

# Изложеност стресу и синдром сагоревања на раду код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите

*By Снежана Марковић*



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Снежана В. Марковић

**Изложеност стресу и синдром  
сагоревања на раду код здравствених  
радника, стручних радника, стручних  
сарадника и сарадника у установама  
социјалне заштите**

**1**  
докторска дисертација

Крагујевац, 2025



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Snežana.V. Marković

<sup>3</sup>  
**Exposure to stress and burnout syndrome  
at work among healthcare workers,  
professional workers, professional  
associates and associates  
in social welfare institutions**

<sup>1</sup>  
Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2025

## Индентификациониа страница докторске дисертације

<b>Аутор</b>
Име и презиме: Снежана Марковић
Датум и место рођења: 12.01.1967. Београд
Садашње запослење: Центар за заштиту одојчади, деце и омладине Београд
<b>Докторска дисертација</b>
7 аслов: Изложеност стресу и синдром сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите
Број страница: 122
Број слика: графика 34, табела 45
Број библиографских података: 166
Установа и место где је рад израђен: Центар за заштиту одојчади, деце и омладине Београд, Установа за домски смештај за одрасле и старије у Београду, Центар за дневни боравак деце и омладине ометене у развоју у Београду и Установа за децу и младе Сремчица
Научна област (УДК): Медицинске науке
<b>Ментор:</b> Проф. др Оливера Костић, ванредни професор, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-07-640/3

**1 Identification page of the doctoral dissertation**

<b>Author</b>	
Name and surname:	Snežana Marković
Date and place of birth:	3 12.01.1967. Belgrade
Current employment:	Center for the Protection of Infants, Children and Youth Belgrade
<b>Doctoral Dissertation</b>	
Title:	Exposure to stress and burnout syndrome in healthcare workers, professional workers, professional associates and associates in social welfare institutions
No. of pages:	122
No. of images:	chart 34, table 45
No. of bibliographic data:	166 3
Institution and place of work:	Center for the Protection of Infants, Children and Youth Belgrade, Institution for Residential Accommodation for Adults and the Elderly in Belgrade, Center for Day Care for Children and Youth with Developmental Disabilities in Belgrade and Institution for Children and Youth Sremcica
Scientific area (UDK):	Medical sciences
<b>Mentor:</b>	Prof. Olivera Kostić, Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
1	Decision number and date od acceptance of the doctoral:
	IV-07-640/3

## **ЗАХВАЛНИЦА**

*Велику и искрену захвалност дuguјем својој менторки професорки др Оливери Костић, за несебичну помоћ, безрезервну подршку и драгоцене савете током израде докторске десертације. Захваљујем на одвојеном времену и стрпљењу.*

*Захваљујем се посебно Професору др Небојши Здравковићу на његовој сусретљивости, помоћи, подршци и разумевању током реализације моје дисертације.*

*Захваљујем се асистенткињи на Катедри за медицинску статистику и информатику, Сари Мијаиловић, на сарадњи и њеној спремности да пружи помоћ када је то било потребно.*

*Велику захвалност упућујем свим запосленима у установама социјалне заштите који су учествовали у истраживању, као и колегама који су ми пружили подршку у реализацији дисертације . Ваш допринос је био од изузетног значаја за успешност ове докторске дисертације.*

*Највећу захвалност дuguјем вама мојој вољеној породици, на безграницу љубав коју ми пружате, јер сте ви моја највећа снага, подршка и помоћ .*

*Хвала моме вољеном тати на свему, и ову докторску дисертацију посвећујем њему.*

## САЖЕТАК

**Увод:** Синдром сагоревања представља озбиљан проблем који је прерастао у епидемију међу здравственим радницима и сарадницима. Овај синдром се обично јавља код особа које су ангажоване у услужним делатностима, међутим, данас погађа и представнике других професија.

**Циљ:** Главни циљ овог истраживања је да пр<sup>7</sup>цени учесталост јављања стреса и синдрома сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника запослених у установама социјалне заштите и да испита утицај одређених социодемографских карактеристика на њихову појаву.

<sup>4</sup>

**Материјал и метод:** Истраживање је реализовано као студија пресека на згодном узорку. Коришћен је DASS-21 упитник за процену стреса, депресивности и анксиозности, као и Конпенхагенов упитник (*Copenhagen Burnout Inventory – CBI*) за процену синдрома сагоревања. За испитивање резилијентности примењена је кратка скала резилијентности (*Brief Resilience Scale*) и кратка скала отпорног оснаживања (*Brief Resilient Coping Scale*).

**Резултати:** У овом истраживању учествовао је 491 испитаник. Значајни фактор<sup>3</sup> ризика за настанак синдрома сагоревања на радном месту укључују прековремени рад (OR=2,62; 95% CI=1,50-4,56), просечан BRS (OR=0,28; 95%CI=0,17-0,44), повећана депресија према DASS-21 D (OR=2,09; CI=1,1-4,04), повећана анксиозност према DASS-21 A (OR=2,38; CI=1,34-4,21), повећан стрес према DASS-21 S (OR=2,08; CI=1,11-(OR=0,60; CI=0,42-0,85). Једини идентификовани заштитни фактор је самопроцењивање нивоа здравља (OR=0,60; CI=0,42-0,85).

**Закључак:** Истраживање потврђује да су здравствени радници, стручни радници, стручни сарадници и сарадници у установама социјалне заштите изложени значајном ризику од развоја синдрома сагоревања на радном месту, као и да на то утичу разноврсни фактори.

**Кључне речи:** синдром сагоревања, стрес, резилијентност, установе социјалне заштите, посао- стручне особе

## SUMMARY

**Introduction:** Burnout <sup>3</sup> is a serious problem that has become an epidemic among healthcare workers and associates. This syndrome usually occurs in people engaged in service activities, however, today it also affects representatives of other professions.

**Objective:** The main objective of this study is to assess the frequency of stress and burnout among healthcare workers, professional workers, professional associates and associates employed in social welfare institutions, as well as to examine the influence of certain sociodemographic characteristics on the occurrence of burnout.

**Material and method:** The research was conducted as a cross-sectional study on a convenient. The DASS-21 questionnaire was used to assess stress, depression and anxiety, as well as the Copenhagen Burnout Inventory - CBI to assess burnout syndrome. The Brief Resilience Scale and the Brief Resilient Coping Scale were used to assess resilience.

**Results:** This study included 491 respondents. Significant risk factors for the development of burnout syndrome at work include overtime work (OR=2.62; 95% CI= <sup>3</sup> 50-4.56), average BRS (OR=0.28; 95%CI=0.17-0.44), increased depression according to DASS-21 D (OR=2.09; CI=1.14-4.04), increased anxiety according to DASS-21 A <sup>3</sup> (OR=2.38; CI=1.34-4.21), increased stress according to DASS-21 S (OR=2.08; CI=1.11-(OR=0.60; CI=0.42-0.85). The only identified protective factor is self-rated health (OR=0.60; CI=0.42-0.85).

**Conclusion:** The study confirms that healthcare workers, professional workers, professional associates and associates in social welfare institutions <sup>3</sup> are at significant risk of developing burnout syndrome in the workplace, influenced by various factors.

**Keywords:** burnout syndrome, stress, resilience, social welfare institutions, work-professionals

## САДРЖАЈ

<b>1. УВОД -----</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Стрес -----</b>	<b>2</b>
1.1.1. Историјски аспекти стреса -----	2
1.1.2. Класификација стреса -----	4
1.1.3. Приступи проучавању професионалног стреса -----	8
1.1.4. Исходи настанка стреса -----	9
1.1.5. Стрес на раду -----	9
<b>1.2. Синдром сагоревања -----</b>	<b>11</b>
1.2.1. Историја истраживања синдрома сагоревања -----	11
1.2.2. Синдром сагоревања на раду -----	14
1.2.3. Узроци сагоревања на раду-----	15
1.2.4. Знакови синдрома сагоревања -----	15
1.2.5. Синдром сагоревања у здравственим и социјалним установама -----	17
1.2.6. Последице синдрома сагоревања -----	20
<b>1.3. Психолошке промене настале као последица синдрома сагоревања -----</b>	<b>21</b>
1.3.1. Депресија -----	21
1.3.2. Анксиозност -----	23
<b>2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ -----</b>	<b>24</b>
2.1. Циљеви истраживања-----	24
2.2. Хипотезе-----	24
<b>3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА -----</b>	<b>26</b>
<b>1</b>	
3.1. Врста студије и време истраживања -----	26
3.2. Место истраживања -----	26
3.3. Испитаници -----	26
3.4. Варијабле истраживања -----	27
3.5. Инструменти истраживања -----	28
3.6. Етичко одобрење -----	31
<b>1</b>	
3.7. Снага студије и величине узорка -----	31
3.8. Статистичка обрада података -----	31
<b>4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА-----</b>	<b>32</b>

<b>4.1.</b> Социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника -----	32
4.2. Сагоревање на послу код испитаника -----	43
4.3. Степен депресивности, анксиозности и стреса код испитаника -----	46
4.4. Резилијентност испитаника -----	51
4.5. Фактори који утичу на синдром сагоревања на послу -----	54
4.6. Фактори који утичу на лично сагоревање на послу -----	62
4.7. Фактори који утичу на сагоревање повезано са послом -----	70
4.8. Фактори који утичу на сагоревање повезано са клијентом -----	78
4.9. Фактори који утичу на ниво стреса -----	86
4.10. Фактори који утичу на присуство повишеног стреса -----	89
<b>5. ДИСКУСИЈА -----</b>	95
<b>6. ЗАКЉУЧАК -----</b>	103
<b>7. ЛИТЕРАТУРА -----</b>	105
<b>8. ПРИЛОГ -----</b>	115
8.1. Упитници -----	115

Биографија

## **1. УВОД**

У савременом друштву, стрес је постао неизбежан аспект људског живота. Узроци и последице стреса су бројни, а многи појединци су стално изложени стресним ситуацијама услед тешких професионалних околности. Стрес, нарочито за особе које раде у здравству и социјалним службама, може имати дубок и значајан утицај на физичко, ментално и емоционално стање појединца. Данас су различити обрасци понашања и болести повезани са појавом стреса. Појам стреса у литератури се јавља као концепт који обухвата многе научне дисциплине. Ипак, с обзиром на његову неизбежну повезаност, углавном је асоциран са професијама у којима комуникација и рад са људима играју доминантну улогу (1).

Обим посла значајно утиче на исцрпљеност, квалитет рада, мотивацију и задовољство запослених. Сви ови фактори могу имати последице на пословну комуникацију, изазивати умор и синергетички утицати на здравствени статус појединача у одређеном здравственом сектору. Ово, у следећем, може утицати и на исходе корисника тих сектора (2).

Продужено излагање ситуацијама које организам перципира као претњу може резултирати бројним поремећајима који негативно утичу на основне животне функције и радне способности појединца, као и на њихово здравствено стање (3). Неадекватна комуникација, а посебно лоши односи су фактор који доприноси развоју овог синдрома (4). Синдром сагоревања настаје као последица дуготрајне изложености стресу, посебно у ситуацијама у којима су присутна велика очекивања других. У стручном литературном раду, синдром сагоревања се дефинише као стање емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног достигнућа и остварења (5). Поред наведене у литератри постоји и дефиниција да је синдром сагоревања "стање менталне и/или физичке исцрпљености изазване претераним и продуженим стресом" (6). Према литературним подацима, синдром сагоревања класификован је као професионални стрес и има значајан утицај на радне позиције које подразумевају интеракцију са људима, посебно у областима које су усмерене на пружање помоћи другим особама. Истраживања која су обухватила појединце различитих профиле радних места указују на повећане тенденције ка развоју синдрома сагоревања код особа са високим потенцијалом, посвећених, перфекциониста и оних са великим очекивањима. Најrizичније групе у овом контексту су запослени у здравству, социјалним услугама и образовним секторима (7).

Резултати спроведеног истраживања указују на то да су радници у области медицинске неге значајно више изложени стресу у поређењу са многим другим професијама. Ово истраживање, које је спровела Америчка национална асоцијација професионалаца за безбедност, показало је да су од 40 анализираних занимања здравствени радници имали највиши ниво стреса. Они често доживљавају исцрпљеност организма, учестало одсуство са посла, као и проблеме у животној средини и у породици, што може довести до менталних и физичких поремећаја (8).

У оквиру своје професије, радници у социјалним службама се, у складу са својим специфичним задацима, суочавају са бројним потешкоћама током рада са различитим профилима корисника, укључујући особе са психолошким проблемима, проблемима у развоју и деменцијом. Често се суочавају са високим нивоом стреса, а када обим посла социјалног радника постане прекомерно оптерећујући, брига о сопственом благостању често остаје у другом плану, што значајно повећава ризик од сагоревања. Синдром сагоревања може бити погоршан осећајем умора, а овај двосмеран однос представља

кључни разлог зашто је од изузетне важности да социјални радници и сарадници препознају и разумеју знаке и симптоме наведених стања (1).

Стрес на радном месту може бити узрокован различитим факторима, као што су управљање радом, напредовање у каријери, улога појединца, радни задаци, услови радног окружења и рад у сменама. Дуготрајна изложеност овим стресорима може довести до развоја синдрома сагоревања, који се карактерише менталном, физичком или комбинацијом менталне и физичке исцрпљености (5).

Синдром сагоревања на радном месту често је повезан са одређеним аспектима професионалне делатности, посебно у контексту односа са клијентима са којима се ради. Према истраживањима о синдрому сагоревања на радном месту, професије као што су медицински и социјални радници, затворски радници и адвокати су посебно подложне овом феномену (5).

Друштвено-демографске променљиве представљају одређене демографске факторе који су повезани са феноменом сагоревања на радном месту. У досадашњој литератури идентификовани су фактори као што су старост, образовање, брачни статус и радно искуство (5,7).

Синдром сагоревања у здравству представља озбиљан проблем, који се уочава у значајном проценту међу здравственим радницима и сарадницима. Утврђено је да овај синдром има негативан утицај на психо-физичко здравље запослених, као и на квалитет услуга које пружају, безбедност пацијената и одржавање здравственог система (8). Поред горе наведених информација, показано је да синдром сагоревања може имати дугорочне последице на ментално здравље здравствених радника, као и на квалитет њиховог живота. Превенција овог синдрома захтева активно управљање ресурсима и измене у радном окружењу, као и развој личних особина које могу допринети бољем управљању стресом.

## 1.1. СТРЕС

### 1.1.1. Историјски аспекти стреса

Стрес је постао неизбежан аспект свакодневног живота савременог човека. Узроци и последице стреса су разноврсни, а многи појединци су стално изложени стресним ситуацијама услед захтевних професионалних околности. Стрес, нарочито за особе које раде у здравственом и социјалном сектору, може имати дубок и значајан утицај на физичко, ментално и емоционално благостање.

На појаву стреса код запослених утиче низ фактора, што је детаљно обрађено у различitim научним радовима. Многе научне дисциплине, укључујући биолошке и друштвене науке, као и психологију у њеним клиничким, развојним и социјалним аспектима, као и менталну хигијену, проучавале су различите аспекте ове теме.

Узроци појаве стреса су изузетно комплексни и сложени. Продужено излагање ситуацијама које организам перципира као претњу може довести до низа поремећаја који негативно утичу на основне животне функције, радну способност појединца, као и на његов здравствени статус (9,10).

Према дефиницији Светске здравствене организације (SZO (WHO- World Health Organisation), стрес представља појаву која се јавља када организам покушава да се прилагоди одређеним животним изазовима, догађајима или ситуацијама, као и захтевима посла и притисцима који превазилазе његове способности. У том контексту,

стрес се може описати као неприлагођена и негативна реакција организма, која настаје као последица покушаја адаптације на изненадне и непријатне утицаје, а манифестије се кроз психичку и телесну патњу. Данас, термин "стрес" има значајно шире значење и дефинише се као покушај организма да се прилагоди условима живота, при чему активира своје физиолошке капацитете, као и капацитете унутар свих облика понашања. У суштини, стрес представља напор организма да усагласи физиолошке функције и своје понашање са условима живота. Према најновијим схватањима, стрес се може шире дефинисати као комплекс реакција који се јавља од тренутка деловања стресора на организам, преко покушаја организма да превазиђе утицај стресора или да му се прилагоди, до коначног исхода. Сваки посао који подразумева психолошке или физичке напоре, као и све ситуације које могу нарушити равнотежу између захтева и способности запосленог, а које доводе до незадовољства услед неприлагођености том послу, представља стрес. Узроци и ефекти стреса су разнолики, а значајан број запослених је изложен континуираном стресу услед захтевних професионалних околности. Светска здравствена организација је стрес на раду квалификоваала као глобалну епидемију, док је у извештају Уједињених нација (UN) из почетка 1990-их година стрес проглашен за болест 20. века. У овом извештају је наведено да је 60.8094 незгода на раду проузроковано стресом. Поред тога, према истраживањима Америчког института за стрес, између 75% и 90% посета пацијената свих узраста лекарима опште праксе повезано је са стресом (11).

Професионални стрес може имати дубок и озбиљан утицај на физичко и емоционално здравље појединца, као и на његов породични живот. Прекомерни стрес негативно утиче на продуктивност и квалитет рада. Он смањује задовољство запосленог у обављању његових дужности, доводи до лошијих резултата у раду, ствара осећај несигурности и некомпетентности, што све за последицу има и погоршање квалитета живота (12).

Ризик од психичких поремећаја који утичу на здравље запослених расте у складу са све већим захтевима у различитим професијама. У прилог томе, истраживачки подаци указују на то да су депресија и анксиозност болести које су повезане са стресом на раду (12).

Први радови посвећени стресу настали су као резултат истраживања Волтера Бредфорда Кенона (*Walter Bradford Cannon*) у области физиологије, где се стрес дефинише као физиолошки одговор организма на променљиве услове средине. Концепт стреса почeo је да се повезује са здрављем почетком XX века, након спровођења раније поменутог истраживања Волтера Бредфорда Кенона. Кенон (*Walter Bradford Cannon*) је настојао да објасни начин на који организам реагује на потенцијалне претње, описујући ту реакцију као "бори се или бежи" (fight or flight). Овим је суштински представио механизам којим се активира енергија неопходна за суочавање с потенцијалном опасношћу или за прилагођавање новонасталој ситуацији. Сам појам стрес подразумева напрезање и притисак, и обично носи негативне конотације (13).

Међутим, ендокринолог Ханс Сели (*Hans Selye*) се сматра кључном фигуrom у увођењу концепта стреса у научну литературу. Он је забележио да повећање нивоа адреналина код пацова изложених различитим стресорима представља стрес. Сели је заговорао теорију да одређена количина стреса у животу није могућа за избегавање и да је чак неопходна. Према његовој теорији, стресори, односно спољашњи и унутрашњи фактори, делују агресивно и изазивају стресну реакцију као одговор организма. Овај одговор је он означио као "адаптациони синдром". Треба напоменути да се данас сматра да је овај одговор на стресоре, у ствари, реакција "бори се или бежи", која се у савременом контексту сматра неадекватном реакцијом на стрес (14).

Неколико деценија касније, истраживање које је обухватило значајан број учесника током осам година потврдило је теорију грчког филозофа Епиктета (*Epiktet*) и америчког психолога и психотерапеута Алберта Елиса (*Albert Elis*), да оно што узнемира лјуде представља начин на који они перципирају догађаје, а не саму природу тих догађаја (9).

На основу наведених информација, стрес се може дефинисати као индивидуални одговор особе на одређени стимулус из околине. Нису све особе у стању да исте околности доживе као претеће; оно што представља стресор за једну особу не мора бити исто за другу. Чак ни иста особа у различитим тренуцима не мора перципирати исте ситуације на идентичан начин.

Према теорији "борба или бекство" из 1984. године, стрес настаје као последица неравнотеже између захтева и способности, односно расположивих ресурса које особа има да одговори на те захтеве. У сваком случају, код лјуди се јављају физиолошке, психолошке и биохемијске реакције на догађаје из околине које препознајемо као потенцијалне претње. Ове реакције се јављају као потреба да се особа прилагоди или одбрани од "напада". Станеље продуженог излагања оваквим ситуацијама може довести до низа поремећаја који негативно утичу на основне животне функције и радну способност појединца.

Још у раном 18. веку, научници су схватили да радницима је потребан одмор како би се побољшали ефекти рада, што је потврђено у истраживањима Ветма, када је Бернандино Рамазини (*Bernardino Ramazzini*) закључио да су узроци неких болести повезани са занимањем лјуди и истакао важност превенције настанка истих, уместо само лечења болести (15).

Потврђене су раније претпоставке да, поред утицаја спољне средине, значајан допринос стресу дају и карактеристике саме личности. Како радно искуство запослених расте, интензитет стреса опада, јер се с годинама превазилазе околности на радном месту у којима радник осећа неравнотежу између захтева и способности да на њих одговори. Станеље у којем особа доживљава да очекивања премашују њене стварне могућности и капацитете доводи до појаве стреса (16).

Различите ситуације на радном месту могу имати стресне последице на запослене. Све што угрожава материјалну егзистенцију, углед и достојанство може деловати као стресор. Радно оптерећење значајно утиче на исцрпљеност, квалитет рада, мотивацију и задовољство запослених. Ови услови могу нарушити комуникацију у тиму, изазвати замор, а укупно угрожавају здравље запослених и безбедност пацијената (16).

У свим земљама и радним срединама, стрес је присутан међу свим запосленима и не може се избегнути. Уколико је стрес у радном окружењу на нижем нивоу, он може позитивно утицати на квалитет рада, делујући мотивационо. Међутим, ако је особа дуготрајно изложена високом нивоу стреса, долази до кумулативног стреса, што може довести до различитих здравствених поремећаја и смањења радног учинка. Радници у различитим земљама суочавају се с различитим стресорима; у сиромашнијим земљама доминирају стресори који се односе на егзистенцију, док се у богатијим земљама запослени суочавају с потпуно другачијим узроцима стреса (16).

### 1.1.2. Класификација стреса

Многе животне ситуације могу представљати узрок настанка стреса. Узимајући у обзир карактеристике свакога појединца, као и разноврсност и бројност стресора, стрес се може класификовати на различите начине. Ова класификација може се извршити

у зависности од различних фактора, животних околности, интензитета стреса као и од професије или активности коју особа обавља.

Разликујемо физички тип стреса који настаје као последица промена у спољашњој средини, а који је обично резултат механичких и физичких фактора. Овај тип укључује, вибрације, буку, екстремне температуре, тежак физички напор и сличне утицаје.

Стрес који произилази из биолошких и психолошких фактора, који могу бити унутрашњег или спољашњег порекла, класификује се као биолошки или психолошки стрес. У категорију спадају озбиљније повреде тела, значајан губитак телесне течности, инфекције, токсични агенси, поремећај биолошких ритмова и слични физиолошки фактори. Физички тип стреса настаје услед промена у спољашњој средини, док психолошки стрес представља категорију стреса која произилази из фактора који се перципирају као претња, опасност или значајан губитак. Ова категорија обухвата неочекиване животне догађаје, конфликте, опасности, страх, тугу, мобинг (злостављање на раду) и сличне психолошке факторе. Психолошки стресори имају значајан утицај на емотивне процесе и могу довести до промена у понашању, укључујући анксиозност, страх или фрустрацију. Социјални стрес представља специфичан облик стреса који произилази из фактора у социјалном окружењу и који често утичу не само на појединце, већ и на одређене социјалне групе или чак на друштво у целини. Због сложености стресних фактора у овој категорији, која обухвата психолошке и социјалне компоненте, често се користи заједнички термин „психосоцијални стрес“.

Стрес се такође може класификовати према животним околностима иситуацијама у којима се јавља, као што су "животни (свакодневни)стрес" и "професионални (радни) стрес".

Поред тога, у зависности од трајања изложености интензитету стреса, који се утврђује на основу нивоа ослобођених хормона стреса, можемо разликовати акутни и хронични стрес (17). Акутни стресори представљају догађаје који су временски ограничени и могу бити физичке, емоционалне или психолошке природе, са јасно дефинисаним почетком и крајем. Реакције на акутни стрес могу трајати од једног сата и мање. Акутни краткотрајни, ситуациони стрес је привремен и брзо се јавља и повлачи. С друге стране, хронични стрес је узрокован константним низом стресних догађаја или дуготрајним ситуацијама који могу трајати и неколико недеља. Дуготрајан стрес може бити изазван тешким радним условима, бригом за особу са хроничним оболењем, или дуготрајним стањем усамљености. Хронични стрес може негативно утицати на здравље и понашање појединца, и може бити окидач за различите поремећаје и болести (18). Специфичне врсте стреса могу се повезати са одређеним занимањима или ситуацијама, као што су "стрес оператора", "стрес менаџера", "стрес пилота", "стрес новинара", "возачки стрес", "борбени стрес", "испитни стрес", "спортско такмичарски стрес" и "стрес пред јавни наступ". Ове врсте стреса могу варирати у зависности од природе послана или активности коју особа обавља.

