Agric Environ Med*. 2020;27(4):664–71. doi:10.26444/aaem/12823613.
129. Ge MW, Hu FH, Jia YJ *i sur*. COVID-19 pandemic increases the occurrence of nursing burnout syndrome: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 38 countries. *Nurse Educ Pract*. 2023;69:103643. doi:10.1016/j.nepr.2023.103643.

130. Gizdić A, Drmić S, Antičević V. Burnout symptoms and psychological well-being among Croatian hospital frontline nurses and physicians during the COVID-19 pandemic: the contribution of environmental and personal characteristics. *Psychiatr Danub*. 2024;36(1):83–93. Available from: <https://hrcak.srce.hr/en/319537>.
131. Vidović M, Lukšić B. Burnout syndrome of nurses/technicians in the COVID-19 pandemic at University Clinical Hospital Mostar. *Health Bull*. 2024;10(1):214–25. doi:10.47960/2303-8616.2024.1.9.214.
132. Vaillant-Ciszewicz AJ, Couturier B, Segaux Li sur. National cross-sectional survey on psychological impact on French nursing homes of the first lockdown during the COVID-19 pandemic as observed by psychologists, psychomotor, and occupational therapists. *Front Public Health*. 2023;11:1290594. doi:10.3389/fpubh.2023.1290594.
133. Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):364. doi:10.3390/healthcare10020364.
134. Guastello AD, Brunson JC, Sambuco N i sur. Predictors of professional burnout and fulfilment in a longitudinal analysis on nurses and healthcare workers in the COVID-19 pandemic. *J Clin Nurs*. 2024;33(1):288–303. doi:10.1111/jocn.16463.
135. Zhang X, Jiang X, Ni P i sur. Association between resilience and burnout of front-line nurses at the peak of the COVID-19 pandemic: Positive and negative affect as mediators in Wuhan. *J Clin Nurs*. 2022;31(5–6):698–707. doi:10.1111/jocn.15940.
136. Mubarak N, Safdar S, Faiz S, Khan J, Jaafar M. Impact of public health education on undue fear of COVID-19 among nurses: The mediating role of psychological capital. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(2):544–52. doi:10.1111/inm.12819.
137. Labrague L. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *J Nurs Manag*. 2021;29(8):1893–905. doi:10.1111/jonm.13336.
138. Jeleč Kaker D. Profesionalno zadovoljstvo i sagorijevanje na poslu socijalnih radnika i medicinskih sestara u domovima za umirovljenike [doktorska disertacija]. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada; 2011.
139. Tsui AS, Egan TD, O'Reilly CA III. Being different: Relational demography and organizational attachment. *Adm Sci Q*. 1992;37(4):549–79.

140. Førsund LH, Schumacher E. Alone yet accountable, the unseen buffers: A qualitative study of nurses' experiences working in home care during the COVID-19 pandemic. *Scand J Caring Sci*. 2024 Jun;38(2):321–33. doi:10.1111/scs.13231.
141. Sullivan D, Sullivan V, Weatherspoon D, Frazer C. Comparison of Nurse Burnout, Before and During the COVID-19 Pandemic. *Nurs Clin North Am*. 2022 Mar;57(1):79–99. doi:10.1016/j.cnur.2021.11.006.
142. Gordon AL, Goodman C, Achterberg Wi sur. Commentary: COVID in care homes – challenges and dilemmas in healthcare delivery. *Age Ageing*. 2020;49(5):701–5. doi:10.1093/ageing/afaa11314.
143. Badone E. From Cruddiness to Catastrophe: COVID-19 and Long-term Care in Ontario. *Med Anthropol*. 2021;40(5):389–403. doi:10.1080/01459740.2021.1927023.
144. Blanco-Donoso L, Moreno-Jiménez J, Amutio A, Gallego-Alberto L, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: The case of Spain. *J Appl Gerontol*. 2021;40(3):244–56. doi:10.1177/0733464820964153.
145. Blanco-Donoso L, Moreno-Jiménez JM, Gallego-Alberto L, Amutio A, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health Soc Care Community*. 2022;30(1):e148–e60. doi:10.1111/hsc.13422.
146. Zhao S, Yin P, Xiao LD i sur. Nursing home staff perceptions of challenges and coping strategies during COVID-19 pandemic in China. *Geriatr Nurs (New York)*. 2021;42(4):887–93. doi:10.1016/j.gerinurse.2021.04.024.
147. White EM, Wetle TF, Reddy A, Baier RR. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(1):199–203. doi:10.1016/j.jamda.2020.11.022.
148. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77:3286–3302. doi:10.1111/jan.14962.
149. Hofmeyer A, Taylor R. Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2021;30(1-2):298–305. doi:10.1111/jocn.15520.
150. Ghahramani L, Lankarani KB, Yousefi M i sur. A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:758849. doi:10.3389/fpsy.2021.758849.

151. Saeed SA, Gargano SP. Natural disasters, and mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(1):16–25. doi:10.1080/09540261.2021.2008896.
152. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
153. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)* [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://icd.who.int/>.
154. Epifanio MS, La Grutta S, Piombo MA i sur. Hopelessness and burnout in Italian healthcare workers during COVID-19 pandemic: the mediating role of trait emotional intelligence. *Front Psychol*. 2023;14:1146408. doi:10.3389/fpsyg.2023.1146408.
155. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ i sur. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*. 2002;65(3):207–39. doi:10.1521/psyc.65.3.207.20173.
156. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*. 2007;52(1):63–70. doi:10.1093/sw/52.1.63.
157. Figley CR. *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge; 1995.
- 158.. Tahernejad S, Ghaffari S, Ariza-Montes A, Wesemann U, Farahmandnia H, Sahebi A. Psychosocial impact of earthquakes on healthcare workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):3456. doi:10.3390/ijerph20053456.
159. Emirza EG, Uzun S, Şenses M. Earthquake diaries: psychosocial difficulties and life experiences of nurses working in the disaster zone after the earthquake: a phenomenological study. *Public Health Nurs*. 2024;41(5):1124–34. doi:10.1111/phn.13369.
160. Harmanci Seren AK, Dikeç G. The earthquakes in Turkey and their effects on nursing and community health. *Int Nurs Rev*. 2023;70(3):262-265. doi:10.1111/inr.12851. Epub 2023 Jun 10.
161. Yanik D, Ediz Ç. Experiences and psychosocial challenges of volunteer nurses in Turkey's devastating earthquake zones: lessons to be learnt for prevention of health system problems in disasters: a qualitative study. *Public Health Nurs*. 2024;41(3):503–13. doi: 10.1111/phn.13303.
162. Sato H, Techasrivichien T, Omori A, Ono-Kihara M, Kihara M. Psychosocial consequences among nurses exposed to the Great East Japan Earthquake and Fukushima nuclear disaster: a qualitative ethnographic study. *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13(3):553–62. doi:10.1017/dmp.2020.443.

163. Akçay E, Çöp E, Senses Dinç G i sur. Emotional exhaustion and psychological distress among healthcare workers after the 2023 Kahramanmaraş earthquake: Prevalence and associated factors. *Am J Orthopsychiatry*. 2024. doi:10.1037/ort0000792.
164. Abdi A, Vaisi-Raygani A, Najafi B, Saidi H, Moradi K. Reflecting on the challenges encountered by nurses at the great Kermanshah earthquake: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2021;20(1):90. doi:10.1186/s12912-021-00605-3.
165. Ediz Ç, Yanik D. Disaster preparedness perception, psychological resilience, and empathy levels of nurses after 2023 Great Türkiye earthquake: are nurses prepared for disasters? *Public Health Nurs*. 2024;41(1):164–74. doi:10.1111/phn.13267.
166. Sert H, Gulbahar Eren M, Koc F i sur. Depression, anxiety, stress, and job performance among Turkish nurses in the early post-earthquake period. *Int Nurs Rev*. 2023. doi:10.1111/inr.12920.
167. Şermet Kaya Ş, Erdoğan EG. Disaster management competence, disaster preparedness belief, and disaster preparedness relationship: Nurses after the 2023 Turkey earthquake. *Int Nurs Rev*. 2025 Mar;72(1):e13020. doi:10.1111/inr.13020.
168. Mert IS, Koksall K. Unveiling the heart of disaster nursing: A qualitative study on motivations, challenges, and lessons from the devastating 2023 Turkey earthquakes. *Int Nurs Rev*. 2025 Jun;72(2):e13023. doi:10.1111/inr.13023.
169. Geng C, Luo Y, Pei X, Chen X. Simulation in disaster nursing education: A scoping review. *Nurse Educ Today*. 2021 Dec;107:105119. doi:10.1016/j.nedt.2021.105119.
170. Hwang S, Baek S. Middle-Range Theory of Disaster Cognitive Readiness in Nursing Practice Through Theory Derivation and Sentence Synthesis. *Public Health Nurs*. 2025 Mar-Apr;42(2):940–48. doi:10.1111/phn.13528.
171. Diehl E, Hiss D, Wege A, Hirschmüller A, Nienhaus A, Letzel S. Experiences of Nurses in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic in Germany: A Qualitative Study. *Geriatrics (Basel)*. 2022 Sep 9;7(5):94. doi:10.3390/geriatrics7050094.
172. American Medical Association. Physician well-being and burnout: 2024 update. Chicago: AMA; 2024.
173. Luo C. Management of a Nursing Unit in a Temporary COVID-19 Specialized Hospital in Wuhan, China. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022 Apr;16(2):741–7. doi:10.1017/dmp.2020.373.