Физиологија стреса обухвата одређене опште физиолошке законитости које се односе на настанак и развој стреса. Две кључне физиолошке осовине играју одлучујућу улогу у разумевању физиологије стреса (19):

Хипоталамус-аденохипофиза-кора надбubreжних жлезда: ова осовина обухвата интеракцију између хипоталамуса, аденохипофизе (предњег дела хипофизе) и кортекса надбubreжних жлезда, који луче хормон кортизол. Стресни окидачи иницирају емоционални одговор на стресор, што покреће низ биохемијских, неуротрансмитерских и неурохормоналних реакција у деловима мозга као што су лимбички кортекс, хипоталамус и хипофиза. Ове реакције стимулишу надбubreжне жлезде да луче

кортизол, који може имати значајне ефекте на метаболичке функције и друге аспекте функционисања организма. Хипоталамус, аутономни нервни систем (претежно симпатикус) и срж надбубрежне жлезде чине важну осовину у регулацији стреса. Ова осовина обухвата хипоталамус, аутономни нервни систем и срж надбубрежне жлезде, која лучи хормоне адреналин и норадреналин. Под утицајем стресора, низ биохемијских сигнала из хипоталамуса може активирати симпатички нервни систем. Ова активација доводи до значајног ослобађања катехоламина (адреналина и норадреналина) из сржи надбубрежне жлезде у крвоток. Ови хормони изазивају физиолошке реакције у организму, које се манифестију убрзањем срчаног ритма, повећањем крвног притиска и другим активностима као одговор на стресор.

Стрес пролази кроз неколико фаза (20): током суочавања са стресом, организам активира све своје ресурсе како би се прилагодио новом стању и поново успоставио унутрашњу равнотежу, познату као хомеостаза, као и контролу над ситуацијом. Ханс Сели (*Hans Selye*) је дошао до закључка да деловање стресора на организам изазива општу телесну реакцију. Селуе је ову реакцију назвао "општи адаптациони синдром".

Општи адаптациони синдром се дели на три фазе (21):

- Фаза аларма
- Фаза отпора или адаптације
- Фаза исцрпљености

Фаза аларма, позната и као фаза шока, наступа у тренутку деловања стресора и може трајати од неколико секунди до неколико часова. Различити трауматични догађаји, ситуације и утицаји које живот доноси, најчешће се перципирају као агресија, напад на личност или повреда психо-физичког интегритета, било унутрашњег или спољашњег. У овом тренутку, организам се припрема за борбу или бекство. Ова фаза подразумева тренутно ангажовање значајне количине енергије. Повећава се учесталост рада срца и дисања, долази до промене у расподели крви у телу, а ниво глукозе у крви се повећава. Особа се суочава с претњом или напетом ситуацијом коју покушава да дефинише, што доводи до стања нелагодности и отежаног доношења одлука. У овом периоду, могу се јавити психолошки симптоми као што су несаница, главобоља и нерасположење. У сваком организму настаје ванредно стање у нашој психи и телу.

На фазу аларма одмах се надовезује покушај организма да се прилагоди новонасталој ситуацији, што називамо фазом пружања отпор.

У фази отпора, активирају се сви физички и ментални ресурси организма с циљем супротстављања стресу. Реакција "бори се или бежи" представља један од облика понашања у стресним ситуацијама, што може бити од изузетне важности у тренуцима непосредне угрожености живота. Уколико се особа не супротстави, не побегне из стресне ситуације или ако организам не успе да се успешно прилагоди, може доћи до низа појава које негативно утичу на личност, како на менталном, тако и на понашајном плану. Чести обрасци понашања који су карактеристични за фазу отпора укључују одлагање обавеза, стални јутарњи умор, нездовољство, као и усвајање нездравих облика понашања, као што су конзумација алкохола, пушење, повећана потреба за кафом и психоактивним супстанцима, као и отпор и нетolerанцију. Уколико особа остане у овој фази дужи временски период и не примени технике за ослобађање од негативног утицаја стреса, с временом може доћи до исцрпљења организма. Дуготрајно и интензивно излагање стресу може резултирати трећом фазом, односно фазом исцрпљености, која с временом доводи до губитка способности адаптације.

У фази исцрпљености, односно у стадијуму декомпресије, сви ресурси који би особи омогућили да превазиђе опасност су исцрпљени. Отпор је нестао, што доводи до предаје; у том контексту, појединци често чине различите грешке, не успевају да адекватно сагледају реалност, губе наду и вољу за борбу, те се препуштају судбини, што може резултирати зависношћу од алкохола и неефикасношћу у различитим аспектима живота. У таквим ситуацијама, укупна реакција организма је неповољна, што је често праћено психичком и физичком патњом. У овом стању можемо рећи да је особа под стресом. Индикатори исцрпљености укључују осећај туге, ментални и физички умор, осећај исцрпљености, губитак воље, социјално повлачење, пад имунолошког система, као и поремећаје у спавању и исхрани, уз присуство апатије. У овој фази може доћи до појаве синдрома сагоревања као последице акумулације више стресних и траumatских ситуација, што може довести до хроничних поремећаја.

Реч "стрес" (на енгл: *stress*) означава притисак, напетост и напрезање. Као крајњи резултат таквих негативних реакција, може доћи до исцрпљења и слома одбрамбених механизама. У овој фази могу се јавити симптоми психичког или физичког обольења, а у екстремним случајевима може доћи и до смрти.

Реакције које се јављају у организму као одговор на стрес могу се класификовати у као категорије: физиолошке, психолошке и промене у понашању (22)

а) Физиолошке реакције на стрес укључују повећање нивоа кортизола, који се сматра хормоном стреса. Ове реакције значајно варирају у зависности од трајања стресора. Акутни стрес изазива у организму пораст крвног притиска, убрзање срчаног рада, као и повећање нивоа шећера и холестерола у крви. Такође, долази до убрзаног дисања и вегетативних реакција, као што су хладни и влажни дланови, проширене зенице и периферна вазоконстрикција, која преусмерава крв у виталне органе у циљу борбе или бекства. Поред тога, примећује се и смањење осетљивости на бол.

б) Психолошке реакције на стрес обухватају емоционалне и когнитивне промене. Емоционалне реакције могу укључивати љутњу, бес, анксиозност, депресију, огорчење, несаницу, цинизам, осећај беспомоћности, као и промене у апетиту, било да се ради о губитку или појачању апетита. Такође, могу се јавити повлачење, несигурност и друге емоције. Интензивније емоције обично су праћене јачим стресним реакцијама. Когнитивне реакције обухватају поремећаје пажње, концентрације и меморије, као и промене у просуђивању и поремећаје перцепције. Ове психолошке реакције могу довести до различитих проблема, укључујући осећај умора, синдром исцрпљености, а у екстремним случајевима и до повећане стопе самоубистава (23).

ц) Промене у понашању као реакција на стрес често укључују повлачење, изолацију на радном месту или у кућном окружењу, повећану конзумацију цигарета, алкохола или кофеина, раздражљивост, агресивност, сексуалне дисфункције, смањење мотивације за рад и одржавање односа с другим особама, као и појачано насиље на радном месту или у кући, употребу дрога, лекова, преједање, занемаривање одговорности, губитак мотивације и друге промене у навикама и понашању.

Поред трајања стресора и индивидуалних реакција, особине личности и стил живота играју кључну улогу у томе како појединци реагују на стрес. Особе које су екстровертне, интровертне или неуротичне могу имати различите реакције на стрес.

У разлици између типова личности, Фриедман и Розенман (*Friedman i Rosenman*) развили су класификацију типова А и Б. Тип А личности одликују особине као што су амбиција, агресивност, такмичарски дух и стрес узрокован недостатком времена. С

друге стране, тип Б личности карактерише опуштеност и смањен ниво стреса. Студије су показале да особе типа А чешће пате од срчаних проблема у поређењу са особама типа Б (24).

На крају, Лазарус (*Lazarus*), угледни амерички психолог, идентификује две основне стратегије за управљање стресом: стратегију суочавања усмерену на решавање проблема и стратегију суочавања усмерену на емоције (25).

Према моделу који је представио Лазарус 1974. године, реакција на стрес може имати позитивне или негативне последице по здравље, у зависности од природе стресора и индивидуалних реакција. Стрес је класификован у две категорије: еустрес и дистрес. Еустрес је дефинисан као „позитиван стрес“, односно стрес који има повољне ефекте и може побољшати функционалност појединца. Насупрот томе, дистрес се односи на стрес који је штетан и непријатан, а који настаје услед стресора који се перципирају као претња, повреда или губитак. Овај тип стреса може временом довести до непријатних емоција, исцрпљености, као и развоја анксиозности, депресије и других негативних последица.

### 1.1.3. Приступи проучавању професионалног стреса

Током времена су се развијали неки од кључних модела и приступа у проучавању професионалног стреса, а наведени модели су значајно допринели адекватном разумевању фактора који утичу на стрес на радном месту.

Интерактивни приступ теорији професионалног стреса, препознаје интеракцију између појединца и њеног окружења, усмеравајући се на континуирани циклус стреса. Према овом приступу, појединач тежи одржавању стабилности у својим мислима, емоцијама и односима, док стрес представља силу која помера физичке и психолошке, факторе изван зоне стабилности (21). Када дође до нарушувања стабилности, појединач је обавезан да прилагоди и активира стратегије суочавања с циљем поновног постизања стабилности. У складу с овим моделом, стрес се јавља у тренутку када појединач мора уложити напор како би се успешни носио с новонасталим околностима које угрожавају његов осећај стабилности.

У Каплановом (*Kaplan*) моделу, који се бави односом појединца и околине, акценат је стављен на степен усаглашености између вештина, потреба и очекивања радника и захтева и понуда послодавца на радном месту. Овај модел анализира у којој мери индивидуалне особине и карактеристике радника одговарају захтевима конкретног посла (27).

У Лазарусовом (*Lazarus*) трансакционом приступу стрес се дефинише као процес који настаје у ситуацијама када долази до неслагања између појединца и његове радне средине. Појединци процењују претње из околине, а степен озбиљности стреса зависи од начина на који интерпретирају стресоре. Овај модел стреса акценат ставља на индивидуалне разлике и процену стреса од стране појединца. Иако су присуство стресора, процес процене и реакција важни фактори у моделирању стреса на радном месту, и даље не постоји опште прихваћена дефиниција стреса нити консензус о томе како стрес функционише (28).

#### **1.1.4. Исходи настанка стреса**

Сваки стресор може изазвати различите неуролошке, ендокрине и метаболичке промене, као и промене у понашању. Дуготрајни стрес представља један од главних фактора у развоју бројних оболења, која су повезана са стресом (29). Стрес може проузроковати бројне психичке и соматске промене. Он може значајно угрожавати физичко здравље појединца, као и негативно утицати на њихово социјално и породично функционисање. Психички знаци стреса укључују раздражљивост, губитак апетита, повлачење у себе, смањено интересовање за комуникацију, сексуалну апстиненцију, депресију и друге емоционалне реакције. Соматски проблеми повезани са стресом обухватају болове у леђима, главобољу, коронарне проблеме, инсулт, ендокрине болести, гастроинтестиналне проблеме, а понекад и карцином. Стрес може такође довести до синдрома сагоревања на радном месту, што се манифестије као пад радног капацитета.

Непроцесиран и неадекватно управљан стрес може озбиљно угрозити психичко и физичко здравље појединца, као и негативно утицати на њихово социјално и породично функционисање. Стресори, односно фактори који изазивају стрес, могу довести до различитих оболења. Према извештају Међународног института за безбедност и здравље на раду (NIOSH), стрес може повећати ризик од развоја следећих оболења као што су хипертензија, коронарна болест, маждани удар, стресни улкус, гастроинтестинални проблеми, спастични колитис, дисфункција имунолошког система, дијабетес, бронхијална астма, мишићно-скелетни поремећај, депресија (присутна у 41% слушајева изложених стресу), посттрауматски стресни поремећај присутан у 31% слушајева изложених стресу), суицид, породично насиље, алкохолизам, зависност о психоактивним супстанцијама, као и карцином (30).

Људи који су изложени стресу често се ослањају на нездраве стратегије суочавања, као што је прекомерна конзумација алкохола и цигарета, смањење физичке активности и неуређена исхрана. Стрес такође може допринети развоју срчаних оболења и утицати на брзину ћелијског старења.

Поред тога, бројна истраживања указују на то да су депресија и аксиозност болести које су повезане са стресом на радном месту (12).

Према десетој ревизији Међународне класификације болести (ICD-10) из 2010. године, коју је усвојила Светска здравствена организација, стресни поремећаји су укључени у класификацију, а кодови F40-F48 односе се на психичке последице стреса. Ова категорија обухвата неуротске, стресом повезане и соматоформне поремећаје. Прва категорија подразумева реакције на тежак стрес и поремећаје прилагођавања, док друга категорија укључује психотичне поремећаје и трајне промене личности (31).

#### **1.1.5. Стрес на раду**

Стрес повезан са радом и професијом није био предмет научног истраживања током значајног дела своје историје. Ранија истраживања су често била усмерена на идентификовање метода за селекцију ментално здравог и "еластичног" особља, посебно у војном контексту, с циљем постизања максималне продуктивности у различитим условима.

Током 1960-их и 1970-их година у Сједињеним Америчким Државама, доминирала је „Теорија улоге стреса“. Овај приступ је више акценат стављао на

субјективне карактеристике и личне атрибуте радника, него на ситуационе факторе који су утицали на стрес на раду. Ова индивидуализована концепција стреса ефикасно је избегавала политичка питања у вези са стресом на радном месту (32).

С друге стране Атлантика, посебно у Скандинавији, развио се потпуно другачији приступ проучавања стреса на раду. Овај приступ је био усмерен на карактеристике самог посла, а мање на субјективне карактеристике радника. Овакав метод проучавања произилази из социјално-демократских реформи рада и демократске индустријализације, које су подржавали синдикати и влада. У овом контексту, акценат је био стављен на објашњење услова рада и моралних аспеката, више него на једноставну продуктивност.

Скандинавски приступ указује на то да послови са ограниченим аутономијом радника често доводе до погоршања менталног здравља. Овај акценат на карактеристикама посла и њиховом утицају на ментално здравље и квалитет живота постао је значајан током 1970-их и 1980-их година. На пример, истраживање спроведено у Шведској показало је да радници који су извештавали о монотоним пословима, високим радним захтевима и психолошком стресу чешће одсуствују с посла због болести и чешће паде од психосоматских поремећаја (33).

Током 1990-их – година, модел анализе стреса на раду, заснован на карактеристикама посла и реципрочности између уложеног труда и добијених награда, познат као „Труд-Награда Неслагање“- ЕРИ модел (*Effort-Reward Imbalance – ERI model*) је доживео проширење и постао веома популаран. Овај модел истражује како одређени послови могу бити стимулативни за једног радника, док истовремено изазивају стрес код другог, наглашавајући значај равнотеже између уложеног напора и добијених награда на радном месту. Недостатак реципрочности, на пример, ситуација у којој труд радника није адекватно награђен, може довести до емоционалног стреса и имати негативан утицај на здравље. Овај модел је посебно релевантан за професије које се баве радом с људима, као што је медицинска професија (34).

Национално удружење професионалне безбедности Сједињених Америчких Држава указало је на то да је, од четрдесет анализираних професија, највиши ниво стреса забележен у области медицинске неге. У студији коју су спровели Енген Мајер (*Engen Mayer*) и сарадници 2013. године, закључено је да је медицинска нега значајно подложнија стресу у поређењу са другим професијама. Они истичу последице као што су одсуство с посла, проблеми у комуникацији са пацијентима и њиховим породицама, као и могућност појаве менталних и физичких поремећаја (35).

У Европи, крајем двадесетог века (1998. године), спроведена је анализа прописа, политике и праксе у пет европских земаља, која је довела до закључка да Шведска, Холандија и Велика Британија третирају менталне проблеме радника повезане са стресом на радном месту као важне здравствене теме. Насупрот томе, Француска и Немачка нису имале тако озбиљан приступ овом проблему. У складу с тим, у поменутим земљама (Шведска, Холандија, Велика Британија) примећује се повећање мотивације, смањење одсуствовања са посла, као и побољшање продуктивности и атмосфере у радним колективима, што се може приписати предузетим мерама и стратегијама државе у борби против стреса на радном месту (36).

Резултати истраживања аутора Кохна и Мекдоналда (*Kohn P, Macdonald J*), (37) објављеног у часопису *J Behav Med* 1992. (*Journal Behavioral Medicine*) године, указују на то да се на основу свакодневних проблема и стресних догађаја могу предвидети негативни телесни и ментални показатељи здравља. Утврђено је да већи број свакодневних проблема корелира са већим бројем психичких симптома које појединци доживљавају. Такође, важно је напоменути да су истраживања показала да утицаји

мањих свакодневних стресора често имају јачи ефекат од утицаја великих животних догађаја, који се обично сматрају изузетно стресним (38).

Истраживање утицаја стресних животних догађаја на ментално здравље указује на то да су несугласице с партнером најзначајнији предиктор у развоју психосоматских реакција, анксиозности и депресије. Ово се може објаснити чињеницом да несугласице с партнером обично трају дуже и имају дугорочније последице у поређењу с другим испитиваним стресним догађајима (39).

Стрес на радном месту је предмет истраживања, при чему су посебно истакнути фактори као што су организација посла, напредовање у каријери, улога појединца, радни задаци, радно окружење, услови рада и сменски рад, који представљају најзначајнију групу стресора. Дуготрајно излагanje овим стресорима може довести до развоја синдрома сагревања (40).

Студије су такође показале да је стрес повезан са различитим аспектима радног места, укључујући страх од изложености разним опасностима и штетностима на раду, комуникацију на посулу, финансијске проблеме и друге релевантне факторе. Ове информације истичу значај разумевања стреса на радном месту и његових дугоричних последица на физичко и ментално здравље здравствених радника (41).

Од 1. децембра 2015 године, јапанска влада је од послодаваца захтевала имплементацију провере стреса на свим радним местима који запошљавају 50 или више радника (42). Ипак, постоје ограничени докази о ефикасности повратних информација прикупљених путем анкета о стресу у смањењу проблема менталног здравља запослених (43,44). Програм провере стреса, који се фокусира на процену нивоа стреса код појединачних радника, представља специфичан приступ у односу на глобалне трендове управљања психосоцијалним ризиком.

Класичне студије о здрављу на раду прикупиле су доказе који указују на повезаност квантитативних и квалитативних оптерећења са проблемима менталног здравља (45-47). С аспекта здравља на раду, мотивисање запослених представља кључни фактор за остваривање позитивних промена. У том контексту, руководиоци и особе задужене за кадровске послове требало би да усмеравају своје напоре на промоцију позитивног менталног здравља. Организациона правда се сматра једним од основних предуслова за унапређење позитивног менталног здравља и може служити као водич за побољшање радног окружења. Неке студије су показале да организациона правда може имати значајан утицај на ефикасност рада, као и на здравствене исходе (48-51).

Недавна факторска анализа је указала на то да организациона правда поседује структуру која се састоји од четри кључна фактора: дистрибутивне правде, процедурална правда, интерперсонална правда и информационе правде (52). Шкрињар (*J. Škrinjar*) наглашава да особе које бирају занимања у области пружања помоћи одређеним појединцима често представљају ентузијасте, перфекционисте и индивидуе које идеализују своје професије. Ове особе обично су подложне високим нивоима стреса у односу на постављена очекивања, што их чини честим кандидатима за појаву синдрома сагревања на раду (53).

## 1.2. Синдром сагревања

### 1.2.1. Историја истраживања синдрома сагревања

Синдром сагревања, познат и као (eng „burnout syndrome“), представља значајан феномен и озбиљан проблем у савременом друштву. Историја истраживања овог

синдрома указује на његову постепену еволуцију и све дубље разумевање у научној литератури.

Појава синдрома сагоревања је повезана са променама у друштву, технологији и начину живота. Овај синдром се данас препознаје као озбиљан друштвени и здравствени проблем који значајно утиче на психофизичко здравље запослених, њихову мотивацију, радне резултате и квалитет живота.

Пионери истраживања овог синдрома су психијатар Херберт Фројденбергер (*Herbert Freudenberger*) и социјални психолог Кристина Маслач (*Christina Maslach*). Независно један од другог, средином 1970-их година 20. века, описали су овај феномен и постепено га увели у научну литературу. Фројденбергер је први приметио да волонтери са којима је радио исказују емоционалну и физичку исцрпљеност, губитак мотивације и смањену приврженост послу (54,55).

Кристина Маслач (*Christina Maslach*) усмерила је свој истраживачки рад на "помагачке професије", као што су здравствени радници и социјални радници, као и на емоционалне и когнитивне процесе који утичу на њихово понашање у радном окружењу. Ова истраживања су била од кључне важности за идентификацију синдрома сагоревања као значајног проблема у радном окружењу, посебно међу здравственим радницима. Маслачева је дефинисала синдром сагоревања као скуп симптома који се јављају као реакција на продужени стрес на радном месту, а који укључују емоционалну исцрпљеност, деперсонализацију и смањено лично постигнуће (56).

Први радови који су се бавили синдромом сагоревања изазвали су значајне реакције, посебно у академској заједници. У почетној фази, термин "*burnout*" није имао прецизну дефиницију, а ауторима је био познат као широк појам са различitim значењима. Током првих пет година истраживања, термин је коришћен за описивање различитих феномена који су понекад били контрадикторни, као што су оптерећеност послом и неоптерећеност послом (57).

Једна од карактеристика раних истраживања у овој области била је недостатак емпиријских података. Већина аутора ослањала се на личне наративе и анегдоте, као и на различите теорије и претпоставке у вези са узроцима и превенцијом синдрома сагоревања. Само неколико радова садржало је емпиријске податке, што је допринело неповерењу у ово истраживање.

Одсуство јасног теоријског модела, прецизне дефиниције синдрома сагоревања и адекватних истраживачких метода изазвало је скепсу у академској заједници, која ову тему није сматрала озбиљном. Отпор се огледао и у одбијању објављивања рада, попут рада Кристине Маслач (*Christina Maslach*) и Џека Џексона (*Dr Jack Jackson*), који су покушали први пут објавити психометријски рад за процену синдрома сагоревања и били одбијени уз поруку да "не објављују поп-психологију."

Током осамдесетих година, истраживање синдрома сагоревања ушло је у фазу интензивнијег проучавања, привукло је пажњу, и постало популарна тема. Синдром сагоревања је постао синоним за личну фрустрацију изазвану стресом на радном месту. Аутори су почели да приказују резултате својих истраживања користећи различите методе као што су анкете, упитници, интервјуји, описивали су појединачне случајеве и ситуације, и предлагали терапијске моделе (58).

У том периоду, развијени су и различити инструменти за мерење синдрома сагоревања, при чемује је упитник Кристине Маслач за процену синдрома сагоревања (*Maslach Burnout Inventory – MBI*) постао најчешће коришћен. Овај инструмент је касније адаптиран на различите **1** лтуре и језике (59,60).

Развијен је на основу низа истраживања спроведених међу здравственим радницима и професионалцима у услужним делатностима, односно професијама

усмереним **на помагање другима**. Овај феномен **се најчешће примењује у популацији запослених у здравственом сектору (лекари, студенти медицине, медицинске сестре и техничари) и у услужним професијама (просветни радници, социјалне службе, полиција)**.

Током времена, феномен синдрома сагоревања је детаљно разматран. Неки аутори су се слагали са дефиницијом синдрома сагоревања коју је предложила Маслач, док су други имали своје интерпретације. Сви су се, међутим, сложили да је исцрпљеност кључна компонента овог синдрома. Кристенсен (*C. Christensen*) истиче да синдром сагоревања не представља само замор и исцрпљеност, већ да важан фактор представља и димензија личности. Из тог разлога, Кристенсен не нуди само једну дефиницију, већ разматра синдром сагоревања у контексту: личности, посла и односа са другим људима (61).

До деведесетих година двадесетог века, истраживање синдрома сагоревања проширило се са "помагачких професија" на различите секторе, укључујући војску, администрацију и предузетништво. Такође, започета су истраживања о повезаности фактора као што су радно окружење, специфичности посла, године стажа и пол са синдромом сагоревања (62).

Крајем деведесетих година, спроведене су бројне лонгитудиналне студије које су истраживале индивидуалне и ситуационе факторе у вези са синдромом сагоревања међу запосленима. Ове студије су анализирале везу између радног окружења, карактеристика посла, психичких реакција и особина личности запослених. Резултати истраживања указали су на то да различити фактори доприносе повећаној емоционалној исцрпљености запослених. Неке од ових фактора укључују преоптерећеност послом, висок степен емоционалних захтева, специфичности радног места и недостатак подршке на радном месту (63).