174. Johal SS, Mounsey ZR. Finding positives after disaster: Insights from nurses following the 2010–2011 Canterbury, NZ earthquake sequence. *Australas Emerg Nurs J*. 2015 Nov;18(4):174–81. doi:10.1016/j.aenj.2015.09.001.
175. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M i sur. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 11;11:579563. doi:10.3389/fpsyt.2020.579563.
176. Spányik A, Simon D, Rigó A, Griffiths MD, Demetrovics Z. Emotional exhaustion and traumatic stress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Longitudinal changes and protective factors. *PLoS One*. 2023 Dec 15;18(12):e0291650. doi:10.1371/journal.pone.0291650.
177. Orrù G, Marzetti F, Conversano C i sur. Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 5;18(1):337. doi:10.3390/ijerph18010337.
178. Alzailai N, Barriball KL, Xyrichis A. Impact of and mitigation measures for burnout in frontline healthcare workers during disasters: A mixed-method systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023;20(2):133–41. doi:10.1111/wvn.12633.
179. Neuberg M, Železnik D, Meštrović T, Ribić R, Kozina G. Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. *Arch Occup Hyg Toxicol*. 2017;68(3):190–7. doi:10.1515/aiht-2017-68-2982.
180. Martín J, Padierna Á, Villanueva A, Quintana JM. Evaluation of the mental health of care home staff in the Covid-19 era. What price did care home workers' pay for standing by their patients? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36(11):1810–19. doi:10.1002/gps.560219.
181. Brady C, Fenton C, Loughran O i sur. Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;37(1). doi:10.1002/gps.564820.
182. Hering C, Gangnus A, Budnick A i sur. Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nurs*. 2022;21(1):41. doi:10.1186/s12912-022-00807-3.
183. Sarabia-Cobo C, Pérez V, de Lorena P i sur. Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):869–78. doi:10.1111/jan.14626.
184. Allan BA, Dexter C, Kinsey R, Parker S. Meaningful work and mental health: job satisfaction as a moderator. *J Ment Health*. 2018 Feb;27(1):38–44. doi:10.1080/09638237.2016.1244718.