Истраживања су документовала да запослени који не препознају симптоме синдрома сагоревања губе интересовање за своје професионалне активности и пружају неадекватне услуге. Игнорисање ових симптома може довести до фрустрације, менталне и физичке исцрпљености, осећаја усамљености и проблема у међуљудским односима са колегама, пријатељима и члановима породице. У одређеним секторима, као што су здравство, образовање и јавна администрација, стопа појаве синдрома сагоревања може бити висока, често се крећући у обиму од 20% до 30%.

Три кључна открића у лонгитудиналним студијама подстакла су свест и интересовање како стручњака, тако и шире јавности, за препознавање синдрома сагоревања и развој програма подршке запосленима.

Идентификовани фактори у истраживању који утичу на настанак синдрома сагоревања подељени су у две категорије: индивидуалне факторе и ситуационе факторе. Индивидуални фактори обухватају социодемографске карактеристике, особине личности и ставове према раду. Ситуациони фактори укључују карактеристике посла, специфичности занимања и организационе аспекте (64).

У савременом добу, технолошки напредак и доступност обимних информација значајно утичу на све учествалији појаву синдрома сагоревања. Константан дисбаланс између захтева на радном месту и доступних ресурса може довести до развоја овог синдрома. Поред тога, конфликт између личних вредности и професионалних циљева може изазвати исцрпљеност и смањити професионалну ефикасност запослених (65).

### **1.2.2. Синдром сагревања на раду**

Светска здравствена организација (СЗО) је 28. маја 2019. године укључила синдром сагревања на раду у 11. ревизију Међународне класификације болести (International classification of diseases - ICD-11) где је описан у поглављу „Фактори који утичу на здравствени статус или контакт са здравственом службом“. У оквиру МКБ-11, синдром сагревања није класификован као болест или ментално стање, већ се дефинише као последица хроничног стреса на радном месту који није адекватно контролисан. Овај синдром карактеришу три основне димензије: осећај недостатка енергије, повећана ментална дистанца од посла или осећај негативности и цинизма у вези са задним обавезама, као и смањење професионалне ефикасности (61,66).

У Међународној класификацији болести - 11 ревизија (МКБ - 10), сагревање се категоризује под шифром која описује синдром сагревања на радном месту као стање виталне исцрпљености, искључујући проблеме повезане са социоекономским и психосociјалним условима (67).

Синдром сагревања на раду често се повезује са специфичностима одређених занимања, посебно оних која су усмерена на рад са другим људима, као што су професије које пружају одређену помоћ. Професије у којима су рад са људима и комуникација доминантни, подложније су развоју синдрома сагревања на радном месту. Најrizичније групе у овим професијама укључују медицинске, социјалне, просветне раднике, као и затворске службенике и адвокате (68).

Даља истраживања су показала да су наставници, учитељи и васпитачи изложени високим нивоима стреса и да се преваленција синдрома сагревања на послу код наставника и васпитача креће до 70%, зависно од коришћеног мernог инструмента (69). Синдром сагревања у литератури се дефинише као стање емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног достигнућа и остварења (70). Према другој дефиницији, синдром сагревања представља "стање менталне и/или физичке исцрпљености узроковано прекомерним и продуженим стресом" (71).

Основне компоненте синдрома сагревања укључују осећај емоционалне исцрпљености услед радних обавеза, константни стрес на радном месту који није успешно решен, деперсонализацију која се манифестираје кроз безличне односе са другим лицима, губитак радне способности, неуспех, неефикасност на послу, као и осећај безвредности (72).

Синдром сагревања код појединца манифестираје се кроз три основне компоненте: емоционалну исцрпљеност, деперсонализацију и смањено лично достижнуће. Емоционална исцрпљеност (енг. Emotional Exhaustion) представља стресну димензију сагревања, која се огледа у исцрпљености емоционалних ресурса појединца, губитку енергије и општој исцрпљености. Деперсонализација произлази из нездовољства тренутном радном ситуацијом, док се смањено лично достижнуће односи на негативан став према вредности сопственог рада и компетенција.

Синдром сагревања представља последицу дуготрајне изложености интензивним стресним ситуацијама, најчешће у контексту великих очекивања која намећу други. Појединци који свакодневно улажу значајну количину енергије у свој рад често осећају губитак контроле над својим животом.

Овај синдром је најчешће присутан код појединача са значајним потенцијалом и амбицијама, као и код оних који идеализују своје занимање и стреме ка перфекционизму, постављајући висока очекивања. Поред тога, недовољна организација рада, професионална изолација и проблематични односи унутар организације могу значајно допринети развоју синдрома сагревања. Често, недостатак комуникације, нарочито у

контексту међуљудских односа, представља фактор који доприноси појави овог синдрома (73).

У медицинској литератури, синдром сагоревања на раду је препознат као клинички облик професионалног стреса и често се јавља код појединача који су изложени значајном емоционалном оптерећењу, као што су лекари, просветни радници и запослени у услужном сектору. На пример, код лекара, симптоми сагоревања на раду су изразити, што се може објаснити<sup>4</sup> захтевима и стресом који произилазе из рада са пацијентима, дугим радним сатима и административним обавезама. Појава симптома сагоревања је значајно чешћа код лекара и медицинских сестара у хитној медицини, као и код интерниста (74-77).

Социјални радници и учитељи су особе које су посебно подложне испољавању симптома сагоревања. Социјални радници, наиме, свакодневно се сусрећу са појединцима који имају социјалне проблеме, што може негативно утицати на њихово психолошко стање и довести до сагоревања, услед искустава и невоља са којима се користи<sup>4</sup> центара за социјални рад суочавају (78-80).

Са друге стране, према часопису The Journal, подучавање има највишу стопу сагоревања од свих професија у јавној служби. Узрок томе су услови рада и однос према деци (81).

Синдром сагоревања на раду представља се као емоционална тупост, деперсонализација личности и губитак способности за постизање нових циљева и задатака. Овај синдром може имати озбиљне физичке и психичке последице, а често доводи до смањења мотивације за рад и развоја различитих телесних симптома стреса.

### 1.2.3. Узроци сагоревања на раду

Синдром сагоревања на раду има различите узроке који се могу класификовати у три основне категорије: друштвено окружење, психолошко окружење у радном и животном контексту, и личне карактеристике појединца (82).

Друштвено окружење подразумева позитивно психолошко окружење које захтева равнотежу између улагања у односе с другим људима и задовољења сопствених потреба у тим односима. Очекује се да улагања буду узвраћена и да задовоље основне потребе.

Психолошко окружење на радном месту, које обухвата радно оптерећење, степен контроле над радом, правичну награду за уложене напоре, комуникационе канале, као и поштовање и вредновање, посебно у контексту односа унутар организације, игра кључну улогу у појави синдрома сагоревања.

Личне карактеристике појединца такође доприносе развоју синдрома сагоревања. Занимљиво је напоменути да се синдром сагоревања може јавити код особа које се доживљавају као најспособније и најефикасније. То су обично људи који постављају високе стандарде за себе, непрестано теже постизању тих стандарда и често се суочавају са присилном мотивацијом.

### 1.2.4. Знакови синдрома сагоревања

Синдром сагоревања на раду пролази кроз различите процесе и стадијуме озбиљности, те се може схватити као процес који обухвата три различита степена. Ови степени почињу од иссрпљености, преко умора, до адреналне сагорелости. Прва два степена, иссрпљеност и умор, често се називају "сагоревањем". Након тога, процес напредује до треће фазе, која се означава као "синдром адреналне сагорелости (adrenal burnout syndrome - SAI)" (83).

У почетној фази исцрпљености, знаци сагоревања су мање уочљиви, што може довести особу до закључка да је у питању привремено стање. Ову фазу карактерише продуктивна усмереност, осећај одговорности, анксиозност, као и потреба да буде корисна другима, уз уверење да сви зависе од ње/њега. Физички знакови укључују хроничан умор, болове, поремећаје сна и повећане откуцаје срца. Психички знакови обухватају растући радни напор, фрустрацију, разочарање, раздражљивост, анксиозност и тугу. Такође, радиохолизам, односно потреба за непрестаним радом, представља значајан аспект ове фазе.

У другом степену, особа доживљава умор и осећа снажну заробљеност, као и немоћ да промени тренутну ситуацију. Симптоми исцрпљености постају све израженији, а појављују се и осећаји кривице, као и слабљење самопоуздана. Физички знакови могу укључивати повећан крвни притисак, болове, главоболje, ослабљен имунолошки систем и проблеме са спавањем. Психички знакови обухватају потребу за повлачењем из околине, осећај беса, цинизма, грубости, немогућност контроле над чулним потребама, губитак концентрације, сметње у памћењу, као и отуђење од ближњих и колега. У овом стању може доћи и до разматрања самоубилачких мисли.

Трећи степен адреналне сагорелости представља најозбиљнији стадијум, чије последице могу трајати дugo, а понекад и бити трајне. Поред интензивнијих физичких и психичких симптома који су присутни у претходним стадијумима, јављају се и нове карактеристике.

Физички знакови укључују екстремно смањену физичку енергију, немогућност одржавања будности, интензивне болове и озбиљне гастроентеролошке сметње. Психички знакови обухватају депресију, немогућност доношења одлука или планирања, губитак осећаја за време, нападе беса, губљење контроле и смисла, пад концентрације, рањивост, осећај беспомоћности, као и могуће суицидалне мисли.

Појединци у овом стадијуму обично се повлаче из свих активности и прекидају социјалне контакте. Овај стадијум може имати дуготрајне или чак трајне последице на здравље и добробит појединца.

Препоручује се разликовање значења умора, сагоревања и адреналне сагорелости, јер су то физички и психички различита стања (84).

У популацији младих особа са синдромом сагоревања на раду уочени су проблеми са спавањем, који укључују учстало буђење током ноћи и немогућност заспивања током дана. Испољавање овог синдрома обично се одвија у четири фазе, како је описано од стране аутора Пантовића (*A.Pantović*) (85). Прва фаза обухвата радни ентузијазам, у којој је особа потпуно посвећена свом послу. Међутим, поред значајног ангажовања, та посвећеност не доноси очекивану срећу и испуњење, што може довести до разочарања и незадовољства. Услед тога, наступа друга фаза стагнације, која се карактерише тешкоћама у међуљудским односима, како на радном месту, тако и у односима са породицом и пријатељима. У овој фази, особа постаје емоционално рањива и неповерљива. Многи појединци у овој фази траже излаз из насталих проблема. Трећа фаза обележена је емоционалним повлачењем и изолацијом, као и осећајем бесмислености и безвредности посла. У овој фази почињу да се јављају први знакови телесног исцрпљивања, што додатно ствара стрес и води ка последњој фази. У последњој фази, особа постаје апатична и губи интересовање за живот. Првобитно одушевљење и самопоуздана замењују се цинизмом и равнодушношћу. У овом тренутку, особа губи веру у себе и своје способности. У овој фази, појединач је донети одлуку о променама у свом животу или остати на истом радном месту, али без мотивације. Ове фазе често представљају процес у којем синдром сагоревања напредује и постаје све озбиљнији. У том контексту, енергија се трансформише у исцрпљеност, посвећеност у цинизам, а

ефикасност у неефикасност. На тај начин, све три првобитне димензије радног ангажовања претварају се у своје супротности (85).

Различити аутори класификују феномен сагоревања према различитим критеријумима, међутим, сви се слажу да је сагоревање хроничан процес.

### **1.2.5. Синдром сагоревања у здравственим и социјалним установама**

Синдром сагоревања у здравственим делатностима представља значајан проблем који је попримио епидемијске размере међу здравственим радницима и сарадницима. Овај синдром негативно утиче на психофизичко здравље запослених, квалитет услуга које пружају, безбедност пацијената, као и на одрживост здравственог система. Први пут је идентификован код медицинског особља које обавља своје дужности на одељењима психијатрије и интензивне неге, као и код хирурга. Након тога, овај синдром је такође утврђен и код представника других професија (86-91).

Преваленција синдрома сагоревања међу здравственим радницима варира, али већина истраживања указује на то да износи приближно 50%. Овај податак произлази из систематског прегледа литературе који је обухватио 182 студије објављене у периоду од 1991. до 2018. године.

Према подацима Светске здравствене организације (SZO) из 2014. године, недостатак здравствених радника представља све озбиљнији проблем. Недостаје 7,2 милиона здравствених радника, а предвиђа се да ће овај број порасти на 12,9 милиона до 2035. године. У Сједињеним Америчким Државама, истраживање из 2019. године указује на губитке у износу од 5 билиона долара годишње, који су резултат смањене продуктивности и високе флукутације лекара, узроковане синдромом сагоревања (92).

Овај синдром има значајан утицај на лекаре током целокупног њиховог професионалног развоја, укључујући и период студија медицине. Процењује се да преваленција синдрома сагоревања међу студентима медицине износи између 40% и 76%. Различити фактори ризика за настанак синдрома сагоревања обухватају наставни план и програм, стрес повезан са конкурентношћу, испите, висину школарине, захтеве практичног рада у болници, као и патњу и смрт пацијената. Такође, стил руковођења, организација рада и млађа животна доб представљају додатне аспекте који могу допринети развоју овог синдрома (93).

Синдром сагоревања је присутан и међу специјалистима у различитим медицинским областима. Истраживања су показала разлике у учесталости овог синдрома у зависности од специјализације, при чему су највише стопе забележене код специјалиста у области хирургије, анестезије, гинекологије и ортопедије.

Важно је напоменути да синдром сагоревања није ограничен само на одређене здравствене професије, медицинске сестре и здравствени техничари чине значајан део здравственог особља и суочавају се са овим проблемом.

Према подацима Светске здравствене организације из 2015. године, медицинске сестре и здравствени техничари чине 48% укупног здравственог особља. У Сједињеним Америчким Државама, истраживање спроведено 2019. године на узорку од 20.000 медицинских сестара и здравствених техничара указало је на континуирани пораст недостатка овог кадра. Према извештају, недостатак медицинских сестара је порастао са 37% у 2015. на 52% у 2019. години (94).

Очекује се да медицинске сестре и здравствени техничари буду одговорни, емпатични и способни да пруже негу са пуном пажњом, чак и у изазовним околностима,

као што је нега пацијената у терминалној фази болести. У таквим ситуацијама, могу се јавити осећаји беспомоћности и несмогућности да се пружи адекватна помоћ пацијентима и њиховим породицама. Истраживање научне литературе указује на бројне студије које се баве различитим аспектима здравственог стања медицинских сестара и здравствених техничара, укључујући професионални стрес, преваленцију синдрома сагоревања, факторе ризика и задовољство послом (95). Ови радови указују на значајну преваленцију емоционалне исцрпљености, депресије и синдрома сагоревања међу медицинским сестрама и здравственим техничарима. Истраживања су такође показала да преваленција синдрома сагоревања може варирати између различитих земаља, што наглашава важност узимања у обзир социоекономских и културолошких карактеристика у развоју превентивних стратегија и система подршке за ове здравствене раднике. Национални здравствени центар Енглеске (*National Health Service - NHS*) је 2015. године објавио саопштење које указује на забрињавајући тренд напуштања медицинске професије од стране медицинских сестара, услед високог нивоа стреса на радном месту. Најчешћи разлози за одлазак укључују опште нездовољство послом и радним условима, као и осећај неспособности да се пружи адекватна здравствена нега пацијентима (96).

Синдром сагоревања има негативан утицај на квалитет пружених услуга. Медицинске сестре и здравствени техничари који су изложени високом нивоу синдрома сагоревања<sup>4</sup> често сматрају да не пружају адекватну здравствену негу. Ови резултати су потврђени не само у Енглеској, већ и у другим европским земљама, као и у Северној Америци, Канади и Новом Зеланду.

Мета- анализа спроведена 2018. године, која је обухватила различите области медицине укључујући интерну медицину, кардиологију, хематологију, пулмологију, онкологију, хематологију, нефрологију и неурологију, показала је да је висока емоционална исцрпљеност присутна код 31% медицинских сестара и здравствених техничара. Такође, забележена је висока деперсонализација код 24% испитаника (97).

Иако постоје разлике у резултатима у вези са факторима ризика, студије су показале да су медицинске сестре млађе доби, као и оне у узрасту од 38 до 40 година, подложније синдрому сагоревања. Поред тога, постоје контрадикторни подаци о учешталости овог проблема код жена, али се чини да социјална и породична подршка играју заштитну улогу (98).

Вршена испитивања су показала да медицинске сестре које су изложене трауматским догађајима у свом раду често исказују већу емоционалну исцрпљеност и деперсонализацију. На пример, 68% медицинских сестара које раде у хитној помоћи изјављује да никада немају довољно времена за опоравак између трауматских догађаја. Насиље, патња и смрт пацијената такође представљају факторе ризика повезане са радним окружењем, који доприносе развоју синдрома сагоревања (99). Додатни фактори ризика укључују оптерећеност послом, временски притисак, недовољну комуникацију и неповољне међуљудске односе у здравственом тиму.

У последњим годинама, истраживања су нагласила значај повезаности између особина личности и синдрома сагоревања. Најчешће су проучаване тзв. "Велике пет" димензије личности, које укључују:

- Неуротицизам - склоност негативном доживљавању ситуација, која може бити праћена анксиозношћу, депресијом и фрустрацијом.
- Сарадљивост - особе које су високо сарадљиве карактеришу емпатија, кооперативност и поверење.
- Екстраверзија - особе које су екстравертне су пуне енергије, воле друштво, оптимистичне су и оријентисане ка решавању проблема, што се односи на њихову друштвеност и социјабилност.

- Отвореност - карактерише је интелектуална радозналост, потреба за променом, независност мишљења и отвореност према новим искуствима.
- Савесност - особе које су савесне су снажне воље, усмерене ка постизању циљева, скрупулозне, тачне и поуздане.

Ове димензије личности имају значајну улогу у разумевању ризика од сагоревања у професионалном контексту.

Здравствени сарадници представљају разнолику групу стручњака у здравственом систему, која обухвата медицинске физичаре, хемичаре, физико-хемичаре, микробиологе, биологе, психологе, дефектологе, социјалне раднике и друге професионалце.

Иако се ова група стручњака ретко истражује у контексту синдрома сагоревања у поређењу са лекарима и медицинским сестрама, њихова улога је од изузетне важности у пружању квалитетних социјалних услуга.

Истраживања у области социјалног рада указују на то да стручњаци запослени у овој области припадају ризичним групама за сагоревање на радном месту. Ови стручњаци имају тенденцију да доживљавају знатно виши ниво стреса и сагоревања у поређењу са запосленима у другим професијама (100).

Према резултатима једног истраживања, 39% од укупно испитаних 751 социјалног радника изјавило је да у тренутку интервјуа осећа симптоме професионалног сагоревања. Додатно, 75% испитаника навело је да су се са овим симптомима сусретали у неком тренутку током своје каријере (101).

Почетна сазнања о синдрому сагоревања проистекла су из истраживања социјалних радника. У том контексту, Маслач је дефинисала синдром сагоревања као „синдром емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањеног личног постигнућа, који може настати код појединача који се баве радом са људима“ (102).

Истраживања која су спроведена указују на то да професије које се баве пружањем помоћи припадају групи стреснијих занимања, која су изложена вишеструким и специфичним изворима професионалног стреса. Свакодневно суочавање са животним проблемима других, тужним и трагичним причама, прекомерним очекивањима, ниским задовољством послом, лошом организацијом рада, недостатком подршке, као и многим другим факторима, значајно утиче на целокупно професионално функционисање особа које се баве овим занимањима. Често се јавља ситуација у којој ови професионалци нису свесни обима утицаја који њихов рад има на њих саме, те стога не траже неопходну помоћ. Они су обучени да буду стручњаци у својој области и да аналитички сагледавају проблеме корисника с циљем пружања што квалитетније помоћи. Међутим, често занемарују сопствене потребе и умањују значај који њихов посао има на њихово ментално здравље, што на крају негативно утиче на квалитет њиховог рада, као и на квалитет професионалног живота (103).

С обзиром на сложеност професионалних задатака пружањем помоћи у области социјалне заштите, хронични професионални стрес се идентификује као главни узрок појаве синдрома сагоревања. Овај феномен се манифестије кроз смањено задовољство послом, ограничenu подршку и помоћ, повећане тешкоће у суочавању са стресом, као и негативне ефekte радног преоптерећења на лични живот. Додатни фактори укључују недостатак контроле над радним процесима и доношењем одлука, мањак социјалне подршке, лоше управљање и нејасне радне улоге, превелики број корисника, све сложеније и захтевније случајеве који захтевају више времена и стручног знања, неадекватност система и законских оквира у односу на потребе корисника, недовољан спектар психосоцијалних интервенција које су им доступне, ограничene могућности за материјалну помоћ, недовољну подршку и разумевање надређених, неадекватне услове

рада, осећај професионалне усамљености, недостатак сарадње са другим институцијама, као и лоше односе унутар стручног тима (104). У Србији су спроведена индивидуална истраживања синдрома сагревања на радном месту, док лонгитудинална и дугорочна истраживања до сада нису реализована. Већина истраживања фокусирана је на области као што су индустрија, маркетинг и здравство, док је значајно мањи број истраживања спроведен међу запосленима у помагачким професијама. Истраживање које је реализовано у специјалној болници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ обухватило је 90 запослених. Резултати су показали да се више од половине испитаника налази у средњем или високом степену професионалне сагрелости (105).

Неколико аутора истиче да су особе које су најпосвећеније, најодговорније и најмотивисаније за рад често највулнерабилније на развој синдрома сагревања. Идеализам, перфекционизам и снажна радна етика могу довести до потпуне посвећености послу, али истовремено могу резултирати психичким исцрпљивањем и развојем синдрома сагревања (106).

Синдром сагревања на раду присутан је код 48 до 69% популације у Јапану и Тајвану, око 20% у Сједињеним Америчким Државама, као и код приближно 28% особа у државама Европске уније, при чему су искључене државе Источне Европе, у којима нису спроведена истраживања о овом проблему (107).

Здравствени сарадници представљају разнолику групу стручњака у здравственом систему, која обухвата медицинске физичаре, хемичаре, физико-хемичаре, микробиологе, биологе, психологе, дефектологе, социјалне раднике и друге професионалце. Иако се ова група стручњака ретко истражује у контексту синдрома сагревања у поређењу са лекарима и медицинским сестрама, њихова улога је од изузетне важности у пружању квалитетних социјалних услуга.

У ситуацијама у којима симптоми синдрома сагревања нису адекватно идентификовани или у којима се не предузимају одговарајуће превентивне мере, може доћи до развоја озбиљних психичких проблема. Ово може резултирати рецидивом синдрома сагревања или чак развојем психопатолошког стања.

#### **1.2.6. Последице синдрома сагревања**

Синдром сагревања има бројне озбиљне последице на здравствене раднике, пациенте и читав здравствени систем, што је документовано у многим студијама.

Првенствено, занемаривање синдрома сагревања доводи до значајног нарушавања квалитета рада лекара и медицинских сестара. Ризик од професионалних грешака се повећава, што може озбиљно угрожавати пациенте. Сарадници на радном месту често су први који примете промене у понашању здравствених радника, што може довести до непрофесионалних интеракција, укључујући непредвидљиво понашање, промене расположења, вербалну агресију и склоност грешкама. Ове промене могу значајно ометати или чак уништити функционисање здравственог тима. Занемаривање ових проблема може негативно утицати на углед институције, медицинске професије и репутацију чланова тима, што може имати штетне последице на квалитет лечења и безбедност пацијената.

Поједини истраживачи истичу да су особе које су најпосвећеније, најодговорније и најмотивисаније за рад често највулнерабилније на развој синдрома сагревања. Идеализам, перфекционизам и снажна радна етика могу довести до потпуне посвећености послу, али истовремено могу резултирати психичким исцрпљивањем и развојем синдрома сагревања.

Синдром сагревања може имати дугорочне последице на ментално здравље здравствених радника, као и на квалитет њиховог живота. Висок ниво емоционалне исцрпљености код запослених у јединицама интензивне неге повезан је са повишеном степом смртности пацијената и смањеним квалитетом тимског рада. Повећан степен деперсонализације може резултирати продуженим временом опоравка пацијената након отпушта из болнице.

У ситуацијама у којима симптоми синдрома сагревања нису адекватно препознати или у којима се не предузимају одговарајуће превентивне мере, може доћи до развоја озбиљних психичких проблема. Ово може резултирати рецидивом синдрома сагревања или чак до појаве психопатолошког стања.

Када надређени и сарадници идентификују да је измена у понашању једног члана тима довела до дисфункционалности целокупне екипе, овај процес често открива и стручне недостатке у раду, што може непосредно или посредно угрожавати пацијенте. Оштећен углед здравствене установе може резултирати званичним приговорима и тужбама за несавесно лечење, што носи додатне правне и финансијске последице. Дуготрајно дисфункционално радно окружење може довести до флуктуације запослених и напуштања организације од стране икусних здравствених радника, што може угрозити њен даљи рад.

Како би се спречио синдром сагревања, од изузетне је важности правовремено препознати симптоме и предузети кораке за самопомоћ, као и измену фактора који изазивају стрес. Промене на радном месту, као што су унапређена организација, подршка надређених и тимско окружење, могу бити од кључне важности за превенцију синдрома сагревања.

Поред тога, имплементација превентивних стратегија које се фокусирају на развој отпорности и самопомоћи може бити од кључног значаја за очување менталног здравља здравствених радника, као и других професија које су изложене стресу.

### **1.3. Психолошке промене настале као последица синдрома сагревања**

Депресија и анксиозност су данас најраспрострањеније менталне болести у савременом свету, које значајно доприносе глобалним проблемима инвалидности (108,109).

Професионалци који су често изложени трауматским искуствима особа којима пружају помоћ, као што су здравствени радници, први реагујући и социјални радници, су под високим ризиком од развоја синдрома сагревања. Овај синдром може негативно утицати на стандарде неге пацијената, односе са колегама, а може довести и до озбиљнијих стања менталног здравља, као што су стресни поремећаји, анксиозност или депресија. Класичне студије о здрављу на раду прикупиле су податке који указују на то да су квантитативно или квалитативно оптерећење повезани са проблемима менталног здравља.

#### **1.3.1. Депресија**

Депресија представља озбиљан ментални поремећај који негативно утиче на све аспекте живота појединца, укључујући начин размишљања и понашања, као и радно окружење. Овај поремећај може довести до различитих емоционалних и физичких проблема, те може значајно смањити способност функционисања како на радном месту, тако и у приватном животу. Депресија се карактерише дубоком тугом, осећајем празнине

или раздражљивости, као и осећајем беспомоћности и губитком интересовања или уживања у активностима које су раније доносиле задовољство (110).

Фактори који доприносе развоју депресије могу бити разноврсни и обухватају различите аспекте живота. Међу њима се истичу животни проблеми, трауматични догађаји као што су смрт или губитак вољене особе, недостатак или смањена друштвена подршка, злостављање, финансијски проблеми, као и неповољни међуљудски односи и сукби. Сви ови елементи могу значајно утицати на развој депресије. Поред тога, депресија је праћена соматским и когнитивним променама које у значајној мери утичу на способност појединца да функционише у свакодневном животу (111).

Процењене указују да депресија погађа једну од 15 одраслих особа, што представља 6,7 % укупне популације. Такође процењује се да ће свакој шестој особи, односно 16,6 % у неком тренутку живота бити дијагностиковати депресија. Овај поремећај може се манифестишити у било којем тренутку, међутим, у просеку се први пут јавља у касним тинејџерским годинама до средине двадесетих. Истраживања показују да су жене склоније развоју депресије у поређењу са мушкарцима, при чему неке студије сугеришу на то да ће једна трећина жена доживети значајну депресивну епизоду током свог живота. Такође, постоји висок степен наследности, који износи приближно 40%, када су у питању рођаци у првом степену(родитељи, деца, браћа и сестре)који пате од депресије (110).

Симптоми депресије морају трајати најмање две недеље и требало би да указују на промену у начину функционисања особе у односу на претходно стање, како би се могла поставити дијагноза депресије. Симптоми депресије могу се класификовати у три основне категорије: емоционалне, физичке и когнитивне.

Емоционални симптоми укључују осећај туге и раздражљивости, док физички симптоми могу обухватати поремећај спавања и будности. Когнитивни симптоми се манифестишују кроз осећај кривице, песимизам и суицидне мисли. Поред тога, често се јављају и различите моторне, аутономне, ендокрине и имунолошке дисфункције.

Овај широк спектар симптома и хетерогене клиничке манифестације, које могу значајно варирати међу пациентима, као и необјашњива патогенеза, ток и успех лечења, указују на то да депресија представља сложен скуп симптома и стања болести различите етиологије, а не једну униформну болест (112).

Здравствена агенција Уједињених нација (UN) објавила је процене које указују на то да депресија погађа више од 300 милиона људи широм света, при чему су већина оболелих жене, младе и старије особе. Према извештају који је објавила SZO, процењује се да 4,4% светске популације пати од депресије, што представља пораст од 18% у броју особа које су живеле са овим поремећајем у периоду од 2005. до 2015. године (113).

Према проценама SZO из 2017. године, у Србији од депресије страда 419.302 особа, што представља приближно 5% укупне популације (114). Стручњаци предвиђају да ће утицај актуелне пандемије на ментално здравље бити значајан, те да ће број психичких поремећаја узрокованих стресом широм света бележити пораст (115). Иако су старије особе склоније суициду, подаци Института за јавно здравље "Милан Јовановић Батут" указују на то да се симптоми депресије све више јављају код млађих узраса (114).

Синдром сагоревања и депресија представљају два различита стања, али показују одређене сличности и често су међусобно повезани. Појединци који пате од синдрома сагоревања на радном месту могу изложени повећаном ризику од развоја депресије, с обзиром на то да стрес и исцрпљеност које доживљавају могу представљати предикторе за настанак депресивних стања. Осећај исцрпљености и беспомоћности има тенденцију да се погоршава током времена, што може довести до дубљих депресивних

епизода. С друге стране, депресија може функционисати као независан фактор ризика за развој синдрома сагоревања, јер особе које пате од депресије могу имати потешкоћа у суочавању са захтевима радног окружења (116).

Важно је разумети да и синдром сагоревања и депресија захтевају озбиљан приступ лечењу. Особе које препознају симптоме било којег од ових стања требају потражити стручну помоћ од психолога, психијатра или терапеута како би се адекватно проценила и третирала њихова ситуација. Такође је важно да организације препознају значај превенције синдрома сагоревања и стварање подржавајућег радног окружења како би смањиле ризик од ових проблема међу својим запосленима.

### 1.3.2. Анксиозност

Анксиозност представља ментални поремећај који се одликује хроничном забринутошћу, страхом и нервозом. Ово емоционално стање код појединача може се описати кроз психолошке симптоме као што су забринутост, немир и страх, као и физичке симптоме попут знојења, убрзаног рада срца и дрхтања. За разлику од страха, анксиозност не представља реакцију на одређени стимуланс или непосредну претњу, већ се односи на присуство потенцијалне опасности (117).

Анксиозност се најчешће јавља након изразито стресних ситуација или догађаја који изазивају тугу и страх, као што је губитак вољене особе. Депресија се класификује као поремећај расположења, док се анксиозност сматра нервним поремећајем.

Узроци анксиозности могу бити различити, а обухватају генетске предиспозиције, трауматске догађаје и стресне ситуације (118).

Анксиозни поремећаји представљају други водећи узрок инвалидитета међу свим психијатријским поремећајима, при чему се највеће оптерећење јавља у периоду адолосценције и раних година младости (119). Због своје инхерентне природе, ментални поремећаји, укључујући анксиозност, значајно утичу на функционисање појединца, продуктивност ,губитак запослења и смањење радне способности (120). Према подацима Националног института за ментално здравље, приближно четрдесет милиона Американаца, односно готово сваки седми становник Сједињених Америчких Држава, у неком тренутку свог живота пати од неке врсте анксиозног поремећаја. Недавне студије указују на то да је доживотна инциденција анксиозног поремећаја већа од 25%, што значи да свака четврта особа у Сједињеним Америчким Државама може очекивати да ће током свог живота бити погођена неким обликом анксиозности (121).

Појединци који доживљавају сагоревање често се суочавају са појачаним стресом и анксиозношћу на радном месту, а сагоревање може довести до сталне бриге и анксиозности у вези са послом, често услед осећаја неспособности да испуне захтеве радне средине. С друге стране, анксиозност може представљати фактор ризика за развој синдрома сагоревања, јер појачана забринутост и напетост могу довести до исцрпљености и смањене продуктивности. Важно је истакнути да и синдром сагоревања и анксиозност захтевају озбиљан приступ у лечењу.

## **2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ**

### **2.1. Циљеви истраживања**

Главни циљ овог истраживања је био да **7**роцени учесталост јављања стреса и синдрома сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника запослених у установама социјалне заштите, као и да испита утицај одређених социодемографских карактеристика на појаву синдрома сагоревања.

Секундарни циљеви су:

- Испитати учесталост синдрома сагоревања здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**
- Испитати повезаност између синдрома **7**агоревања и индивидуално психолошких фактора здравствених професионалаца, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**
- Испитати повезаност између карактеристика посла, **струса и синдрома професионалног сагоревања** код здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**
- Испитати утицај социодемографских варијабли на анксиозност, депресију, стрес и сагоревање на послу код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника.
- **7**испитати разлику у степену изложености стресу код здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**.
- **7**испитати разлику у ризику од синдрома сагоревања здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**

### **2.2. Хипотезе**

#### **Општа хипотеза**

Здравствени радници, стручни радници, стручни сарадници и сарадници у установама социјалне заштите су у великом ризику да развију синдром сагоревања на послу.

#### **Посебне хипотезе:**

1. **7**остоји висока учесталост синдрома сагоревања здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**
2. Постоји повезаност између синдрома **7**агоревања и индивидуално психолошких фактора здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**
3. Постији повезаност између карактеристика посла и синдрома професионалног сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и

- сарадника у установама социјалне заштите**
4. Социодемографске варијабле представљају предикторе за сагоревање на послу код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника.
  5. Постоји статистичка з<sup>7</sup>ачајна разлика у степену изложености стресу код здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите.**
  6. Постоји статистичка з<sup>7</sup>ачајна разлика у ризику од синдрома сагоревања здравствених радника, **стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите**

### **3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА**

#### **3.1. Врста студије и време истраживања**

Истраживање је спроведено као **студија пресека**. Реализација истраживања спроведена **је у периоду** од марта до јуна 2023. године, на згодном узорку запослених у социјалним установама на територији града Београда.

#### **3.2. Место истраживања**

Институције у којима је истраживање спроведено укључују Центар за заштиту одојчади, деце и омладине, Установу за домски смештај за одрасле и старије у Београду, Центар за дневни боравак деце и омладине ометене у развоју у Београду, као и Установу за децу и младе у Сремчици. Укупно је обухваћен 491 испитаник.

#### **3.3. Испитаници**

Циљну популацију чинили су здравствени радници, стручни радници, стручни сарадници и сарадници који су у непосредном контакту са корисницима услуга социјалне заштите у резиденцијалном смештају и дневном боравку у наведеним установама у Београду.

Студијски узорак обухватао је све испитанике **који су испуњавали укључујуће критеријуме** и који **су** **исказали жељу да учествују у истраживању**.

Критеријуми за **укључивање испитаника у студију** били су следећи: оба пола, особе старије од 21 године, одређеног профиле стручности, укључујући здравствене раднике, стручне раднике, стручне сараднике и сараднике са радним истукством у струци дужим од три године. Такође, услов је био да испитаници буду у радном односу на неодређено време и да дају добровољан пристанак за учествовање у студији.

Искључујући фактори за испитанике били су: особе старости 21 година и млађе, лица са радним истукством крајним од три године, особе у радном односу на одређено време, лица са дијагностикованим менталним поремећајима, као и они који су имали изостанак са посла у дужем временском периоду (6 месеци и више) непосредно пре попуњавања упитника.

Формирано је четири групе испитаника:

- Прва група - здравствени радници (лекари, медицинске сестре, физиотерапеути),
- Друга група -стручни радници (дефектологи, психологи, социјални радници, педагози, васпитачи, радни терапеути),
- Трећа група - стручни сарадници (професори разредне наставе, професори физичког васпитања, биологи, радни терапеути), и
- Четврта група - сарадници (неговатељице).

Студијски узорак је формиран као згодан узорак, што је подразумевало да сви здравствени радници, стручни радници, стручни сарадници и сарадници који су запослени у институцијама наведеним за истраживање, а који су испуњавали укључујуће критеријуме и желили да учествују у истраживању су били укључени у истраживање све до тренутка до када је се постигао адекватан број испитаника.

У тренутку када је тестирање започето, према подацима добијеним од одговорних лица референтних установа, укупан број особа које испуњавају критеријуме за тестирање износио је 774, од којих је 502 запослених учествовало у нашем истраживању.

У Центру за заштиту одојчади, деце и омладине у Београду, од укупно 221 запосленог, 168 запослених је учествовало у нашем истраживању, што представља 76,02%. У Установи за домски смештај за одрасле и старије у Београду, на дан када је тестирање започето, било је запослено 203 лица, од којих је 155 учествовало у истраживању, што чини 76,35%. У Центру за дневни боравак деце и омладине ометене у развоју у Београду, на дан када је тестирање започето, било је радно ангажовано 281 лице, а у нашем истраживању учествовало је 130 запослених, што представља 46,26%. У Установи за децу и младе у Сремчици, број запослених износио је 68, а од тога је 38 учествовало у тестирању, што чини 55,88%. Међутим, услед недостајућих података, 11 упитника је искључено из истраживања. На крају, укупан истраживачки узорак обухватао је 491 испитаника, и то 204 здравствена радника, 154 стручна радника, 41 стручног сарадника и 92 сарадника.

Институцијама у Београду, у којима се истраживање реализовало пре почетка истраживања достављена је молба за истраживање, укључујући протокол студије, изјаву о етичким документима којих се протокол придржава, изјаву о начину евентуалне надокнаде штете, информације за испитанике, као и формулар за пристанак испитаника. Након добијања писмене сагласности од одабраних институција, укључујући Центар за заштиту одојчади, деце и омладине 23. јануара 2023. године, Установу за домски смештај за одрасле и старије у Београду 9. фебруара 2023. године, Центар за дневни боравак деце и омладине ометене у развоју у Београду 25. априла 2023. године, и Установу за децу и младе у Сремчици 27. јануара 2023. године, истраживање је спроведено у овим установама у периоду од марта до јуна 2023. године. Након доласка у установу, свим испитаницима који су исказали интерес за учешће у истраживању достављен је образац са информацијама за испитанике, позив за учествовање у истраживању, као и упутство о томе како ће се истраживање спровести путем анкете. Испитаници су били обавештени о начину попуњавања анкете, као и о томе да учешће не представља никакав ризик за њих. Након тога, од њих је затражено да прочитају све информације и потпишу формулар за пристанак на учешће у истраживању.

По добијању пристанка, испитаницима су подељени упитници у папирној форми. Инструмент истраживања био је анониман и заснован на добровољној основи. Сви прикупљени подаци коришћени су искључиво у научно-истраживачке сврхе, уз строгу поверљивост и без доступности другим лицима. Након испуњавања критеријума за укључивање испитаника у студију, испитаници су самостално попуњавали упитнике уз објашњења од стране истраживача, као и одговарајућу помоћ уколико им је била потребна. Током попуњавања упитника, обезбеђени су сви неопходни услови како би испитаници могли неометано да попуњавају упитник.

#### 1.4. ВАРИЈАБЛЕ ИСТРАЖИВАЊА

**Зависне варијабле:**

- Процењени ризик од сагоревања, синдром сагоревања на радном месту, индивидуално сагоревање на радном месту, сагоревање повезано са радом,

депресивност, анксиозност, стрес, резилијентност, кратка скала отпорног оснаживања.

#### **Независне варијабле обухватају следеће категорије:**

- Социо-демографске карактеристике: пол, старост и дужина радног стажа у установи социјалне заштите.
- Социјално-економске карактеристике: образовање, занимање и просечно месечно примање по члану домаћинства.
- Срединске карактеристике: место живљења и услови становаша.
- Начин живота: однос према здрављу, навике у вези са пушењем и физичком активношћу.
- Карактеристике посла: звање, радно искуство у струци, коришћење боловања, број дана боловања при последњем одсуству, руководећа позиција, рад у сменама, прековремени рад, број сати прековременог рада, адекватна средства за рад, адекватни просторни капацитети за рад и временски период неопходан за долазак на посао.

#### **3.5. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА**

Структурисани упитник који је коришћен у истраживању обухватао је социо-демографске и социо-економске карактеристике, као и карактеристике радне средине и начина живота.

Поред тога, примењени су и следећи упитници: DASS-21, који служи за процену стреса, депресивности и анксиозности (*Depression Anxiety Stress Scale*), као и Копенхаген упитник за процену сагоревања на <sup>1</sup>адном месту (*Copenhagen Burnout Inventory – CBI*). За испитивање резилијентности коришћена је кратка скала резилијентности (*Brief Resilience Scale*) и кратка скала отпорног снажавања (*Brief Resilient Coping Scale*).

#### **Општи упитник**

Општим упитником прикупљени су подаци о следећим аспектима:

1. Социо-демографске карактеристике испитаника, укључујући пол, старост и дужину радног стажа у установи социјалне заштите.
2. Социјално-економске карактеристике испитаника, које обухватају образовање, занимање и просечно месечно примање по члану домаћинства.
3. Срединске карактеристике, као што су место живљења и услови становаша.
4. Начин живота, укључујући однос према здрављу, навике у вези са пушењем и физичком активношћу.
5. Карактеристике посла, које обухватају звање, радно искуство у струци, коришћење боловања, број дана боловања при последњем одсуству, руководећу позицију, рад у сменама, прековремени рад, број сати прековременог рада, адекватна средства за рад, адекватне просторне капацитете за рад, као и временски период неопходан за долазак на посао.

### **Инструмент за процену стреса, депресивности и анксиозности ДАСС-21 (енгл. Depression Anxiety Stress Scale - DASS-21).**

У истраживању је коришћена српска верзија скале непријатних емоционалних стања, познате као Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Ова скала се састоји од 21 ставке и укључује три субскале, сваку са по 7 питања, која се односе на депресивност (нпр. „Осећао сам да немам чему да се надам“), анксиозност (нпр. „Осећао сам се уплашено без разлога“) и стрес (нпр. „Приметио сам да се нервирам“).

Испитаници су били задужени да на 4-степеној Ликертовој скали процене своја осећања у последњих недељу дана, пратећи учесталост на 5-степеној Ликертовој скали (12). Скорови за депресивност, анксиозност и стрес добијени су сабирањем резултата релевантних ставки у опсегу од 0 до 21 за сваку субскулу. Озбиљност симптома је рангирана уз помоћ „cut-off“ скорова, који дефинишу нормалан, благ, умерен, значајан и веома значајан резултат за сваку субскулу.

За скалу депресивности, укупан резултат у распону од 0 до 4 сматра се нормалним; резултат од 5 до 6 указује на благу депресију; резултат од 7 до 10 указује на умерену депресију; резултат од 11 до 13 указује на тешку депресију; док резултат од 14 и више указује на веома тешку депресију.

За скалу анксиозности, резултат у распону од 0 до 3 сматра се нормалним; резултат од 4 до 5 указује на благу анксиозност; резултат од 6 до 7 указује на умерену анксиозност; резултат од 8 до 9 указује на тешку анксиозност; док резултат од 10 и више указује на веома тешку анксиозност.

За скалу стреса, резултат у распону од 0 до 7 сматра се нормалним; резултат од 8 до 9 указује на благи стрес; резултат од 10 до 12 указује на умерени стрес; резултат од 13 до 16 указује на тежак стрес; док резултат од 17 и више указује на веома тежак стрес.

Веома озбиљна симптоматологија подразумева резултате за субскулу депресивности од 14 и више, анксиозности од 10 и више, и стреса од 17 и више. Поменути резултати указују на степен озбиљности симптома, а не на степен менталног поремећаја.

Скала је стандардизована и валидирана за употребу на српском језику (122).

### **Копенхагенов упитник о сагоревању на послу (енгл. Copenhagen Burnout Inventory – CBI )**

Овај упитник обухвата 19 питања и истражује исцрпљеност и умор у следећим областима:

- Лично сагоревање (енг. personal burnout) (6 питања: питања 1 – 6),
- Сагоревање повезано са послом (енг. work-related burnout) (7 питања: питања 7 – 13) и
- Сагоревање повезано са клијентом (енг. client-related burnout) (6 питања: питања 14 – 19).

Испитаницима је било задато да одaberу одговор који најбоље одговара њиховим осећањима, користећи 5-степену Ликертову скалу, у распону од 0 до 4, при чему 0 означава "никад", а 4 представља "увек". Обрачунавање резултата је извршено трансформацијом понуђених одговора у процене времена: 0 = 0%, 1 = 25%, 2 = 50%, 3 = 75% и 4 = 100%, у складу са упутствима аутора упитника. Резултат на свакој скали израчунат је као просечан резултат на питањима која су обухваћена том скалом, док је

укупан резултат сагоревања на послу израчунат као просечан резултат на три скале заједно, односно као средња вредност резултата појединачних скала. Сви испитаници који су постигли резултат изнад 50 на скали за процену синдрома сагоревања на послу сматрају се као особе које пате од овог синдрома. (123)

#### Кратка скала резилијентности (енгл. Brief Resilience Scale - BRS )

За испитивање резилијентности коришћена је кратка скала резилијентности (енгл. Brief Resilience Scale- BRS), коју су развили Smith и сарадници. Ова скала служи за процену конструкција резилијентности, који се дефинише као способност појединца да се успешно носи са препрекама из околине и да се опорави од стресних ситуација. Према наведеним ауторима, кратка скала резилијентности показује веома добру поузданост.

Кратка скала резилијентности је једнодимензионална и састоји се од појмова који се односе на резилијентност, дефинисану као способност опоравка након стресних и угрожавајућих догађаја. Три појма подржавају концепт резилијентности (на пример: "Не треба ми много времена да се опоравим од стресног догађаја"), док три указују на недостатак резилијентности и имају обрнуто бодовање (на пример: "Тешко ми је да дођем себи након што се нешто лоше догоди"). Испитаници су били упитани да изаберу један одговор на петостепеној Ликертовој скали, где 1 представља "потпуно нетачно", а 5 "потпуно тачно". Укупан резултат на овој скали представља аритметичку средину свих шест ставова (124).

#### Кратка скала отпорног суочавања – копинг (енгл. Brief Resilient Coping Scale )

Коришћена је кратка скала отпорног суочавања – копинг (енгл. Brief Resilient Coping Scale) (125). Ова скала представља инструмент самопроцење који се састоји од четири ставке и мери тенденцију појединца да се на прилагодљив начин суочава са стресом. Четири ставке процењују способност креативног размишљања, самоконтроле, личног раста након кризе, као и способност тражења алтернатива у неповољним ситуацијама.

„Отпорност“ се дефинише као „способност повратка“, те се сматра мером способности појединца да се успешно суочава са стресом. Отпоран појединач се одликује позитивним ставом према стресу, способношћу ефикасног управљања стресом, прилагођавања променама и суочавања са неповољним условима, укључујући негативне животне догађаје, као и менталне и хроничне поремећаје.

Испитаници су замољени да оцене у којој мери свака изјава описује њихово понашање и поступке, користећи Ликертову скalu од 5 тачака, у распону од „1“ = уопште ме не описује до „5“ = описује ме веома добро.

Ставке су следеће:

1. Тражим креативне начине за превазилажење тешких ситуација.
2. Без обзира на околности, верујем да могу контролисати своје реакције.
3. Уверен сам да могу позитивно напредовати суочавајући се с тешким ситуацијама.
4. Активно истражујем начине за надокнаду губитака са којима се сусрећем у животу.

Свака ставка се оцењује на Ликертовој скали од 1 до 5. Укупан резултат се добија сабирањем појединачних бодова и креће се у распону од 4 до 20. Укупан скор од 13 или мање указује на ниску отпорност на сналажење, резултати између 14 и 16 означавају средњу отпорност на суочавање, док резултати од 17 или више указују на високу отпорност на суочавање (Sinclair & Vallston, 2004).

### **3.6. ЕТИЧКО ОДОБРЕЊЕ**

Истраживање изложености стресу и синдрому сагоревања на раду код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите реализовано је након добијања одобрења. Сагласност за спровођење истраживања добијена је од директора свих установа социјалне заштите у Београду које су укључене у истраживање, као и од Етичког комитета тих установа.

Етички стандарди истраживања усаглашени су са међународном (Хелсиншка декларација) и специфичном легислативом наше земље. У циљу поштовања приватности субјекта истраживања и поверљивости информација, предузети су сви неопходни кораци у складу са Законом о заштити података о личности („Сл. Гласник РС“, бр. 97/08, 104/09), Законом о званичној статистици („Сл. Гласник РС“, бр. 104/09) и директивом Европског парламента о заштити личности у вези са личним подацима (Directive 95/46/EC).