185. T, Höge T, Pollet E. Predicting meaning in work: Theory, data, implications. *J Posit Psychol.* 2013;8(6):543–54. doi:10.1080/17439760.2013.830763.
186. Hoedl M, Thonhofer N, Schoberer D. COVID-19 pandemic: Burdens on and consequences for nursing home staff. *J Adv Nurs.* 2022;78(8):2495–506. doi:10.1111/jan.15193196.
187. Cortina-Rodríguez G, Afanador Y. Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic. 2020 Jul. doi:10.13140/RG.2.2.17608.57601.
188. Conejero I, Petrier M, Fabbro Peray P i sur. Post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and burnout in nursing home staff in South France during the COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry.* 2023 Jun 15;13(1):205. doi:10.1038/s41398-023-02488-1.
189. Chirico F, Ferrari G, Nucera G, Szarpak L, Crescenzo P, Ilesanmi O. Prevalence of anxiety, depression, burnout syndrome, and mental health disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A rapid umbrella review of systematic reviews. *J Health Soc Sci.* 2021;6(2):209–20. doi:10.52355/jhss.v6i2.
190. Imtiyaz BS, Margoob MA, Roub F, Imtiaz M. Perceived stress, burnout, and resilience among healthcare workers in a multiple disaster-impacted setting during the COVID-19 pandemic. *Am J Disaster Med.* 2024 Winter;19(1):59–70. doi:10.5055/ajdm.0452.
191. Cacchione PZ. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Clin Nurs Res.* 2020;29(4):21-216. doi.org/10.1177/1054773820920385
192. Leppold C, Gibbs L, Block K, Reifels L, Quinn P. Public health implications of multiple disaster exposures. *Lancet Public Health.* 2022;7(3):e274–86. doi:10.1016/S2468-2667(21)00255-3.
193. Hernández-Torres R, Martínez Lozano M, Torres I, Rosario-Hernández E, Ramos-Pibernus A, Soto A, Ortiz L, Mascayano F, Rivera-Segarra E. The impact of the Covid-19 pandemic and previous natural disasters on the mental health of healthcare workers in Puerto Rico. *PLOS Glob Public Health.* 2023;3(5):e0001784. doi:10.1371/journal.pgph.0001784.
194. Consiglio C, Borgogni L, Alessandri G, Schaufeli WB. Does self-efficacy matter for burnout and sickness absenteeism? The mediating role of demands and resources at the individual and team levels. *Work Stress.* 2013;27(1):22–42. doi:10.1080/02678373.2013.769325.
195. Urien B, Osca A, García-Salmones L. Role conflict and team effectiveness: trust as a mediator and team reflexivity as a moderator [Internet]. *J Psychol.* 2021;155(6):529–49. doi.org/10.1080/00223980.2021.1933796.

196. Bakker AB, Demerouti E. The Spillover-Crossover model. In: Grzywacz JG, Demerouti E, editors. *New frontiers in work and family research*. New York: Psychology Press; 2013. p. 54–70.
197. Shields M, Chen C. Job strain, work–family conflict, and mental health. *Health Rep*. 2002;13(4):75–88.
198. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The Job Demands–Resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499.
199. Gündüz ES, Öztürk NK. Mental workload as a predictor of burnout in intensive care nurses. *Nurs Crit Care*. 2025 Mar;30(2):e13173. doi:10.1111/nicc.13173.
200. Shirom A, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and health review: Current knowledge and future research directions [Internet]. *Int Rev Ind Organ Psychol*. 2005; 20:269–308.
201. Ghahramani S, Lankarani KB, Kamali M i sur. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10843. doi:10.3390/ijerph182010843.
202. Martela F, Pessi AB. Significant work is about self-realization and broader purpose: Defining the key dimensions of meaningful work. *Front Psychol*. 2018 Mar 26;9:363. doi:10.3389/fpsyg.2018.00363.
203. Baxi BO, Atre D. Job satisfaction: Understanding the meaning, importance, and dimensions [Internet]. *J Manag Entrepren*. 2024;18(2):34–40.
204. Milosevic M, Brborovic H, Žaja R, Masina T, Bislimovska D, Stoleski S. Work engagement, job demands and burnout among Croatian health care workers during the Coronavirus Disease 2019 pandemic. *Saf Health Work*. 2022;13:S165. doi:10.1016/j.shaw.2021.12.1267.
205. Yildiz B, Yildiz T. A systematic review and meta-analytical synthesis of the relationship between work engagement and job satisfaction in nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(1):3–13. doi:10.1111/ppc.13068.
206. Almeida D. Work engagement in Portugal's National Continues Care Network professionals. *Eur J Bus Manag Res*. 2023;8(2):1–7. doi:10.24018/ejbmr.2023.8.2.2068.
207. Smokrović E, Gusar I, Hnatešen D i sur. Influence of work motivation, work environment and job satisfaction on turnover intention of Croatian nurses: a qualitative study. *SEEMEDJ*. 2019;3(2):33–44. doi:10.26332/seemedj.v3i2.110.
208. Tokić A, Gusar I, Nikolić Ivanišević M. Zadovoljstvo poslom i mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj u vrijeme pandemije COVID-19. *Društvena istraživanja*. 2021;30(2):401–21. doi:10.5559/di.30.2.11216.