### **3.7. СНАГА СТУДИЈЕ И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА<sup>1</sup>**

Употребом статистичког програма G\*Power 3.1. за Independent samples T test уз прихваћене вредности вероватноће грешке првог типа  $\alpha = 0,05$  и снагу студије од 0,95, <sup>1</sup>ступна величина узорка процењена је на минимум 392 испитаника. Величина узорка је израчуната према подацима студије сличног дизајна полазећи од вредности CBI скора сагоревања  $62.08 \pm 18.08$  (126).

Унутар овог израчунатог броја структура испитаника је дефинисана на основу доступног броја професионалаца у установама где је вршено истраживање.

### **3.8. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА**

За анализу примарних података коришћене су дескриптивне статистичке методе, методе за тестирање статистичких хипотеза методе за моделовање односа исхода и потенцијалних предиктора. Зависно од типа варијабли, дескрипција података је исказана као апсолутна вредност и проценти, аритметичка средина  $\pm$  стандардна девијација, медијана или минимална и максимална вредност.

Од метода за тестирање статистичких хипотеза користили смо: t-тест, Mann-Whitney тест,  $H^2$ -квадрат тест, Fisherов тест тачне вероватноће, ANOVA, Kruskal-Wallis test

За моделовање односа зависне варијабле (синдром сагоревања на послу, лично сагоревање на послу, сагоревање повезано са послом, сагоревање повезано са клијентом и стрес) са потенцијалним предикторима коришћена је логистичка регресија. За моделовање односа степена стреса и потенцијалних предиктора коришћена је ординална логистичка регресија. У мултиваријантне регресионе моделе укључени су предиктори из унваријантних анализа који су били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05.

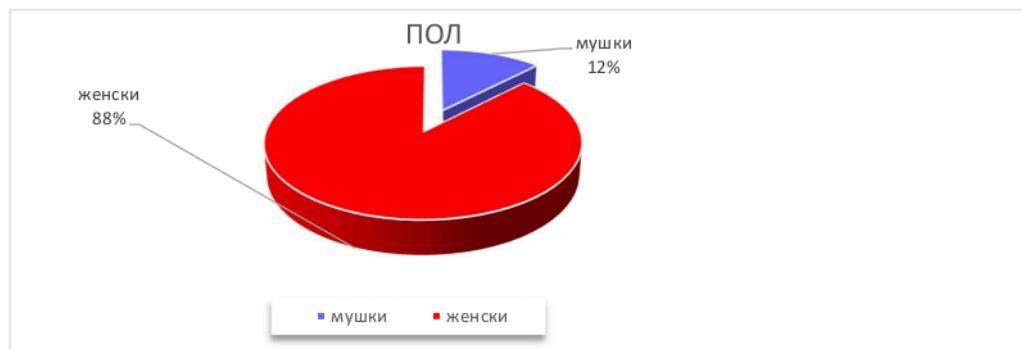
За процену интерне конзистентности примењених упитника коришћен је Cronbach alfa коефицијент. Статистичке хипотезе су тестиране на нивоу статистичке значајности (алфа ниво) од 0,05. Резултати су приказани табеларно и графички.

Сви подаци су обрађени у IBM SPSS Statistici 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) софтверском пакету.

## 4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

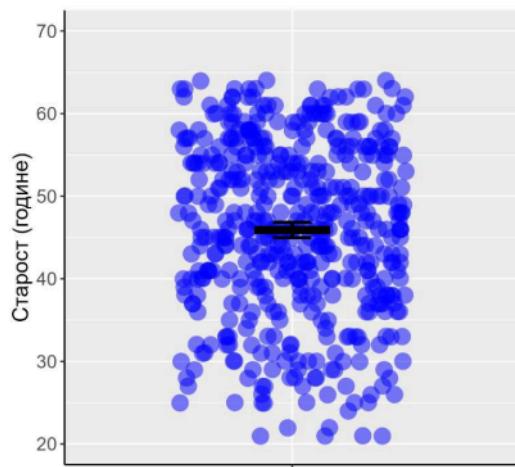
### 4.1. Социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника

Узорак испитаника за истраживање обухватио је укупно 491 испитаника, при чему је њих 60 (12,2%) било мушког, а 431 (87,8%) женског пола, што је приказано на Графикону 1.



Графикон 1. Дистрибуција испитаника према полу

Просечна старост свих испитаника у истраживању износила је  $45,9 \pm 10,3$  година. Најмлађи испитаник имао је 21, а најстарији 64 године.



Графикон 2. Индивидуалне вредности старости свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

Структура испитаника у истраживању у односу на категорије старости приказана је у Табели 1, при чему су најчешће били у категорији 41-50 година (33,4%).

Табела 1. Структура испитаника према старосним категоријама

Категорије старости (године)	N	%
≤30	48	9,8
31-40	100	20,4
41-50	164	33,4
51-60	147	29,9
преко 60	32	6,5
Укупно	491	100,0

Од свих испитаника укључених у истраживање, у граду је живело 430 (87,6%), а на селу 61 (12,4%) (Графикон 3).



Графикон 3. Дистрибуција испитаника према месту пребивалишта

Дистрибуција испитаници у односу на брачни статус показује да су најчешће били неудати/неожењени (46,8%), при чему је структура испитаника у односу на брачни статус приказана на Графикону 4.



Графикон 4. Структура испитаника према брачном статусу

Испитаници у истраживању у односу на образовање, најчешће су имали завршену средњу школу (47,5%). Дистрибуција испитаника у односу на школску спрему приказана је у Табели 2.

Табела 2. Структура испитаника према школској спреми

Школска спрема	n	%
средња школа	233	47,5
виша или висока школа	84	17,1
стручовни мастер или специјалистичке	30	6,1
академске, мастер или докторат	144	29,3
Укупно	491	100,0

Највећи проценат испитаника укључених у истраживање је имало децу, односно њих 361 (73,5%) док њих 130 (26,5%) није имало деце. Што се тиче броја деце расподела испитаника је приказана на Графику 5. Испитаници су најчешће имали двоје деце (41,8%).



Графикон 5. Структура испитаника према броју деце у породици

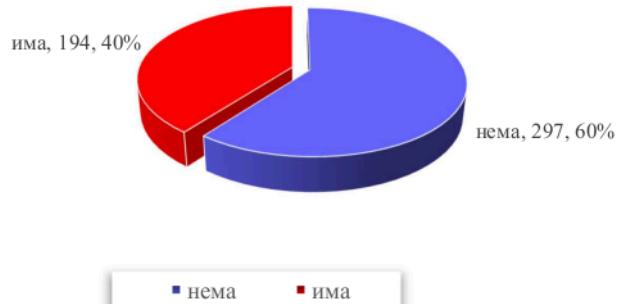
Субјекти истраживања су били у највећем проценту из породица са 4 члана (36,7%) или са 3 члана (24,2%), при чему је структура испитаника у односу на број чланова породице приказана у Табели 3.

Табела 3. Структура испитаника према броју чланова породице

Број чланова породице	N	%
1	25	5,1
2	80	16,3
3	119	24,2
4	180	36,7
5	57	11,6
6	18	3,7
7	7	1,4
8	3	0,6
9	1	0,2
12	1	0,2
Укупно	491	100,0

Од свих испитаника укључених у истраживање, сопствени стан имало је 348 (70,9%). Самостално издржавање домаћинства имало је укупно 194 (39,5%) испитаника (Графикон 6).

### САМОСТАЛНО ИЗДРЖАВАЊЕ ДОМАЋИНСТВА



Графикон 6. Дистрибуција испитаника према самосталном издржавању домаћинства

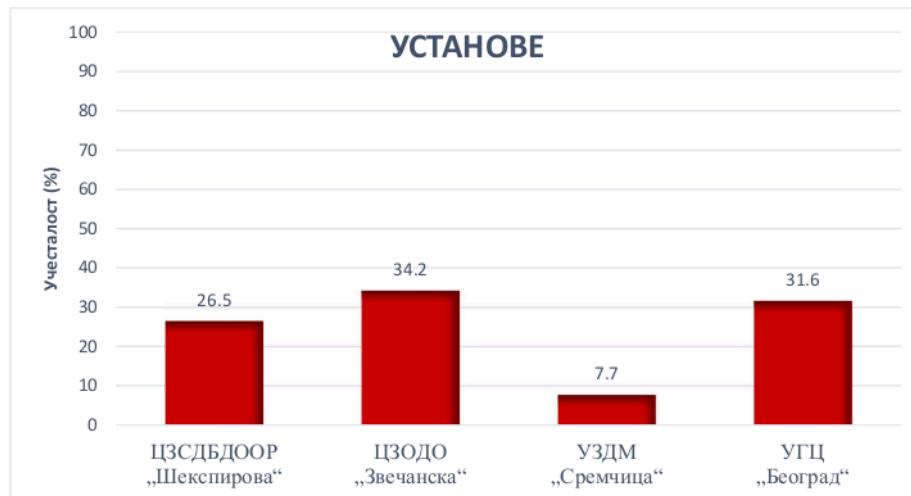
Дистрибуција одговора на питање о самопроцени месечних прихода приказана је у Табели 4. Испитаници у истраживању најчешће су сматрали да имају просечна примања (58,5%).

Табела 4. Структура испитаника према самопроцени месечних прихода

Самопроцена месечних прихода	N	%
вeомa лoшe	27	5,5
лошe	89	18,1
просечнo	287	58,5
дoбpo	80	16,3
вeомa дoбpo	8	1,6
Укупно	491	100,0

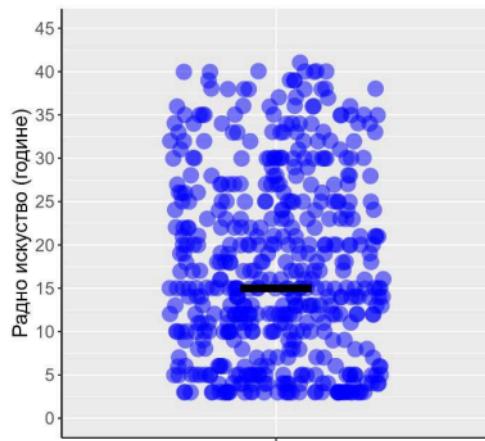
### **Карактеристике радног окружења**

Посматрајући установу у којој су радили, испитаници у истраживању најчешће су били из ЦЗОДО „Звечанска“ (34,2%) а најмањи проценат је био из УЗДМ „Сремчица“, односно 7,7% (Графикон 7).



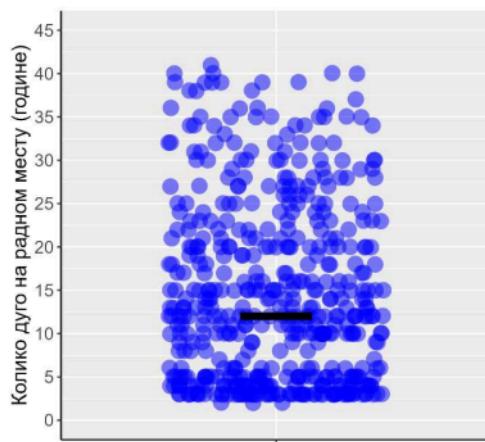
Графикон 7. Структура испитаника према установама

Према занимању, испитаници у истраживању најчешће су били здравствени радници (41,5%), стручни радници (31,4%), сарадници (18,7%), док је најмањи проценат био стручних сарадника (8,4%). Медијана дужине радног искуства у струци износила је 15 година, при чему су испитаници имали најмање 3, а максимално 41 годину радног искуства (Графикон 8).



Графикон 8. Индивидуалне вредности дужине радног искуства у струци свих испитаника у истраживању

Медијана дужине рада на тренутном радном месту износила је 12 година, где је најмања дужина рада на тренутном радном месту износила 2 а максимално 41 годину.



Графикон 9. Индивидуалне вредности дужине рада на тренутном радном месту свих испитаника у истраживању

Прековремени рад је имало 31,4%, сменски више од 2/3, а руководећу позицију нешто преко 10%. Већина испитаника сматра да има довољно средстава за рад (60,9%) и велике и срећене просторије (66,2%). Слична пропорција испитаника је путовала до посла: до 30 мин (30,3%), 30-60 мин (37,7%) или >60 мин (32,0%), као што је приказано на Графикуону 10.



Графикон 10. Структура испитаника према времену путовања до поса

Испитаници су најчешће као превозно средство користили јавни превоз (74,9%), при чему је структура испитаника према превозном средству приказана у Табели 5.

Табела 5. Структура испитаника према превозном средству

Превозно средство	n	%
јавни	368	74,9
авто	95	19,3
бицикл	3	0,6
пешке	25	5,1
Укупно	491	100,0

## **Навике испитаника**

Од свих испитаника укључених у истраживање, навику пушења имало је 224 (45,6%) (Графикон 11).



Испитаници у истраживању који су имали навику пушења су најчешће пушили 10-20 цигарета дневно (24,0%). Дистрибуција испитаника у односу на број цигарета приказана је у Табели 6.

Табела 6. Структура испитаника према броју цигарета

Број цигарета	n	%
0	267	54,4
до 10	69	14,1
10-20	118	24,0
више од 20	37	7,5
Укупно	491	100,0

Од укупног броја испитаника укључених у истраживање, алкохол је конзумирало 278 (56,6%).



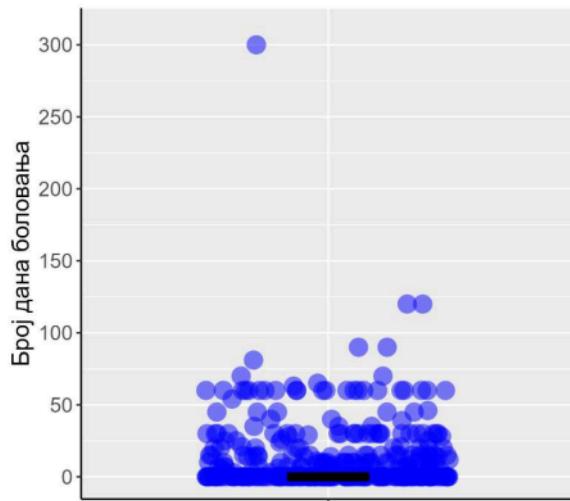
Графикон 12. Дистрибуција испитаника према навици конзумирања алкохола

Расподела испитаника у односу на број алкохолних пића која конзумирају је приказана у Табели 7, при чему је чак 87,4% њих навело да не конзумира више од 5 алкохолних пића.

Табела 7. Структура испитаника према броју алкохолних пића

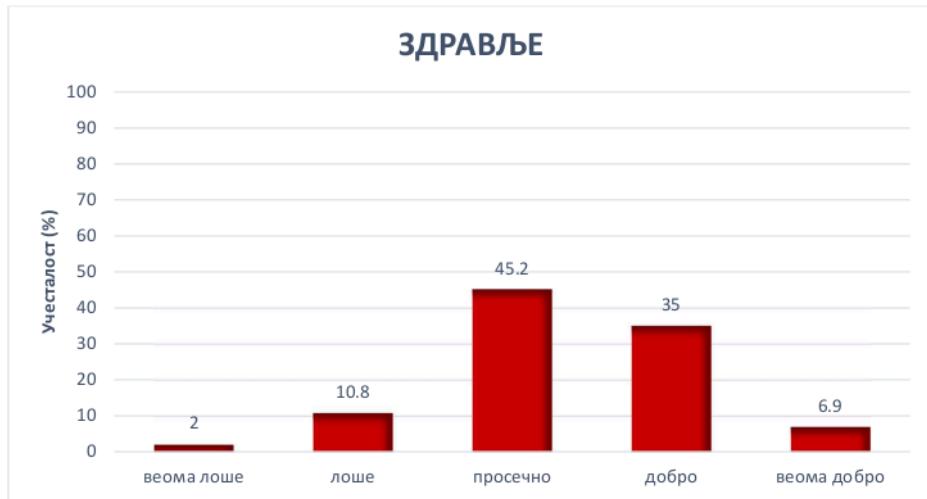
Алкохол више од 5 пића	N	%
нисам	429	87,4
једанпут	55	11,2
бар једном месечно	7	1,4
Укупно	491	100,0

Од свих испитаника укључених у истраживање, боловање је користило њих 171 (34,8%). Медијана дана боловања износила је 20 дана, при чему је минималан број дана боловања износио 1 а максималан 300 дана.



Графикон 13. Индивидуалне вредности броја дана боловања свих испитаника у истраживању

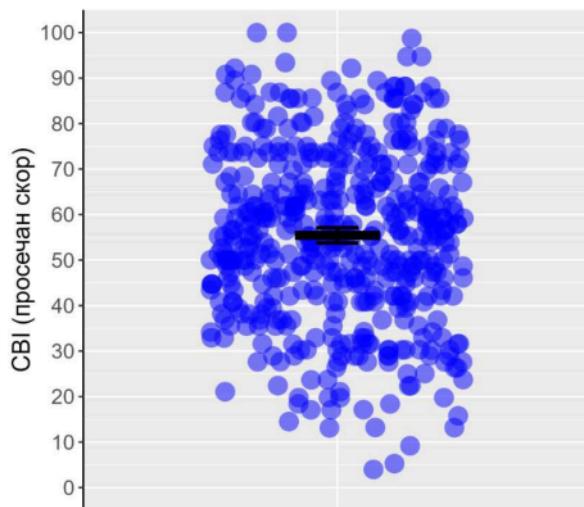
Испитаници у истраживању најчешће су проценили своје здравље као просечно (45,2%) или добро (35,0%) (Графикон 14).



Графикон 14. Структура испитаника према самопроцени здравља

#### 4.2. Сагоревање на послу код испитаника

Аритметичка средина вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу свих испитаника у истраживању износила је  $55,4 \pm 17,4$ . Најнижа вредност износила је 3,9 а највиша 100,0, као што је приказано на Графику 15.



Графикон 15. Индивидуалне вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

Вредности Кронбаховог алфа коефицијента интерне конзистентности, за скалу и подскале Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу приказане су у Табели 8. Највишу вредност (0,955) има комплетна скала, а најнижу (0,898) подскала за *Сагоревање повезано са клијентом*. Скала и подскале имају адекватан ниво интерне конзистентности.

Табела 8. Кронбах алфа коефицијенти на скали Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу и његовим подскалама

Скала	Кронбах алфа коефицијент
Укупно сагоревање	0,955
Лично сагоревање	0,915
Сагоревање повезано са послом	0,902
Сагоревање повезано са клијентом	0,898

Највиши просечан скор Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу био је на питање СПД1 - *Да ли сматрате да је тешко радити у установи социјалне заштите?* (70,8%), а најнижи на ЛС6 - *Колико често се осећате слабо и подложно болестима?*

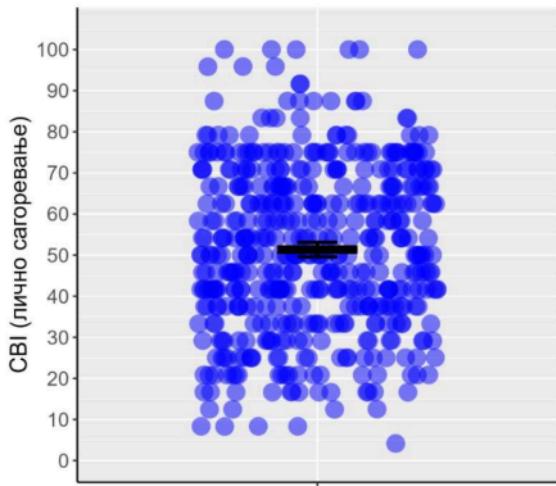
(41,4%). Вредности скјуниса и куртозиса указују да нема одступања од нормалне расподеле за питања у упитнику (Табела 9).

Табела 9. Средње вредности, варијабилитет и мере облика расподеле скале Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу и његовим подскалама

Питање	AS	SD	Med	Min	Max	Skjunis	Kurtozis
ЛС1	60,6	20,4	50	0	100	-0,29	-0,07
ЛС2	58,7	21,6	50	0	100	-0,24	-0,46
ЛС3	50,0	24,6	50	0	100	-0,21	-0,38
ЛС4	45,5	26,4	50	0	100	-0,07	-0,71
ЛС5	51,9	24,4	50	0	100	-0,10	-0,53
ЛС6	41,4	25,1	50	0	100	0,11	-0,58
СПП1	69,0	23,2	75	0	100	-0,52	0,08
СПП2	62,5	23,3	75	0	100	-0,27	-0,21
СПП3	48,9	24,4	50	0	100	-0,04	-0,26
СПП4	63,0	25,2	75	0	100	-0,23	-0,48
СПП5	49,0	28,0	50	0	100	0,06	-0,74
СПП6	46,7	25,7	50	0	100	0,20	-0,45
СПП7	45,6	28,8	50	0	100	-0,09	-0,97
СПК1	70,8	23,4	75	0	100	-0,44	-0,21
СПК2	54,2	26,3	50	0	100	-0,21	-0,39
СПК3	63,7	25,1	75	0	100	-0,33	-0,34
СПК4	60,5	28,7	75	0	100	-0,40	-0,55
СПК5	54,6	26,2	50	0	100	-0,23	-0,36
СПК6	56,7	28,7	50	0	100	-0,35	-0,55

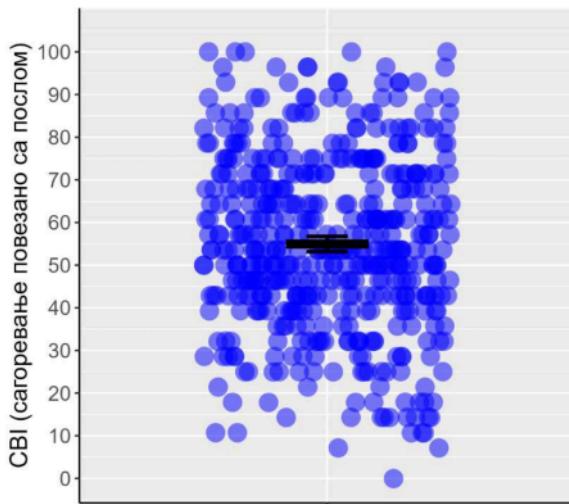
(ЛС- лично сагоревање; СПП<sup>4</sup> Сагоревање повезано са послом; СПК – Сагоревање повезано са клијентом; AS – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; Med – медијана; Min– минимална вредност; Max– максимална вредност)

Аритметичка средина вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI)<sup>5</sup> дескала *Лично сагоревање* свих испитаника у истраживању износила је  $51,3 \pm 19,9$ . Најнижа вредност износила је 0 а највиша 100 (Графикон 16).



Графикон 16. Индивидуалне вредности просечних вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) подскала *Лично сагоревање* свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

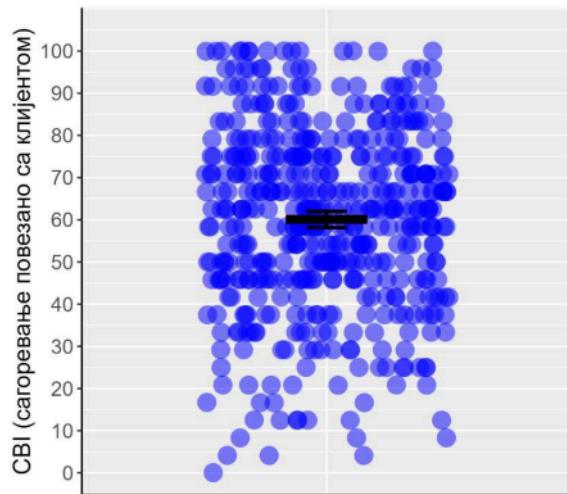
Аритметичка средина вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу подскала *Сагоревање повезано са послом* свих испитаника у истраживању износила је  $55,0 \pm 16,4$ . Најнижа вредност износила је 0 а највиша 100 (Графикон 18).



Графикон 17. Индивидуалне вредности просечних вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) подскала *Сагоревање повезано са послом* свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95%CI

Аритметичка средина просечне вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) подскала *Сагоревање повезано са клијентом* свих испитаника у

истраживању износила је  $60,1 \pm 21,5$ . Најнижа вредност износила је 0 а највиша 100 (Графикон 18).



Графикон 18. Индивидуалне вредности просечних вредности Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) подскала *Сагоревање повезано са клијентом* свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95%CI

#### 4.3. Степен депресивности, анксиозности и стреса код испитаника

Вредности Кронбаховог алфа коефицијента интерне конзистентности, за DASS-21 подскале приказане су у Табели 10. DASS-21 подскале имају адекватан ниво интерне конзистентности.

Табела 10. Кронбахови алфа коефицијенти на DASS-21 подскалама

Скала	Кронбах алфа коефицијент
DASS-21 D	0,868
DASS-21 A	0,865
DASS-21 S	0,870

Највиши просечан скор DASS-21 скале имало је питање 11 - *Приметио сам да се нервират* (1,29), а најнижи питање 21 - *Осећао сам да је живот бесмислен* (0,30). Вредности куртозиса указују да питања 17 и 21 одступају од нормалне расподеле (Табела 11).

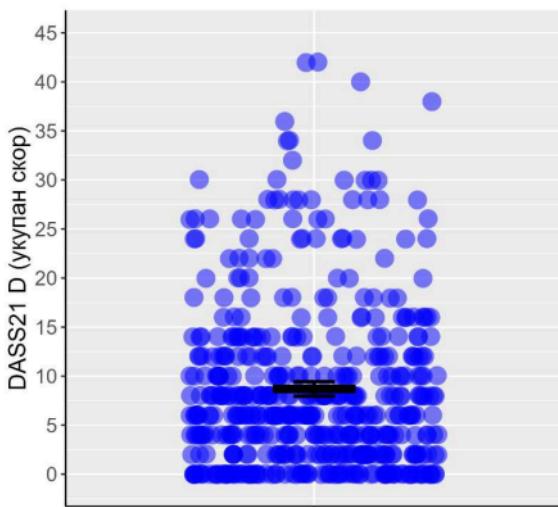
Табела 11. Средње вредности, варијабилитет и мере облика расподеле скале DASS-21

Питање	AS	SD	Med	Min	Max	Skjunitis	Kurtozis
<b>1-S</b>	0,95	0,76	1	0	3	0,69	0,47
<b>2-A</b>	0,70	0,86	0	0	3	1,13	0,55
<b>3-D</b>	0,88	0,90	1	0	3	0,77	-0,27
<b>4-A</b>	0,81	0,90	1	0	3	0,84	-0,24
<b>5-D</b>	0,77	0,78	1	0	3	0,80	0,12
<b>6-S</b>	1,00	0,76	1	0	3	0,61	0,37
<b>7-A</b>	0,56	0,79	0	0	3	1,34	1,14
<b>8-S</b>	0,84	0,84	1	0	3	0,76	-0,09
<b>9-A</b>	0,49	0,75	0	0	3	1,60	2,18
<b>10-D</b>	0,64	0,87	0	0	3	1,26	0,70
<b>11-S</b>	1,29	0,88	1	0	3	0,46	-0,41
<b>12-S</b>	1,00	0,91	1	0	3	0,65	-0,38
<b>13-D</b>	0,84	0,87	1	0	3	0,88	0,12
<b>14-S</b>	1,20	0,91	1	0	3	0,49	-0,49
<b>15-A</b>	0,50	0,75	0	0	3	1,43	1,35
<b>16-D</b>	0,53	0,74	0	0	3	1,30	1,13
<b>17-D</b>	0,39	0,72	0	0	3	2,02	3,72
<b>18-S</b>	1,06	0,81	1	0	3	0,50	-0,15
<b>19-A</b>	0,89	0,91	1	0	3	0,80	-0,20
<b>20-A</b>	0,53	0,76	0	0	3	1,32	1,06
<b>21-D</b>	0,30	0,69	0	0	3	2,52	5,99

4

(AS – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; Med – медијана; Min – минимална вредност; Max – максимална вредност)

Аритметичка средина вредности DASS-21 D свих испитаника у истраживању износила је  $8,7 \pm 4,2$ . Најнижа вредност на овој скали износила је 0 а највиша 42 (Графикон 19).



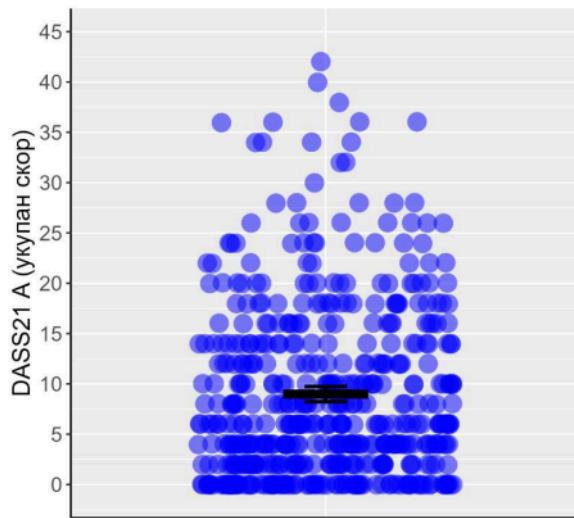
Графикон 19. Индивидуалне вредности DASS-21 D подскале свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95%CI

На основу вредности на DASS-21 D подскале, сви испитаници су сврстани у различите групе у односу на степен депресивности. Испитаници у истраживању најчешће су имали нормалан степен депресивности (64,2%) (Табела 12)

Табела 12. Структура испитаника према степену депресивности

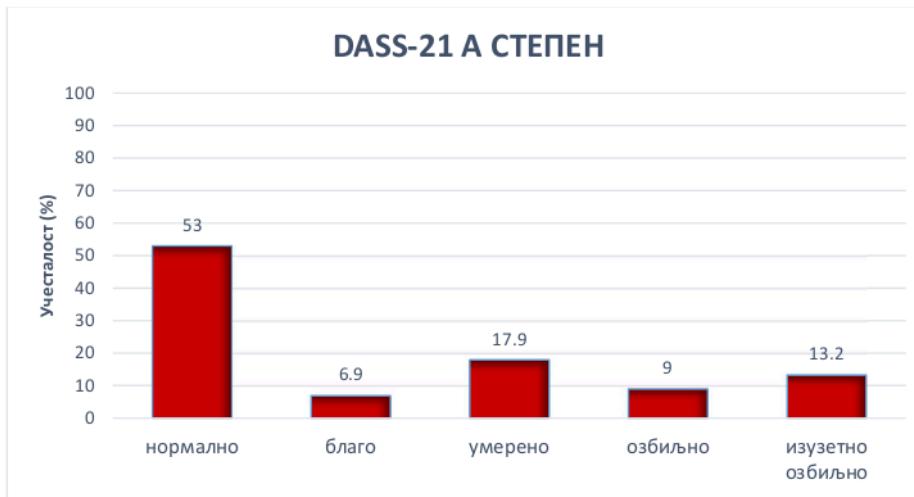
DASS-21 D подскала	n	%
нормално	315	64,2
благо	65	13,2
умерено	60	12,2
озбиљно	26	5,3
изузетно озбиљно	25	5,1
Укупно	491	100,0

Аритметичка средина вредности DASS-21 A <sup>5</sup> свих испитаника у истраживању износила је  $9,0 \pm 4,3$ . Најнижа вредност износила је 0 а највиша 42 на DASS-21 A подскали при чему су индивидуалне вредности приказане на Графику 20.



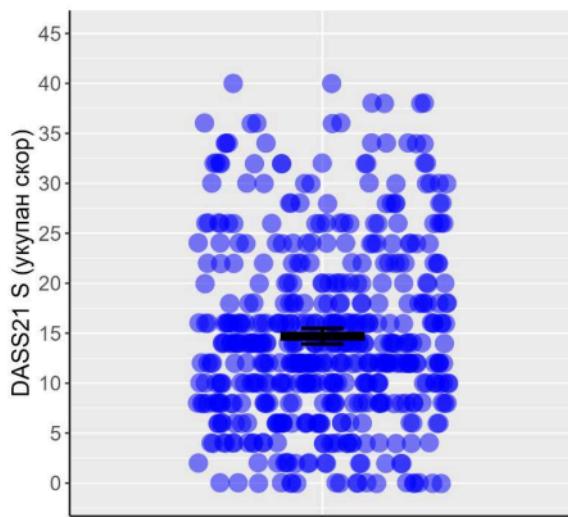
Графикон 20. Индивидуалне вредности DASS-21 А подскале свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

На основу вредности на DASS-21 А подскале, сви испитаници су сврстани у различите групе у односу на степен анксиозности. Испитаници у истраживању најчешће су имали нормалан степен анксиозности (53,0%) процењен DASS-21 А подском (Графикон 21).



Графикон 21. Структура испитаника према степену анксиозности

Аритметичка средина вредности DASS-21 S свих испитаника у истраживању износила је  $14,7 \pm 4,5$ . Највиша вредност износила је 0 а највиша 40, као што је приказано на Графикону 22.



Графикон 22. Индивидуалне вредности DASS-21 S подскале свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

Сви испитаници су сврстани у различите групе у односу на степен стреса, при чему су испитаници у истраживању најчешће имали нормалан степен стреса (59,1%) процењен DASS-21 S подскалом (Табела 13).

Табела 13. Структура испитаника према степену анксиозности

DASS-21 S подскала	n	%
Нормално	290	59,1
Благо	72	14,7
умерено	56	11,4
озбиљно	53	10,8
изузетно озбиљно	20	4,1
Укупно	491	100,0

#### 4.4. Резилијентност испитаника

Вредности Кронбаховог алфа коефицијента интерне конзистентности, за BRS и BRCS скале приказане су у Табели 14. BRS и BRCS скале имају адекватан ниво интерне конзистентности.

Табела 14. Кронбах алфа коефицијент на скалама

Скала	Кронбахов алфа коефицијент
BRS	0,717
BRCS	0,804

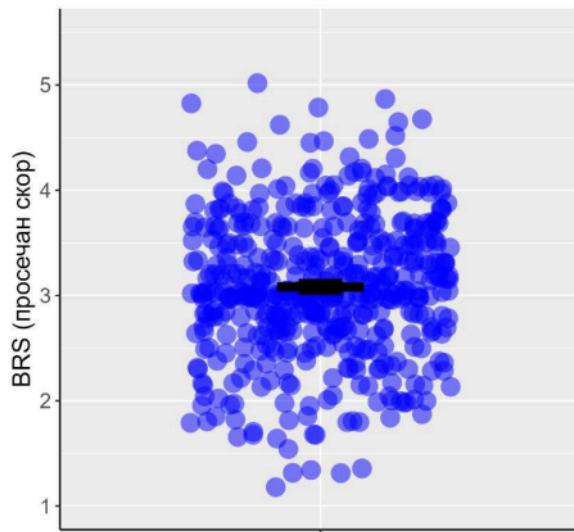
Највиши просечан скор BRS скале имало је питање 1 – *Склон сам да се брзо опоравим након тешких времена* (3,49), а најнижи питање 2 – *Тешко ми је да пролазим кроз стресне догађаје* рекодирало (2,45). Вредности скјуниса и куртозиса указују да нема одступања од нормалне расподеле за питања у упитнику (Табела 15).

Табела 15. Средње вредности, варијабилитет и мере облика расподеле BRS скале

Питање	AS	SD	Med	Min	Max	Skjunis	Kurtosis
1	3,49	1,04	4	1	5	-0,40	-0,64
2p	2,45	0,98	2	1	5	0,80	0,26
3	3,05	1,06	3	1	5	-0,11	-0,95
4p	2,99	1,05	3	1	5	0,23	-0,81
5	3,12	0,97	3	1	5	-0,31	-0,56
6p	3,39	1,10	4	1	5	-0,37	-0,69

(AS – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; Med – медијана; Min – минимална вредност; Max – максимална вредност)

Аритметичка средина BRS скора <sup>4</sup>свих испитаника у истраживању износила је  $3,08 \pm 0,4$ . <sup>5</sup>Најнижа вредност на овој скали износила је 1,2 а највиша 5,0 (Графикон 23).



Графикон 23. Индивидуалне вредности просечног BRS скора свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

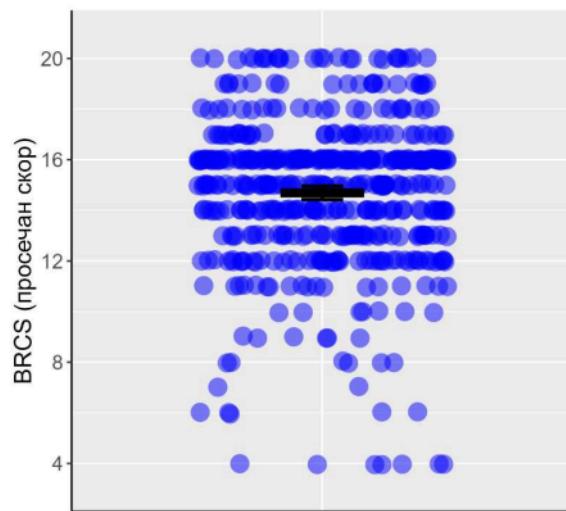
Што се тиче BRCS скале, сва питања имају сличан скор у опсегу 3,59 до 3,73. Вредности скјуниса и куртозиса указују да нема одступања од нормалне расподеле за питања у упитнику, што је приказано у Табели 16.

Табела 16. Средње вредности, варијабилитет и мере облика расподеле BRCS скале

Питање	AS	SD	Med	Min	Max	Skjunis	Kurtosis
1	3,67	0,96	4	1	5	-0,80	0,65
2	3,73	0,91	4	1	5	-0,89	0,87
3	3,70	0,95	4	1	5	-0,74	0,64
4	3,59	0,97	4	1	5	-0,68	0,30

(AS – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; Med – медијана; Min – минимална вредност; Max – максимална вредност)

Аритметичка средина укупног BRCS скора свих испитаника у истраживању износила је  $14,7 \pm 0,75$ . Највиша вредност износила је 4 а најнижа 20.



Графикон 24. Индивидуалне вредности укупног BRCS скора свих испитаника у истраживању, са аритметичком средином и 95% CI

На основу вредности на BRCS скали, сви испитаници су сврстани у различите групе у односу на степен отпорности. Најчешће су испитаници имали средњи степен отпорности (59,1%) процењен BRCS скалом.

Табела 17. Структура испитаника према степену отпосности

BRCS степен	N	%
ниска отпорност	145	29,5
средња отпорност	242	49,3
висока отпорност	104	21,2
Укупно	491	100,0

#### **4.5. Фактори који утичу на синдром сагоревања на послу**

Од свих испитаника укључених у истраживање, синдром сагоревања на послу имало је 290 (59,1%), а без синдрома сагоревања на послу било је 201 (40,9%) (Графикон 25).



Графикон 25. Дистрибуција испитаника према присуству синдрома сагоревања на послу

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са синдромом сагоревања на послу и без синдрома сагоревања на послу, у односу на социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: пол, старост, школску спрему, постојање деце у породици и самопроцену месечних прихода (Табела 18).

Табела 18. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на синдром сагоревања на послу

Варијабле	Испитаници са синдромом сагоревања на послу (n=290)	Испитаници без синдрома сагоревања на послу (n= 201)	P- вредност*
Пол, n (%)			
мушки	28 (9,7%)	32 (15,9%)	
женски	262 (90,3%)	169 (84,1%)	<b>0,037</b>
Старост, AS±SD	46,8±9,7	44,6±11,0	<b>0,021</b>
Категорије старости, n (%)			
20-30	24 (8,3%)	24 (11,9%)	
31-40	45 (15,5%)	55 (27,4%)	
41-50	111 (38,3%)	53 (26,4%)	<b>0,029</b>
51-60	93 (32,1%)	54 (26,9%)	
преко 60	17 (5,9%)	15 (7,5%)	
Пребивалиште, n (%)			
град	251 (86,6%)	179 (89,1%)	
село	39 (13,4%)	22 (10,9%)	0,408
Брачни статус, n (%)			
удата/ожењен	85 (29,3%)	73 (36,3%)	
неудата/неожењен	134 (46,2%)	96 (47,8%)	
разведен/а	43 (14,8%)	19 (9,5%)	0,145
удовица/удовац	15 (5,2%)	9 (4,5%)	
друго	13 (4,5%)	4 (2%)	
Школска спрема, n (%)			
средња школа	156 (53,8%)	77 (38,3%)	
виша или висока школа	41 (14,1%)	43 (21,4%)	
стручковни мастер или специјалистичке	19 (6,6%)	11 (5,5%)	<b>0,002</b>
академске, мастер или докторат	74 (25,5%)	70 (34,8%)	
Деца, n (%)	223 (76,9%)	138 (68,7%)	<b>0,042</b>
Број деце у породици, медијана (опсег)	2 (0-5)	1 (0-4)	0,142

Број чланова породице, медијана (опсег)	4 (1-8)	4 (1-12)	0,549
Сопствени стан, n (%)	209 (72,1%)	139 (69,2%)	0,485
Самостално издржавање домаћинства, n (%)	123 (42,4%)	71 (35,3%)	0,114
Самопроцена месечних прихода, n (%)			
вeомa лoшe	23 (7,9%)	4 (2%)	
лошe	60 (20,7%)	29 (14,4%)	
просечно	165 (56,9%)	122 (60,7%)	<0,001
дoбpo	39 (13,4%)	41 (20,4%)	
вeомa дoбpo	3 (1%)	5 (2,5%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са синдромом сагоревања на послу и без синдрома сагоревања на послу, у односу на карактеристике радног окружења, статистички значајне разлике постоје у односу на: радно искуство у струци, постојање прековременог рада, рада у сменама, постојања довољно средстава за рад, рада у великом и срећеним просторијама (Табела 19).

Табела 19. Утицај карактеристика радног окружења на синдром сагоревања на послу

Варијабле	Испитаници са синдромом сагоревања на послу (n=290)	Испитаници без синдрома сагоревања на послу (n= 201)	P-вредност*
<b>Установе, n (%)</b>			
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“	77 (26,6%)	53 (26,4%)	
ЦЗОДО „Звечанска“	92 (31,7%)	76 (37,8%)	0,057
УЗДМ „Сремчица“	30 (10,3%)	8 (4%)	
УГЦ „Београд“	91 (31,4%)	64 (31,8%)	
<b>Занимање, n (%)</b>			
здравствени радник	119 (41%)	85 (42,3%)	
стручни радник	83 (28,6%)	71 (35,3%)	0,114
стручни сарадник	24 (8,3%)	17 (8,5%)	
сарадник	64 (22,1%)	28 (13,9%)	
Радно искуство у струци, медијана (опсег)	17 (3-40)	14 (3-41)	<b>0,032</b>
Дужине рада на тренутном радном месту, медијана (опсег)	13,0 (2-40)	11 (2-41)	0,111
<sup>3</sup> Прековремени рад, n (%)	106 (36,6%)	48 (23,9%)	<b>0,003</b>
Сменски рад, n (%)	209 (72,1%)	144 (71,6%)	0,918
Руководећа позиција, n (%)	31 (10,7%)	30 (14,9%)	0,162
Довољно средстава за рад, n (%)	151 (52,1%)	148 (73,6%)	<0,001
Велике и срећене просторије, n (%)	164 (56,6%)	161 (80,1%)	<0,001
Пут кућа посао (трајање), n (%)			
до 30 мин	83 (28,6%)	66 (32,8%)	
30-60 мин	110 (37,9%)	75 (37,3%)	0,282
>60 мин	97 (33,4%)	60 (29,9%)	
Превозно средство, n (%)			

јавни	216 (74,5%)	152 (75,6%)	
ауто	57 (19,7%)	38 (18,9%)	0,958
бисикл или пешке	17 (5,9%)	11 (5,5%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са синдромом сагоревања на послу и без синдрома сагоревања на послу, у односу на карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: навику пушења, број цигарета, коришћење боловања, броја дана на боловању, самопроцени степена свог здравља (Табела 20).

Табела 20. Утицај навика испитаника на синдром сагоревања на послу

Варијабле	Испитаници са синдромом сагоревања на послу (n=290)	Испитаници без синдрома сагоревања на послу (n= 201)	p-вредност*
Навика пушења, n (%)	144 (49,7%)	80 (39,8%)	<b>0,031</b>
Број цигарета, n (%)			
0	146 (50,3%)	121 (60,2%)	
до 10	44 (15,2%)	25 (12,4%)	
10-20	76 (26,2%)	42 (20,9%)	<b>0,037</b>
више од 20	24 (8,3%)	13 (6,5%)	
Конзумирање алкохола, n (%)	166 (57,2%)	112 (55,7%)	0,738
Алкохол више од 5 пића, n (%)			
нисам	257 (88,6%)	172 (85,6%)	
једанпут	28 (9,7%)	27 (13,4%)	0,340
бар једном месечно	5 (1,7%)	2 (1%)	
Боловање, n (%)	119 (41%)	52 (25,9%)	<b>0,001</b>
Број дана боловања, медијана (опсег)	0 (0-300)	0 (0-120)	<b>&lt;0,001</b>
Самопроцена здравља, n (%)			
веома лоше	10 (3,4%)	0 (0%)	
лоше	48 (16,6%)	5 (2,5%)	
просечно	145 (50%)	77 (38,3%)	<b>&lt;0,001</b>
добро	74 (25,5%)	98 (48,8%)	
веома добро	13 (4,5%)	21 (10,4%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са синдромом сагоревања на послу и без синдрома сагоревања на послу, у односу на друге примене упитнике, статистички значајне разлике постоје у односу на: степен DASS-21 D, степен DASS-21 A, степен DASS-21 S, степен BRCS и вредност просечног скора на BRS (Табела 21).

Табела 21. Утицај депресивности, анксиозности, стреса и резилијентности на синдром сагоревања на послу

Варијабле	Испитаници са синдромом сагоревања на послу (n=290)	Испитаници без синдрома сагоревања на послу (n= 201)	p-вредност*
<b>DASS-21 D, n (%)</b>			
нормално	138 (47,6%)	177 (88,1%)	
благо	49 (16,9%)	16 (8%)	
умерено	53 (18,3%)	7 (3,5%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	25 (8,6%)	1 (0,5%)	
изузетно оизбиљно	25 (8,6%)	0 (0%)	
<b>DASS-21 A, n (%)</b>			
нормално	99 (34,1%)	161 (80,1%)	
благо	20 (6,9%)	14 (7%)	
умерено	70 (24,1%)	18 (9%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	39 (13,4%)	5 (2,5%)	
изузетно оизбиљно	62 (21,4%)	3 (1,5%)	
<b>DASS-21 S, n (%)</b>			
нормално	121 (41,7%)	169 (84,1%)	
благо	47 (16,2%)	25 (12,4%)	
умерено	54 (18,6%)	2 (1%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	48 (16,6%)	5 (2,5%)	
изузетно оизбиљно	20 (6,9%)	0 (0%)	
<b>BRCS, n (%)</b>			
ниска отпорност	109 (37,6%)	36 (17,9%)	
средња отпорност	139 (47,9%)	103 (51,2%)	<b>&lt;0,001</b>
висока отпорност	42 (14,5%)	62 (30,8%)	
BRS просечан скор, ас±сд	2,84±0,60	3,44±0,59	<b>&lt;0,001</b>

\*униваријантна логистичка регресија

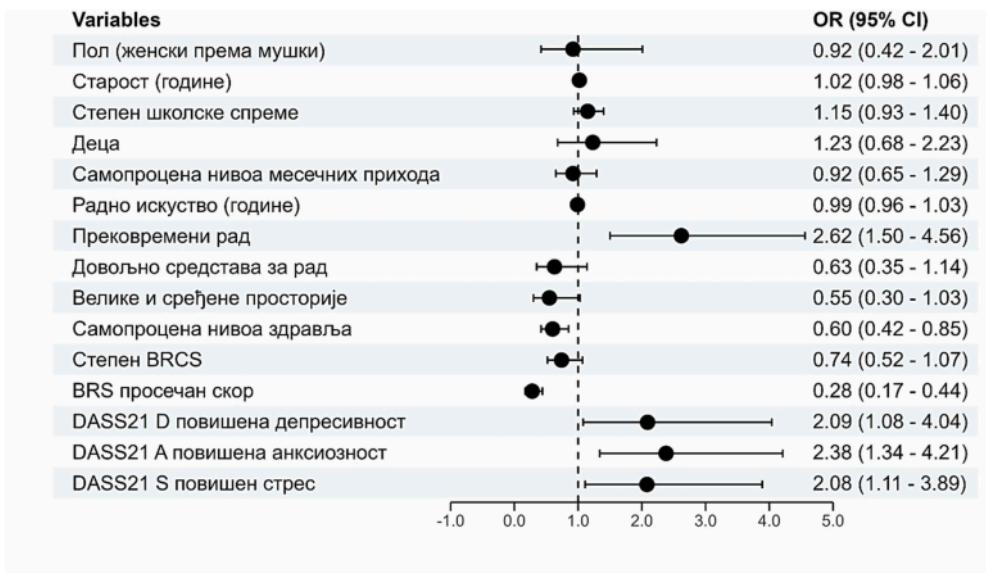
У модел мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори постојања синдрома сагоревања на послу процењеног преко Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) који су у моделима униваријантне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 15 предиктора наведених у Табели 22, који су упоређени на 491 испитаника, од којих је 290 имало исход од интереса. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ( $p<0,001$ ). Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора. Модел описује 51% варирања зависне варијабле.