209. Gizdić A, Drmić S, Antičević V. Burnout symptoms and psychological well-being among Croatian hospital frontline nurses and physicians during the COVID-19 pandemic: The contribution of environmental and personal characteristics [Internet]. *Psychiatr Danub*. 2023;35(4):1-11.
210. Makowicz D, Lisowicz K, Bryniarski K, Dziubaszewska R, Makowicz N, Dobrowolska B. The impact of the COVID-19 pandemic on job satisfaction among professionally active nurses in five European countries. *Front Public Health*. 2022;10:1006049. doi:10.3389/fpubh.2022.1006049.
211. McGilton KS, Stewart S, Bethell J i sur. Factors influencing nurse assistants' job satisfaction in nursing homes in Canada and Spain: a comparison of two cross-sectional observational studies. *J Appl Gerontol*. 2022;41(1):235–44. doi:10.1177/0733464820980567.
212. Heidari S, Parizad N, Goli R, Mam-Qaderi M, Hassanpour A. Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: a descriptive correlational study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Oct;82:104591. doi:10.1016/j.amsu.2022.104591.
213. Aloisio LD. Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2021;29(8):2361–74. doi:10.1111/jonm.13296.
214. Mansier-Kelderman M, Lovink M, Persoon A. The relationship between bachelor's-level nursing roles and job satisfaction in nursing homes: a descriptive study. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(2):238. doi:10.3390/ijerph21020238.
215. Sarfjoo Kasmaei M, Freeman S, Banner D, Klassen-Ross T, Martin-Khan M. Job satisfaction and well-being of care aides in long-term care during the COVID-19 pandemic: a comprehensive literature review. *World*. 2025;6(2):62. doi:10.3390/world6020062.
216. Yasin YM, Alomari A, Al-Hamad A, Kehyayan V. The impact of COVID-19 on nurses' job satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;11:1285101. doi:10.3389/fpubh.2023.1285101.
217. Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. *Nurs Rep*. 2023;13(3):95. doi:10.3390/nursrep13030095.
218. Sihvola S, Nurmeksela A, Mikkonen S, Peltokoski J, Kvist T. Resilience, job satisfaction, intentions to leave nursing and quality of care among nurses during the COVID-19 pandemic – a questionnaire study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:632. doi:10.1186/s12913-023-09648-5.

219. Naghibzadeh A, Moradi K, Saidi H, Karimi J, Moradi K. The impact of the Kermanshah earthquake experiences of Iranian nurses as rescuers: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2025 Apr 27;25(1):72. doi:10.1186/s12873-025-01227-7.
220. Zhao Y, Lu H, Zhu X, Xiao G. Job satisfaction among hospital nurses: An updated literature review. *Int J Nurs Stud*. 2025;162:104964. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104964.
221. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E i sur. Leadership styles and nurses' job satisfaction: Results of a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1552. doi:10.3390/ijerph18041552.
222. Connelly DM, Garnett A, Snobelen N, Guitar N, Flores-Sandoval C, Sinha Si sur. Resilience amongst Ontario registered practical nurses in long-term care homes during COVID-19: A grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2023;79(3):1117–29. doi:10.1111/jan.15539.
223. Nantsupawat A. Exploring the relationships between resilience, burnout, work engagement, and intention to leave among nurses in the context of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2024;32(6):1569–77. doi:10.1111/jonm.13317.
224. Kanner AD, Kafry D, Pines A. Conspicuous in its absence: the lack of positive conditions as a source of stress. *J Hum Stress*. 1978;4(4):33–9. doi:10.1080/0097840x.1978.10545984.
225. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5514. doi:10.3390/ijerph17155514.
226. Schulze S, Merz S, Thier A i sur. Psychosocial burden in nurses working in nursing homes during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study with quantitative and qualitative data. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:949. doi:10.1186/s12913-022-08333-3.
227. Temeng E, Hewitt R, Pattinson R i sur. Nurses' coping strategies caring for patients during severe viral pandemics: A mixed-methods systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32(15–16):4973–90. doi:10.1111/jocn.16711.
228. Sierakowska M, Doroszkiewicz H. Stress coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic. *PeerJ*. 2022;10:e13288. doi:10.7717/peerj.13288.
229. Jubin J, Delmas P, Gilles I, Oulevey Bachmann A, Ortoleva Bucher C. Protective factors and coping styles associated with quality of life during the COVID-19 pandemic: a comparison of hospital or care institution and private practice

- nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7112. doi:10.3390/ijerph19127112.
230. Siraj S, Alzahrani S, Alzahrani F, Alqahtani A, Alahmadi T, Alshehri A. Burnout, resilience, supervisory support, and quitting intention among healthcare professionals: a national cross-sectional study in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2407. doi:10.3390/ijerph20032407.
 231. Gadolin C, Skyvell Nilsson M, Larsman P, Pousette A, Törner M. Managing health care under heavy stress: effects of the COVID-19 pandemic on care unit managers' ability to support the nurses – a mixed-methods approach. *J Nurs Manag*. 2022;30(8):4204–14. doi:10.1111/jonm.13857.
 232. Riedel B, Horen SR, Reynolds A, Hamidian Jahromi A. Mental health disorders in nurses during the COVID-19 pandemic: implications and coping strategies. *Front Public Health*. 2021;9:707358. doi:10.3389/fpubh.2021.707358.
 233. Xue CL, He Y, Wang Y i sur. Experiences of nurses involved in natural disaster relief: a meta-synthesis of qualitative literature. *J Clin Nurs*. 2020;29(23–24):4514–31. doi:10.1111/jocn.15476.
 234. Ho SS, Sosina W, DePierro JM i sur. Promoting resilience in healthcare workers: a preventative mental health education program. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(10):1365. doi:10.3390/ijerph21101365.
 235. Nembhard IM, David G, Ezzeddine I, Betts D, Radin J. A systematic review of research on empathy in health care. *Health Serv Res*. 2023;58(2):203–20. doi:10.1111/1475-6773.14109.
 236. Hung L, Liu C, Woldum E, Au-Yeung A, Berndt A, Chaudhury H. Staff experience of a Canadian long-term care home during a COVID-19 outbreak: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2022;21:50. doi:10.1186/s12912-022-00823-3.
 237. Saulnier DD, Duchenko A, Otilie-Kovelman S, Tediosi F, Blanchet K. Re-evaluating our knowledge of health system resilience during COVID-19: lessons from the first two years of the pandemic. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12:6659. doi:10.34172/ijhpm.2022.6659.
 238. Khirekar J, Badge A, Bandre GR, Shahu S. Disaster preparedness in hospitals. *Cureus*. 2023;15(12):e49283. doi:10.7759/cureus.49283.

8. POPIS SLIKA I TABLICA

- Slika 1. Grafikon značajnosti čimbenika – Upitnik izvora stresa (faktorska analiza i faktorske saturacije upitnika Izvori profesionalnog stresa)
- Slika 2. Raspodjela odgovora ispitanika na podljestvicama: Emocionalna iscrpljenost, Osobna postignuća i Depersonalizacija (razina sagorijevanja: nisko, umjereno i visoko)
- Tablica 1. Usporedba fizioloških učinaka akutnog i kroničnog stresa
- Tablica 2. Izvori profesionalnog stresa kod pomagačkih zanimanja
- Tablica 3. Modeli profesionalnog stresa
- Tablica 4. Zanimanja pod najvećim rizikom pojave profesionalnog stresa
- Tablica 5. Neprikladnosti na radnom mjestu i posljedice
- Tablica 6. Pregled čimbenika profesionalnog sagorijevanja
- Tablica 7. Pregled situacijskih čimbenika i utjecaj na profesionalno sagorijevanje
- Tablica 8. Pregled posljedica profesionalnog sagorijevanja
- Tablica 9. Čimbenici zadovoljstva poslom
- Tablica 10. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestara
- Tablica 11. Izvori profesionalnog stresa kod medicinskih sestara u domovima za starije
- Tablica 12. Čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom medicinskih sestara u domovima za starije osobe
- Tablica 13. Intervencije prevencije profesionalnog stresa
- Tablica 14. Zaštitni čimbenici medicinskih sestra u domovima za starije
- Tablica 15. Sociodemografski pokazatelji
- Tablica 16. Izvori profesionalnog stresa: deskriptivni podaci za pojedinačne stavke
- Tablica 17. Izvori profesionalnog stresa: saturacije stavki s izdvojenim faktorima (faktorska opterećenja)
- Tablica 18. Identificirani čimbenici profesionalnog stresa i njihovo sadržajno značenje