Табела 22. Мултиваријантна логистичка регресиона анализа фактора који утичу на синдром сагоревања на послу

Независна варијабла	B	p *	OR	95% интервал поверења	
				доња граница	горња граница
Пол (женски према мушки)	-0,081	0,838	0,92	0,42	2,01
Старост (године)	0,018	0,340	1,02	0,98	1,06
Степен школске спреме	0,136	0,190	1,15	0,93	1,40
Деца	0,206	0,501	1,23	0,68	2,23
Самопроцена нивоа месечних прихода	-0,086	0,616	0,92	0,65	1,29
Радно искуство (године)	-0,007	0,665	0,99	0,96	1,03
Прековремени рад	0,962	<b>0,001</b>	2,62	1,50	4,56
Довољно средстава за рад	-0,457	0,128	0,63	0,35	1,14
Велике и срећене просторије	-0,590	0,063	0,55	0,30	1,03
Самопроцена нивоа здравља	-0,513	<b>0,004</b>	0,60	0,42	0,85
Степен BRCS	-0,299	0,107	0,74	0,52	1,07
BRS просечан скор	-1,291	<b>&lt;0,001</b>	0,28	0,17	0,44
DASS21 D повишена депресивност	0,735	<b>0,029</b>	2,09	1,08	4,04
DASS21 A повишена анксиозност	0,867	<b>0,003</b>	2,38	1,34	4,21
DASS21 S повишен стрес	0,732	<b>0,022</b>	2,08	1,11	3,89

\*мултиваријантна логистичка регресија

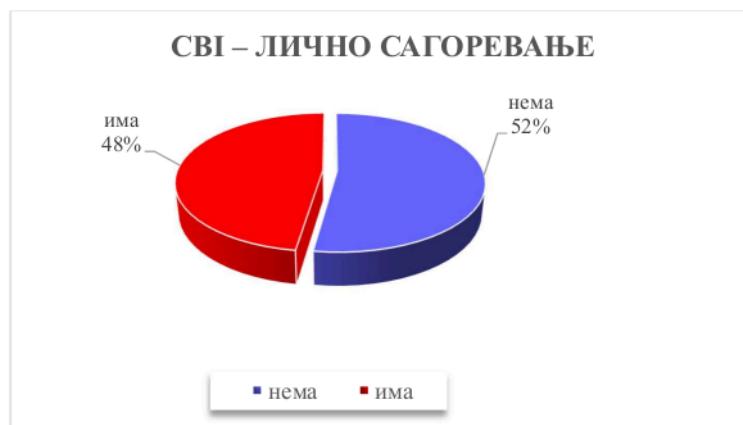
У моделу мултиваријантне логистичке регресије, као статистички значајни предиктори синдрома сагоревања на послу су издвојени: прековремени рад ( $OR=2,62$ ;  $CI=1,50-4,56$ ), самопроцена нивоа здравља ( $OR=0,60$ ;  $CI=0,42-0,85$ ), BRS просечан скор ( $OR=0,28$ ;  $CI=0,17-0,44$ ), DASS21 D повишена депресивност ( $OR=2,09$ ;  $CI=1,08-4,04$ ), DASS21 A повишена анксиозност ( $OR=2,38$ ;  $CI=1,34-4,21$ ), DASS21 S повишен стрес ( $OR=2,08$ ;  $CI=1,11-3,89$ ) (Табела 22 и Графикон 26).



Графикон 26. Графички приказ мултиваријантне логистичке регресије са постојањем синдрома сагоревања на послу као зависном варијаблом

#### **4.6. Фактори који утичу на лично сагоревање на послу**

Од свих испитаника укључених у истраживање, лично сагоревања на послу имало је 234 (47,7%), а без личног сагоревања на послу било је 257 њих (52,3%) (Графикон 27).



Графикон 27. Дистрибуција испитаника према присуству личног сагоревања на послу

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са личним сагоревањем на послу и без личног сагоревања на послу, у односу на социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: пол, старост, брачни статус, школску спрему и самопроцену месечних прихода (Табела 23).

Табела 23. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на лично сагоревање на послу

	Испитаници са личним сагоревањем на послу (n=234)	Испитаници без присуства личног сагоревања на послу (n=257)	p-вредност*
Пол, n (%)			
мушки	19 (8,1%)	41 (16%)	<b>0,008</b>
женски	215 (91,9%)	216 (84%)	
Старост, ас±сд	47,4±9,9	44,5±1,6	<b>0,002</b>
Категорије старости, n (%)			
20-30	18 (7,7%)	30 (11,7%)	
31-40	33 (14,1%)	67 (26,1%)	
41-50	87 (37,2%)	77 (30%)	<b>0,002</b>
51-60	79 (33,8%)	68 (26,5%)	
преко 60	17 (7,3%)	15 (5,8%)	
Пребивалиште, n (%)			
град	202 (86,3%)	228 (88,7%)	
село	32 (13,7%)	29 (11,3%)	0,422
Брачни статус, n (%)			
удата/ожењен	63 (26,9%)	95 (37%)	
неудата/неожењен	110 (47%)	120 (46,7%)	
разведен/а	38 (16,2%)	24 (9,3%)	<b>0,017</b>
удовица/удовац	11 (4,7%)	13 (5,1%)	
друго	12 (5,1%)	5 (1,9%)	
Школска спрема, n (%)			
средња школа	129 (55,1%)	104 (40,5%)	
виша или висока школа	34 (14,5%)	50 (19,5%)	
стручковни мастер или специјалистичке	16 (6,8%)	14 (5,4%)	<b>0,001</b>
академске, мастер или докторат	55 (23,5%)	89 (34,6%)	
Деца, n (%)	180 (76,9%)	181 (70,4%)	0,103

Број деце у породици, медијана (опсег)	2 (0-5)	1 (0-4)	0,292
Број чланова породице, медијана (опсег)	4 (1-8)	4 (1-12)	0,855
Сопствени стан, n (%)	166 (70,9%)	182 (70,8%)	0,976
Самостално издржавање домаћинства, n (%)	95 (40,6%)	99 (38,5%)	0,638
Самопроцена месечних прихода, n (%)			
вeомa лoшe	22 (9,4%)	5 (1,9%)	
лошe	50 (21,4%)	39 (15,2%)	
просечно	129 (55,1%)	158 (61,5%)	<0,001
дoбpo	30 (12,8%)	50 (19,5%)	
вeомa дoбpo	3 (1,3%)	5 (1,9%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са личним сагоревањем на послу и без личног сагоревања на послу, у односу на карактеристике радног окружења, статистички значајне разлике постоје у односу на: занимање, радно искуство у струци, дужину рада на тренутном радном месту, заузимања руководеће позиције, постојања довољно средстава за рад, рада у великим и срећеним просторијама у дужине пута од посла до куће (Табела 24).

Табела 24.Утицај карактеристика радног окружења на лично сагоревање на послу

Варијабле	Испитаници са личним сагоревањем на послу (n=234)	Испитаници без присуства личног сагоревања на послу (n=257)	p-вредност*
<b>Установе, n (%)</b>			
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“	76 (32,5%)	92 (35,8%)	
ЦЗОДО „Звечанска“	72 (30,8%)	83 (32,3%)	0,137
УЗДМ „Сремчица“	61 (26,1%)	69 (26,8%)	
УГЦ „Београд“	25 (10,7%)	13 (5,1%)	
<b>Занимање, n (%)</b>			
здравствени радник	101 (43,2%)	103 (40,1%)	0,016
стручни радник	62 (26,5%)	92 (35,8%)	

стручни сарадник	16 (6,8%)	25 (9,7%)	
сарадник	55 (23,5%)	37 (14,4%)	
Радно искуство у струци, медијана (опсег)	17 (3-40)	15 (3-41)	<b>0,008</b>
Дужине рада на тренутном радном месту, медијана (опсег)	14 (2-40)	11 (2-41)	<b>0,020</b>
Прековремени рад, n (%)	80 (34,2%)	74 (28,8%)	0,198
Сменски рад, n (%)	171 (73,1%)	182 (70,8%)	0,578
Руководећа позиција, n (%)	17 (7,3%)	44 (17,1%)	<b>0,001</b>
Довољно средстава за рад, n (%)	119 (50,9%)	180 (70%)	<0,001
Велике и срећене просторије, n (%)	129 (55,1%)	196 (76,3%)	<0,001
Пут кућа посао (трајање), n (%)			
до 30 мин	63 (26,9%)	86 (33,5%)	
30-60 мин	87 (37,2%)	98 (38,1%)	<b>0,049</b>
>60 мин	84 (35,9%)	73 (28,4%)	
Превозно средство, n (%)			
јавни	178 (76,1%)	190 (73,9%)	
авто	44 (18,8%)	51 (19,8%)	0,818
биклик или пешке	12 (5,1%)	16 (6,2%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са личним сагоревањем на послу и без личног сагоревања на послу, у односу на карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: број цигарета, коришћење боловања, броја дана на боловању, самопроцену степена свог здравља (Табела 25).

Табела 25. Утицај навика испитаника на лично сагоревање на послу

Варијабле	Испитаници са личним сагоревањем на послу (n=234)	Испитаници без присуства личног сагоревања на послу (n=257)	P-вредност*
Навика пушења, n (%)	110 (47%)	114 (44,4%)	0,556
Број цигарета, n (%)			
0	124 (53%)	143 (55,6%)	
до 10	29 (12,4%)	40 (15,6%)	0,014
10-20	59 (25,2%)	59 (23%)	
више од 20	22 (9,4%)	15 (5,8%)	
Конзумирање алкохола, n (%)	131 (56%)	147 (57,2%)	0,786
Алкохол више од 5 пића, n (%)			
нијам	206 (88%)	223 (86,8%)	
једанпут	25 (10,7%)	30 (11,7%)	0,670
бар једном месечно	3 (1,3%)	4 (1,6%)	
Боловање, n (%)	105 (44,9%)	66 (25,7%)	<0,001
Број дана боловања, медијана (опсег)	0 (0-300)	0 (0-120)	<0,001
Самопроцена здравља, n (%)			
веома лоше	8 (3,4%)	2 (0,8%)	
лоше	46 (19,7%)	7 (2,7%)	
просечно	128 (54,7%)	94 (36,6%)	<0,001
добро	48 (20,5%)	124 (48,2%)	
веома добро	4 (1,7%)	30 (11,7%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са личним сагоревањем на послу и без личног сагоревања на послу, у односу на друге примењене упитнике, статистички значајне разлике постоје у односу на: степен DASS-21 D, степен DASS-21 A, степен DASS-21 S, степен BRCS и вредност просечног скора на BRS (Табела 26).

Табела 26. Утицај депресивности, анксиозности, стреса и резилијентности на лично сагоревање на послу

Варијабле	Испитаници са личним сагоревањем на послу (n=234)	Испитаници без присуства личног сагоревања на послу (n=257)	p-вредност*
<b>DASS-21 D, n (%)</b>			
нормално	96 (41%)	219 (85,2%)	
благо	40 (17,1%)	25 (9,7%)	
умерено	49 (20,9%)	11 (4,3%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	25 (10,7%)	1 (0,4%)	
изузетно оизбиљно	24 (10,3%)	1 (0,4%)	
<b>DASS-21 A, n (%)</b>			
нормално	66 (28,2%)	194 (75,5%)	
благо	12 (5,1%)	22 (8,6%)	
умерено	58 (24,8%)	30 (11,7%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	37 (15,8%)	7 (2,7%)	
изузетно оизбиљно	61 (26,1%)	4 (1,6%)	
<b>DASS-21 S, n (%)</b>			
нормално	78 (33,3%)	212 (82,5%)	
благо	41 (17,5%)	31 (12,1%)	
умерено	48 (20,5%)	8 (3,1%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	47 (20,1%)	6 (2,3%)	
изузетно оизбиљно	20 (8,5%)	0 (0%)	
<b>BRCS, n (%)</b>			
ниска отпорност	94 (40,2%)	51 (19,8%)	
средња отпорност	105 (44,9%)	137 (53,3%)	<b>&lt;0,001</b>
висока отпорност	35 (15%)	69 (26,8%)	
BRS просечан скор, AS±SD	2,77±0,57	3,36±0,62	<b>&lt;0,001</b>

\*униваријантна логистичка регресија

У модел мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори постојања личног сагоревања на послу процењен<sup>5</sup> на одговарајућој подскали Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) који су у моделима униваријантне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 17 предиктора наведених у Табели 27. који су упоређени на 491 испитаника, од којих је 234 имало исход од интереса. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан

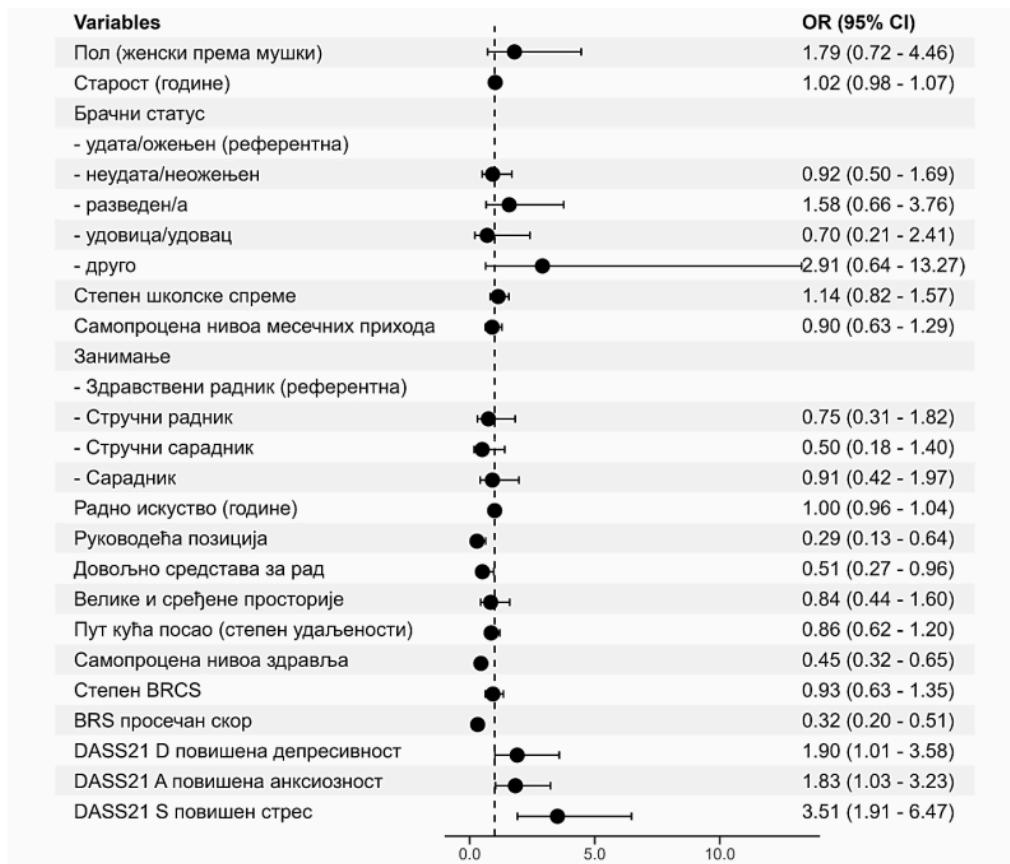
5 ( $p < 0,001$ ). Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора. Модел описује 56% варирања зависне варијабле.

Табела 27. Мултиваријантна анализа фактора који утичу на лично сагоревање на послу

Независна варијабла	B	p*	OR	95% интервал поверења	
				доња граница	горња граница
Пол (женски према мушки)	0,585	0,208	1,79	0,72	4,46
Старост (године)	0,024	0,230	1,02	0,98	1,07
Брачни статус					
удата/ожењен			референтна категорија		
неудата/неожењен	-0,082	0,791	0,92	0,50	1,69
разведен/а	0,457	0,302	1,58	0,66	3,76
удовица/удовац	-0,351	0,576	0,70	0,21	2,41
Друго	1,067	0,169	2,91	0,64	13,27
Степен школске спреме	0,128	0,442	1,14	0,82	1,57
Самопроцена нивоа месечних прихода	-0,103	0,573	0,90	0,63	1,29
Занимање					
здравствени радник			референтна категорија		
стручни радник	-0,284	0,527	0,75	0,31	1,82
стручни сарадник	-0,700	0,185	0,50	0,18	1,40
сарадник	-0,090	0,819	0,91	0,42	1,97
Радно искуство (године)	0,001	0,944	1,00	0,96	1,04
Руководећа позиција	-1,253	<b>0,002</b>	0,29	0,13	0,64
Довољно средстава за рад	-0,667	<b>0,037</b>	0,51	0,27	0,96
Велике и срећене просторије	-0,174	0,597	0,84	0,44	1,60
Пут кућа посао (степен удаљености)	-0,150	0,378	0,86	0,62	1,20
Самопроцена нивоа здравља	-0,790	<b>&lt;0,001</b>	0,45	0,32	0,65
Степен BRCS	-0,078	0,689	0,93	0,63	1,35
BRS просечан скор	-1,152	<b>&lt;0,001</b>	0,32	0,20	0,51
DASS21 D повишене депресивност	0,640	0,048	1,90	1,01	3,58
DASS21 A повишене анксиозност	0,603	<b>0,038</b>	1,83	1,03	3,23
DASS21 S повишен стрес	1,256	<b>&lt;0,001</b>	3,51	1,91	6,47

\*мултиваријантна логистичка регресија

У моделу мултиваријантне логистичке регресије, статистички значајни предиктори постојања личног сагоревања на послу су руководећа позиција (OR=0,29; CI=0,13-0,64), средства за рад (OR=0,51; CI=0,27-0,96), самопроцењена нивоа здравља (OR=0,45; CI=0,32-0,65), BRS просечан скор (OR=0,32; CI=0,20-0,51), DASS21 D повишен депресивност (OR=1,90; CI=1,01-3,58), DASS21 A повишене анксиозност (OR=1,83; CI=1,03-3,23), DASS21 S повишен стрес (OR=3,51; CI=1,91-6,47) (Табела 26 и Графикон 28).



Графикон 28. Графички приказ мултиваријантне логистичке регресије са постојањем личног сагоревања на послу као зависном варијаблом

#### **4.7. Фактори који утичу на сагоревање повезано са послом**

Од свих испитаника укључених у истраживање, *Сагоревање повезано са послом* имало је 267 (54,4%), а док је без сагоревања повезаног са послом било њих 224 (45,6%) као што је приказано на Графикону 29.



Графикон 29. Дистрибуција испитаника према присуству сагоревања повезаног са послом

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са послом и без сагоревања повезаног са послом, у односу на социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: пребивалиште, школску спрему и самопроцену месечних прихода (Табела 28).

Табела 28. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на сагоревање повезано са послом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са послом (n=267)	Испитаници без сагоревања повезаним са послом (n=224)	P-вредност*
<b>Пол, n (%)</b>			
Мушки	28 (10,5%)	32 (14,3%)	0,200
Женски	239 (89,5%)	192 (85,7%)	
Старост, ас±сд	46,6±9,7	45,0±11,0	0,094
<b>Категорије старости, n (%)</b>			
20-30	24 (9%)	24 (10,7%)	
31-40	37 (13,9%)	63 (28,1%)	
41-50	105 (39,3%)	59 (26,3%)	0,054
51-60	88 (33%)	59 (26,3%)	
преко 60	13 (4,9%)	19 (8,5%)	
<b>Пребивалиште, n (%)</b>			
Град	226 (84,6%)	204 (91,1%)	
Село	41 (15,4%)	20 (8,9%)	<b>0,032</b>
<b>Брачни статус, n (%)</b>			
удата/ожењен	79 (29,6%)	79 (35,3%)	
неудата/неожењен	127 (47,6%)	103 (46%)	
разведен/а	38 (14,2%)	24 (10,7%)	0,494
удовица/удовац	12 (4,5%)	12 (5,4%)	
Друго	11 (4,1%)	6 (2,7%)	
<b>Школска спрема, n (%)</b>			
средња школа	148 (55,4%)	85 (37,9%)	
виша или висока школа	39 (14,6%)	45 (20,1%)	
стручковни мастер или специјалистичке	16 (6%)	14 (6,3%)	<b>&lt;0,001</b>
академске, мастер или докторат	64 (24%)	80 (35,7%)	
Деца, n (%)	202 (75,7%)	159 (71%)	0,242
Број деце у породици, медијана (опсег)	2 (0-4)	1 (0-5)	0,403

Број чланова породице, медијана (опсег)	4 (1-8)	4 (1-12)	0,906
Сопствени стан, n (%)	182 (68,2%)	166 (74,1%)	0,149
Самостално издржавање домаћинства, n (%)	108 (40,4%)	86 (38,4%)	0,642
Самопроцена месечних прихода, n (%)			
врло лоше	21 (7,9%)	6 (2,7%)	
Лоше	58 (21,7%)	31 (13,8%)	
Просечно	155 (58,1%)	132 (58,9%)	<0,001
Добро	31 (11,6%)	49 (21,9%)	
врло добро	2 (0,7%)	6 (2,7%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитанника са сагоревањем повезаним са послом и без сагоревања повезаног са послом, у односу на карактеристике радног окружења, статистички значајне разлике постоје у односу на: занимање, прековремени рад, руководећа позиција, постојања доволно средстава за рад и рада у великим и срећеним просторијама (Табела 29).

Табела 29. Утицај карактеристика радног окружења на сагоревање повезано са послом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са послом (n=267)	Испитаници без сагоревања повезаним са послом (n=224)	P-вредност*
<b>Установе, n (%)</b>			
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“	67 (25,1%)	63 (28,1%)	
ЦЗОДО „Звечанска“	89 (33,3%)	79 (35,3%)	0,098
УЗДМ „Сремчица“	28 (10,5%)	10 (4,5%)	
УГЦ „Београд“	83 (31,1%)	72 (32,1%)	
<b>Занимање, n (%)</b>			
здравствени радник	113 (42,3%)	91 (40,6%)	
стручни радник	71 (26,6%)	83 (37,1%)	0,022
стручни сарадник	22 (8,2%)	19 (8,5%)	
сарадник	61 (22,8%)	31 (13,8%)	
Радно искуство у струци, медијана (опсег)	17 (3-40)	15 (3-41)	0,114

Дужине рада на тренутном радном месту, медијана (опсег)	13 (2-40)	12 (2-41)	0,258
Прековремени рад, n (%)	99 (37,1%)	55 (24,6%)	<b>0,003</b>
Сменски рад, n (%)	192 (71,9%)	161 (71,9%)	0,993
Руководећа позиција, n (%)	26 (9,7%)	35 (15,6%)	<b>0,049</b>
Довољно средстава за рад, n (%)	135 (50,6%)	164 (73,2%)	<0,001
Велике и сређене просторије, n (%)	144 (53,9%)	181 (80,8%)	<0,001
Пут кућа посао (трајање), n (%)			
до 30 мин	73 (27,3%)	76 (33,9%)	
30-60 мин	103 (38,6%)	82 (36,6%)	0,118
>60 мин	91 (34,1%)	66 (29,5%)	
Превозно средство, n (%)			
Јавни	204 (76,4%)	164 (73,2%)	
Авто	51 (19,1%)	44 (19,6%)	0,431
бисикл или пешке	12 (4,5%)	16 (7,1%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са послом и без сагоревања повезаног са послом, у односу на карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: коришћење боловања, броја дана на боловању и самопроцени степена свог здравља (Табела 30).

Табела 30. Утицај навика испитаника на сагоревање повезано са послом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са послом (n=267)	Испитаници без сагоревања повезаним са послом (n=224)	P-вредност*
Навика пушења, n (%)	132 (49,4%)	92 (41,1%)	0,064
Број цигарета, n (%)			
0	135 (50,6%)	132 (58,9%)	
до 10	42 (15,7%)	27 (12,1%)	
10-20	68 (25,5%)	50 (22,3%)	0,092
више од 20	22 (8,2%)	15 (6,7%)	
Конзумирање алкохола, n (%)	150 (56,2%)	128 (57,1%)	0,830
Алкохол више од 5 пића, n (%)			

нисам	231 (86,5%)	198 (88,4%)	
једанпут	31 (11,6%)	24 (10,7%)	0,513
бар једном месечно	5 (1,9%)	2 (0,9%)	
<b>Боловање, n (%)</b>	<b>112 (41,9%)</b>	<b>59 (26,3%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Број дана боловања, медијана (опсег)	0 (0-300)	0 (0-120)	<b>0,001</b>
<b>Самопроцена здравља, n (%)</b>			
веома лоше	9 (3,4%)	1 (0,4%)	
лоше	44 (16,5%)	9 (4%)	
просечно	135 (50,6%)	87 (38,8%)	<b>&lt;0,001</b>
добро	68 (25,5%)	104 (46,4%)	
веома добро	11 (4,1%)	23 (10,3%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са послом и без сагоревања повезаног са послом, у односу на друге примењене упитнике, статистички значајне разлике постоје у односу на: степен DASS-21 D, степен DASS-21 A, степен DASS-21 S, степен BRCS и вредност просечног скора на BRS (Табела бр 31).