- Tablica 19. Rezultati na ljestvicama Maslachova upitnika za profesionalno sagorijevanje
- Tablica 20. Korelacija faktora izvora stresa izdvojenih iz upitnika o izvorima stresa sa rezultatima na podskalama (brojevi predstavljaju Spearman-rho koeficijente korelacije)
- Tablica 21. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Emocionalno iscrpljivanje“ (linearna regresijska analiza)
- Tablica 22. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Osjećaj osobnog postignuća“ (linearna regresijska analiza)
- Tablica 23. Povezanost između izvora stresa prema izdvojenim faktorima i podskale „Depersonalizacija“ (linearne regresijska analiza)
- Tablica 24. Deskriptivna statistika pojedinačnih čestica i ukupnog rezultata Skale zadovoljstva poslom (JSI)
- Tablica 25. Spearmanove korelacije između zadovoljstva poslom, izvora stresa i komponenti sagorijevanja na poslu
- Tablica 26. Deskriptivna statistika pojedinačnih čestica i ukupnog rezultata Skale zadovoljstva poslom (JSI)
- Tablica 27. Tematske cjeline i teme definirane induktivnom tematskom analizom
- Tablica 28. Organizacija posla u razdoblju prije pandemije COVID-19
- Tablica 29. Promjene u organizaciji rada i najistaknutiji događaji tijekom pandemije COVID-a
- Tablica 30. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani pandemijom COVID-19
- Tablica 31. Emocionalna iskustva, organizacija rada i zaštitni čimbenici povezani s potresom
- Tablica 32. Percepcija uloge medicinskih sestara u domovima za starije tijekom pandemije COVID-19 i potresa
- Tablica 33. Nagrađujući elementi i samoosnaživanje
- Tablica 34. Rezultati analize važnih spoznaja i poruka iz perspektive sestara u domu

9. ŽIVOTOPIS

➤ *Osobni podaci*

Ime i prezime: Ana Puljak
Adresa: I. Lubenjaki 10, 10 000 Zagreb (Hrvatska)
Tel: 01 4696 175
Mob: 091 89 89 86 494
Email: ana.puljak@stampar.hr
Zvanje: liječnik, specijalist javnog zdravstva

➤ *Radno iskustvo*

➤ *Trenutno*

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", Zagreb (Hrvatska)

Voditeljica Službe za javno zdravstvo

Urednica-časopisa "Zdravlje za sve"

Članica stručnog vijeća Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"

Koordinator Nacionalnog programa "Živjeti zdravo" za Grad Zagreb

➤ *Prethodna iskustva*

1997-1998. Pripravnički staž u OB "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod

1998-1999. Rad u Studentskoj poliklinici Grada Zagreba: edukacija studenata iz područja reproduktivnog zdravlja, individualna savjetovanja studentica, rad u ordinaciji opće medicine

1999. do 2003. Rad u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje: stručni suradnik u kontroli bolničkih računa i viši stručni suradnik u Odsjeku za ugovaranje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

Od 2003. Rad u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, na specijalističkom usavršavanju iz područja javnog zdravstva. Vodila Gerontološko-javnozdravstveni odsjek u Službi za gerontologiju.

2004. Pohađala Stručni poslijediplomski "Javno zdravstvo"

2008. Položila specijalistički ispit iz javnog zdravstva.

2008 - 2010. Vodila Odjel za javnozdravstvenu genomiku u Službi za javno zdravstvo

2010 - 2022. Vodila Odjel za promicanje zdravlja u Službi za javno zdravstvo s prekidom kontinuiteta od pola godine zbog rada u Ordinaciji školske medicine Siget.

Od 2012. Urednica e-časopis „Zdravlje za sve“, NZJZ-a „ Dr.Andrija Štampar“

Od 2022. Vodi Službu za javno zdravstvo NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

➤ **Obrazovanje i osposobljavanje**

1997. Diploma Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

1998. Državni ispit

2004/ 2005. Stručni poslijediplomski "Javno zdravstvo"

2007. Specijalistički ispit iz javnog zdravstva

2009. edukacija iSite3 Enterise-uređivanje WEB sadržaja (Perpetum mobile)

2011. Međunarodna škola promicanja zdravlja-ECT Summer Course

2011. Certifikat iz područja pripreme projekata za financiranje iz bespovratnih sredstava EU (Spona)

2013. MOVE edukacijski preventivni program za rad s mladima rizičnog ponašanja
- Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga, MZ i HZJZ

2015. Radionica "Razvoj projektne ideje i priprema projektnog prijedloga za prijavu na natječaje financirane iz fondova EU" (Plavi partner)

2014–2020. Edukacija iz Kognitivno-bihevioralnih terapija

2020. Certifikat o osposobljenosti za samostalno obavljanje kognitivno bihevioralnog tretmana

2022. Osmotjedni tečaj mindfulnessa zasnovan na programu MBCT-L- Mindfulness za život

➤ **Posebna iskustva**

2020. Odlukom Stožera civilne zaštite RH uključena u provođenje aktivnih epidemioloških mjera i zdravstveni nadzor nad domovima za starije osobe na području Grada Zagreba te nadzor nad primjenom službenih uputa za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-a.

2021- 2025. članica Upravnog vijeća Specijalne bolesti za plućne bolesti (Zagreb)

Od 2021- 2025. članica Odbora za sprječavanje sukoba interesa Skupštine Grada Zagreba

➤ **Članstva**

Hrvatska liječnička komora

Hrvatski liječnički zbor (HLZ)

Hrvatsko društvo za javno zdravstvo HLZ-a

Hrvatsko društvo kognitivno-bihevioralnih terapija

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies

European Public Health Association

➤ **Radovi**

4 autorske knjige/urednik/autor:

- *Gerontološki centri – zagrebački model uspješne prakse. Zagreb, 2005.*
- *Skrb za starije osobe. Zagreb, 2009.*
- *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja. Zagreb, 2016.*
- *Uloga obiteljskog liječnika u unaprjeđenju zdravlja i sprječavanju bolesti, Zagreb, 2021.*

4 autorska/urednička priručnika

31 poglavlje u knjigama/priručnicima

10 kongresnih priopćenja u CC časopisu

10 znanstvenih radova u časopisima indeksiranim u WoSCC/JCR i Scopus/SJR

20 radova i kongresnih priopćenja u ostalim časopisima

➤ **Projekti**

Koordinator Europske zdravstvene ankete za Grad Zagreb, 2.val, 2004/ 2005, Statistički ureda Europske unije (Eurostat)

Voditelj stručnog dijela projekta Snažna patronažna-komunikacijski trening iz područja promicanja zdravlja i prevencije bolesti, NZJZ „Dr. Andrija Štampar (2020/2021), Europski socijalni fonda

Suradnik u projektu PROM LOM, Osnaživanje liječnika obiteljske medicine za promicanje zdravlja u svakodnevnom životu, DZ Centar – Zagreb (2020/2021), Europski socijalni fond

Sudjelovanje u projektu „Izgradnja socijalnog kapitala u lokalnoj zajednici kroz međugeneracijsku solidarnost i aktivno starenje“ - udruga Mobbing (2020/2021), Europski socijalni fond

Voditeljica i supervizor modula i predmet “Biblioterapija” u projektu Uspostava Regionalnog centra kompetentnosti inovativnih zdravstvenih tehnologija pri Medicinskoj školi Varaždin UP. 03.3.1.04.0004 (2021 - 2023), strukturni EU fondovi

Sudjeluje u provođenju projekta „Implementacija kratkih intervencija u prevenciji štetne upotrebe alkohola“ regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacija za Europu, HZJZ, (2023 i 2024)

Sudjeluje u provođenju projekta Mental Health Toolkit for Human Resources Managers (MH4HRM) financiranog iz Erasmus+ programa (2023 – 2026.)

➤ **Interesi i hobiji**

Mentalno zdravlje, biblioterapija, fotografija, čitanje, plivanje, boravak s obitelji i kućnim ljubimcima u prirodi.