Табела 31. Утицај депресивности, анксиозности, стреса и резилијентности на сагоревање повезано са послом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са послом (n=267)	Испитаници без сагоревања повезаним са послом (n=224)	<i>P</i> - вредност*
<b>DASS-21 D, n (%)</b>			
нормално	125 (46,8%)	190 (84,8%)	
благо	43 (16,1%)	22 (9,8%)	
умерено	50 (18,7%)	10 (4,5%)	<b>&lt;0,001</b>
оизбиљно	25 (9,4%)	1 (0,4%)	
изузетно оизбиљно	24 (9%)	1 (0,4%)	
<b>DASS-21 A, n (%)</b>			
нормално	89 (33,3%)	171 (76,3%)	
благо	19 (7,1%)	15 (6,7%)	<b>&lt;0,001</b>

умерено	64 (24%)	24 (10,7%)	
озбиљно	38 (14,2%)	6 (2,7%)	
изузетно озбиљно	57 (21,3%)	8 (3,6%)	
<hr/>			
DASS-21 S, n (%)			
нормално	110 (41,2%)	180 (80,4%)	
благо	43 (16,1%)	29 (12,9%)	
умерено	49 (18,4%)	7 (3,1%)	<0,001
озбиљно	45 (16,9%)	8 (3,6%)	
изузетно озбиљно	20 (7,5%)	0 (0%)	
<hr/>			
BRCS, n (%)			
ниска отпорност	103 (38,6%)	42 (18,8%)	
средња отпорност	125 (46,8%)	117 (52,2%)	<0,001
висока отпорност	39 (14,6%)	65 (29%)	
BRS просечан скор, AS±SD	2,85±0,63	3,36±0,60	<0,001

\*униваријантна логистичка регресија

У модел мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори постојања сагоревања повезаног са послом процене 5% од на одговарајућој подскупу Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) који су у моделима униваријантне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 14 предиктора наведених у Табели 32. који су упоређени на 491 испитаника, од којих је 267 (54%) исход од интереса. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ( $p<0,001$ ). Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора. Модел описује 45% варирања зависне варијабле.

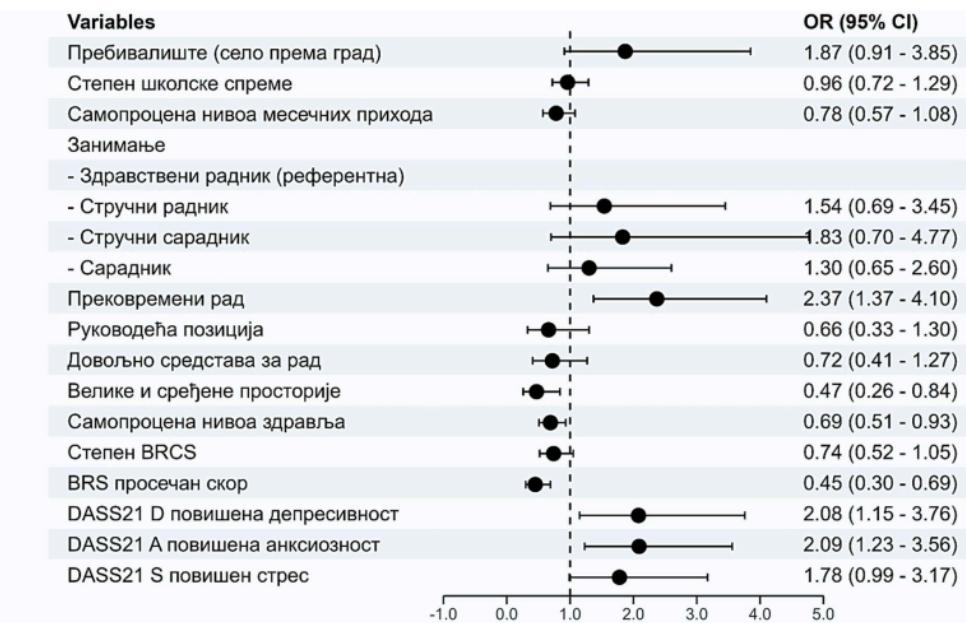
Табела 32. Мултиваријантна анализа фактора који утичу на сагоревање повезано са послом

Независна варијабла	B	p *	OR	95% интервал поверења	
				доња граница	горња граница
Пребивалиште (село према град)	0,626	0,089	1,87	0,91	3,85
Степен школске спреме	-0,036	0,807	0,96	0,72	1,29
Самопроцена нивоа месечних прихода	-0,247	0,130	0,78	0,57	1,08
Занимање					
здравствени радник				референтна категорија	

стручни радник	0,432	0,294	1,54	0,69	3,45
стручни сарадник	0,606	0,215	1,83	0,70	4,77
сарадник	0,261	0,461	1,30	0,65	2,60
Прековремени рад	0,861	<b>0,002</b>	2,37	1,37	4,10
Руководећа позиција	-0,418	0,228	0,66	0,33	1,30
Довољно средстава за рад	-0,322	0,259	0,72	0,41	1,27
Велике и сређене просторије	-0,751	<b>0,011</b>	0,47	0,26	0,84
Самопроцена нивоа здравља	-0,377	<b>0,016</b>	0,69	0,51	0,93
Степен BRCS	-0,300	0,090	0,74	0,52	1,05
BRS просечан скор	-0,792	<b>&lt;0,001</b>	0,45	0,30	0,69
DASS21 D повишена депресивност	0,731	<b>0,016</b>	2,08	1,15	3,76
DASS21 A повишена анксиозност	0,738	<b>0,007</b>	2,09	1,23	3,56
DASS21 S повишен стрес	0,577	<b>0,051</b>	1,78	0,99	3,17

\*мултиваријантна логистичка регресија

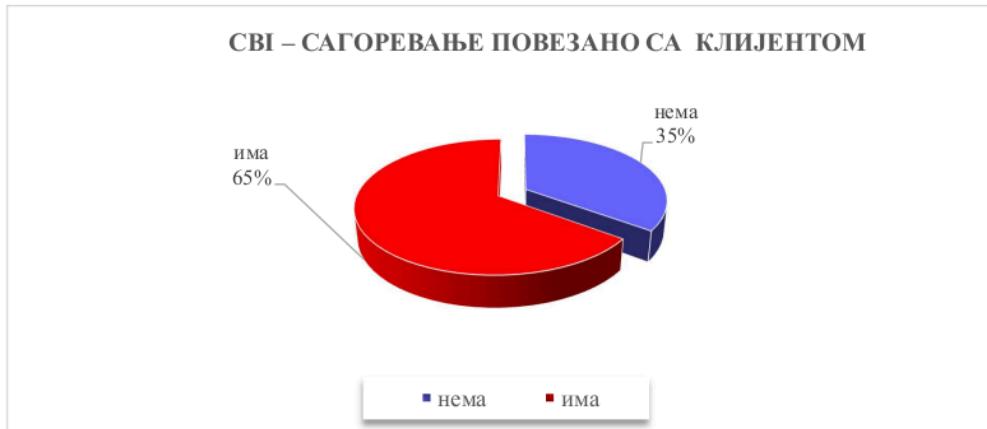
У моделу мултиваријантне логистичке регресије, статистички значајни предиктори постојања сагоревања повезаног са послом су: прековремени рад ( $OR=2,37$ ;  $CI=1,37-4,10$ ), тип радних просторија ( $OR=0,47$ ;  $CI=0,23-0,84$ ), самопроцена нивоа здравља ( $OR=0,69$ ;  $CI=0,51-0,93$ ), BRS просечан скор ( $OR=0,45$ ;  $CI=0,30-0,69$ ), **DASS21 D** повишена депресивност ( $OR=2,08$ ;  $CI=1,15-3,76$ ), **DASS21 A** повишена анксиозност ( $OR=2,09$ ;  $CI=1,23-3,56$ ) као што је приказано на Табели 32. и Графику 30.



Графикон 30. Графички приказ мултиваријантне логистичке регресије са постојањем сагоревања повезаног са послом као зависном варијаблом

#### **4.8. Фактори који утичу на сагоревање повезано са клијентом**

Од свих испитаника укључених у истраживање, *Сагоревање повезано са клијентом* имало је 319 (65,0%), а без сагоревања повезаног са клијентом било је 172 (35,0%).



Графикон 31. Дистрибуција испитаника према присуству сагоревања повезаног са клијентом

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са клијентом и без сагоревања повезаног са клијентом, у односу на социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника, статистички значајна разлика постоје у односу на старост (Табела 33).

Табела 33. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на сагоревање повезано са клијентом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са клијентом (n=319)	Испитаници без сагоревања повезаним са клијентом (n=172)	<i>p</i> -вредност*
<b>Пол, n (%)</b>			
мушки	33 (10,3%)	27 (15,7%)	
женски	286 (89,7%)	145 (84,3%)	0,084
<b>Старост, AS±SD</b>	<b>46,8±9,5</b>	<b>44,3±11,5</b>	<b>0,013</b>
<b>Категорије старости, n (%)</b>			
20-30	23 (7,2%)	25 (14,5%)	
31-40	57 (17,9%)	43 (25%)	
41-50	121 (37,9%)	43 (25%)	<b>0,042</b>
51-60	98 (30,7%)	49 (28,5%)	
преко 60	20 (6,3%)	12 (7%)	
<b>Пребивалиште, n (%)</b>			
град	277 (86,8%)	153 (89%)	
село	42 (13,2%)	19 (11%)	0,497
<b>Брачни статус, n (%)</b>			
удата/ожењен	96 (30,1%)	62 (36%)	
неудата/неожењен	151 (47,3%)	79 (45,9%)	
разведен/а	44 (13,8%)	18 (10,5%)	0,640
увдовица/увдовац	16 (5%)	8 (4,7%)	
друго	12 (3,8%)	5 (2,9%)	
<b>Школска спрема, n (%)</b>			
средња школа	163 (51,1%)	70 (40,7%)	
виша или висока школа	46 (14,4%)	38 (22,1%)	
стручковни мастер или специјалистичке			0,095
академске, мастер или докторат	20 (6,3%)	10 (5,8%)	
	90 (28,2%)	54 (31,4%)	

Деца, n (%)	243 (76,2%)	118 (68,6%)	0,070
Број деце у породици, медијана (опсег)	2 (0-5)	1 (0-4)	0,209
Број чланова породице, медијана (опсег)	4 (1-9)	4 (1-12)	0,451
Сопствени стан, n (%)	231 (72,4%)	117 (68%)	0,307
Самостално издржавање домаћинства, n (%)	124 (38,9%)	70 (40,7%)	0,693
Самопроцена месечних прихода, n (%)			
вeомa лoшe	19 (6%)	8 (4,7%)	
лошe	61 (19,1%)	28 (16,3%)	
просечнo	185 (58%)	102 (59,3%)	0,220
дoбрo	51 (16%)	29 (16,9%)	
вeомa дoбрo	3 (0,9%)	5 (2,9%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са клијентом и без сагоревања повезаног са клијентом, у односу на карактеристике радног окружења, статистички значајне разлике постоје у односу на: установу, радно искуство у струци, дужину рада на тренутном радном месту, прековремени рад, постојања довољно средстава за рад и рада у великим и срећеним просторијама (Табела 34).

Табела 34. Утицај навика испитаника на сагоревање повезано са клијентом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са клијентом (n=319)	Испитаници без сагоревања повезаним са клијентом (n=172)	<i>P-</i> вредност*
Установе, n (%)			
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“	87 (27,3%)	43 (25%)	
ЦЗОДО „Звечанска“	101 (31,7%)	67 (39%)	
УЗДМ „Сремчица“	33 (10,3%)	5 (2,9%)	0,017
УГЦ „Београд“	98 (30,7%)	57 (33,1%)	
Занимање, n (%)			

Здравствени радник	129 (40,4%)	75 (43,6%)	
Стручни радник	96 (30,1%)	58 (33,7%)	
Стручни сарадник	26 (8,2%)	15 (8,7%)	0,260
Сарадник	68 (21,3%)	24 (14%)	
Радно искуство у струци, медијана (опсег)	17 (3-40)	14 (3-41)	<b>0,019</b>
Дужине рада на тренутном радном месту, медијана (опсег)	13 (2-40)	11 (2-41)	<b>0,033</b>
Прековремени рад, n (%)	114 (35,7%)	40 (23,3%)	<b>0,004</b>
Сменски рад, n (%)	233 (73%)	120 (69,8%)	0,894
Руководећа позиција, n (%)	36 (11,3%)	25 (14,5%)	0,298
Довољно средстава за рад, n (%)	173 (54,2%)	126 (73,3%)	<b>&lt;0,001</b>
Велике и срећене просторије, n (%)	185 (58%)	140 (81,4%)	<b>&lt;0,001</b>
Пут кућа посао, n (%)			
до 30 мин	90 (28,2%)	59 (34,3%)	
30-60 мин	125 (39,2%)	60 (34,9%)	0,295
>60 мин	104 (32,6%)	53 (30,8%)	
Превозно средство, n (%)			
јавни	233 (73%)	135 (78,5%)	
авто	67 (21%)	28 (16,3%)	0,400
бицикл или пешке	19 (6%)	9 (5,2%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са клијентом и без сагоревања повезаног са клијентом, у односу на карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: коришћење боловања, броја дана на боловању, самопроцени степена свог здравља (Табела 35).

Табела 35. Утицај навика испитаника на сагоревање повезано са клијентом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са клијентом (n=319)	Испитаници без сагоревања повезаним са клијентом (n=172)	P- вредност*
Навика пушења, n (%)	151 (47,3%)	73 (42,4%)	0,299
Број цигарета, n (%)			
0	168 (52,7%)	99 (57,6%)	
до 10	41 (12,9%)	28 (16,3%)	0,138
10-20	83 (26%)	35 (20,3%)	
више од 20	27 (8,5%)	10 (5,8%)	
Конзумирање алкохола, n (%)	183 (57,4%)	95 (55,2%)	0,649
Алкохол више од 5 пића, n (%)			
нисам	281 (88,1%)	148 (86%)	
једанпут	33 (10,3%)	22 (12,8%)	0,678
бар једном месечно	5 (1,6%)	2 (1,2%)	
Боловање, n (%)	122 (38,2%)	49 (28,5%)	<b>0,030</b>
Број дана боловања, медијана (опсег)	0 (0-300)	0 (0-120)	<b>0,019</b>
Самопроцена здравља, n (%)			
веома лоше	9 (2,8%)	1 (0,6%)	
лоше	46 (14,4%)	7 (4,1%)	
просечно	155 (48,6%)	67 (39%)	<0,001
добро	93 (29,2%)	79 (45,9%)	
веома добро	16 (5%)	18 (10,5%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са сагоревањем повезаним са клијентом и без сагоревања повезаног са клијентом, у односу на друге примењене упитнике, статистички значајне разлике постоје у односу на: степен DASS-21 D, степен DASS-21 A, степен DASS-21 S, степен BRCS и вредност просечног скора на BRS (Табела 36).

Табела 36. Утицај депресивности, анксиозности, стреса и резилијентности на сагоревање повезано са клијентом

Варијабле	Испитаници са сагоревањем повезаним са клијентом (n=319)	Испитаници без сагоревања повезаним са клијентом (n=172)	P-вредност*
<b>DASS-21 D, n (%)</b>			
Нормално	169 (53%)	146 (84,9%)	
Благо	49 (15,4%)	16 (9,3%)	
умерено	51 (16%)	9 (5,2%)	<b>&lt;0,001</b>
озбиљно	25 (7,8%)	1 (0,6%)	
изузетно озбиљно	25 (7,8%)	0 (0%)	
<b>DASS-21 A, n (%)</b>			
нормално	130 (40,8%)	130 (75,6%)	
благо	22 (6,9%)	12 (7%)	
умерено	68 (21,3%)	20 (11,6%)	<b>&lt;0,001</b>
озбиљно	39 (12,2%)	5 (2,9%)	
изузетно озбиљно	60 (18,8%)	5 (2,9%)	
<b>DASS-21 S, n (%)</b>			
нормално	145 (45,5%)	145 (84,3%)	
благо	54 (16,9%)	18 (10,5%)	
умерено	51 (16%)	5 (2,9%)	<b>&lt;0,001</b>
озбиљно	49 (15,4%)	4 (2,3%)	
изузетно озбиљно	20 (6,3%)	0 (0%)	
<b>BRCS, n (%)</b>			
ниска отпорност	110 (34,5%)	35 (20,3%)	
средња отпорност	157 (49,2%)	85 (49,4%)	<b>&lt;0,001</b>
висока отпорност	52 (16,3%)	52 (30,2%)	
BRS просечан скор, ас±сд	2,90±6,2	3,42±0,62	<b>&lt;0,001</b>

\*униваријантна логистичка регресија

У модел мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори постојања сагоревања повезаног са клијентом процењеног на одговарајућој подскали

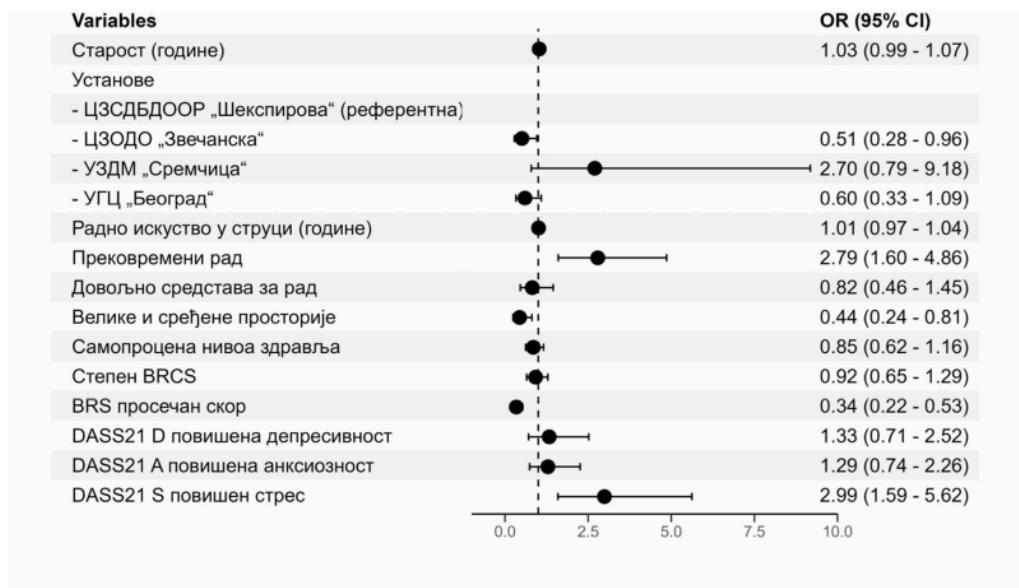
Копенхагеновог упитника о сагоревању на послу (CBI) који су у моделима унитаријантне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 12 предиктора наведених у Табели 37. који су упоређени на 491 испитаника, од којих је 319 имало исход од интереса. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ( $p<0,001$ ). Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора. Модел описује 39% варирања зависне варијабле.

Табела 37. Мултиваријантна анализа фактора који утичу на сагоревање повезано са клијентом

Независна варијабла	B	p*	OR	95% интервал поверења	
				доња граница	горња граница
Старост (године)	0,030	0,076	1,03	0,99	1,07
<b>Установе</b>					
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“			референтна категорија		
ЦЗОДО „Звечанска“	-0,665	<b>0,037</b>	0,51	0,28	0,96
УЗДМ „Сремчица“	0,992	0,113	2,70	0,79	9,18
УГЦ „Београд“	-0,513	0,092	0,60	0,33	1,09
Радно искуство у струци (године)	0,002	0,890	1,01	0,97	1,04
Прековремени рад	1,026	<b>&lt;0,001</b>	2,79	1,60	4,86
Довољно средстава за рад	-0,198	0,493	0,82	0,46	1,45
Велике и срећене просторије	-0,817	<b>0,008</b>	0,44	0,24	0,81
Самопроцена нивоа здравља	-0,164	0,300	0,85	0,62	1,16
Степен BRCS	-0,092	0,599	0,92	0,65	1,29
BRS просечан скор	-1,066	<b>&lt;0,001</b>	0,34	0,22	0,53
DASS21 D повишен депресивност	0,287	0,377	1,33	0,71	2,52
DASS21 A повишене анксиозност	0,254	0,376	1,29	0,74	2,26
DASS21 S повишен стрес	1,096	<b>0,001</b>	2,99	1,59	5,62

\*мултиваријантна логистичка регресија

У моделу мултиваријантне логистичке регресије, статистички значајни предиктори постојања сагоревања повезаног са клијентом су: установе (OR=0,511; CI=0,28-0,96), прековремени рад (OR=2,79; CI=1,60-86), тип радних просторија (OR=0,44; CI=0,24-0,81), BRS просечан скор (OR=0,34; CI=0,22-0,53), DASS21 S повишен стрес (OR=2,99; CI=1,59-5,62) (Табела 37. и Графикон 32).



Графикон 32. Графички приказ мултиваријантне логистичке регресије са постојањем сагоревања повезаног са клијентом као зависном варијаблом

#### 4.9. Фактори који утичу на ниво стреса

Према униваријантној ординалној логистичкој анализи, варијабла из групе социо-демографских и социо-економских карактеристика испитаника, статистички значајно повезана са степеном стреса на DASS-21 S подскали била је самопроцена месечних прихода (Табела 38).

Табела 38. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на ниво стреса

Варијабле	OR (95%CI)	p-вредност*
Пол (мушки vs. женски)	0,86 (0,50-1,47)	0,571
Старост	0,99 (0,98-1,01)	0,540
Категорије старости		
Пребивалиште (град према село)	0,90 (0,54-1,50)	0,681
Брачни статус		
удата/ожењен (реф)		
неудата/неожењен	1,25 (0,84-1,88)	0,268
разведен/а	1,40 (0,79-2,48)	0,243
удовица/удовац	1,22 (0,53-2,83)	0,641
Друго	2,47 (0,98-6,18)	0,054
Степен школске спреме	0,89 (0,77-1,01)	0,077
Деца	1,29 (0,86-1,92)	0,213
Сопствени стан	1,00 (0,68-1,46)	0,996
Самостално издржавање домаћинства	0,73 (0,51-1,05)	0,091
Самопроцена месечних прихода	0,66 (0,53-0,82)	<0,001

\*униваријантна ординална логистичка регресија

Према униваријантној ординалној логистичкој анализи, варијабле из групе карактеристика радног окружења и испитаника, статистички значајно повезане са степеном стреса на DASS-21 S подскали били су: установа (УЗДМ „Сремчица“ у односу на ЦЗСДБДООР „Шекспирова“ као референтну категорију), руководећа позиција, велике и срећене просторије, самопроцена здравља, степен BRCS и просечан скор на BRS (Табела 39).

Табела 39. Утицај карактеристика радног окружења и навика испитаника на ниво стреса

Варијабле	OR (95%CI)	p-вредност*
<b>Установе</b>		
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“ (реф)		
ЦЗОДО „Звечанска“	0,80 (0,51-1,26)	0,338
УЗДМ „Сремчица“	3,50 (1,81-6,78)	<b>&lt;0,001</b>
УГЦ „Београд“	0,69 (0,44-1,10)	0,118
<b>Занимање</b>		
здравствени радник (реф)		
стручни радник	0,83 (0,54-1,25)	0,369
стручни сарадник	0,84 (0,43-1,65)	0,623
сарадник	1,55 (0,98-2,47)	0,063
Радно искуство у струци	1,00 (0,98-1,01)	0,806
Дужине рада на тренутном радном месту		
Прековремени рад	1,13 (0,78-1,63)	0,525
Сменски рад	0,95 (0,65-1,39)	0,788
Руководећа позиција	0,86 (0,50-1,47)	0,581
Довољно средстава за рад	0,52 (0,36-0,74)	<b>&lt;0,001</b>
Велике и сређене просторије	0,42 (0,29-0,60)	<b>&lt;0,001</b>
Пут кућа посао	1,11 (0,89-1,39)	0,335
Превозно средство		
јавни	1,42 (0,64-3,13)	0,388
авто	1,38 (0,58-3,26)	0,466
биклик или пешке (реф)		
Самопроцена здравља	0,45 (0,36-0,56)	<b>&lt;0,001</b>
BRCS степен	0,57 (0,44-0,74)	<b>&lt;0,001</b>
BRS просечан скор	0,23 (0,17-0,32)	<b>&lt;0,001</b>

\*униваријантна ординална логистичка регресија

У модел мултиваријантне ординалне логистичке регресије укључени су они предиктори степена стреса процењеног DASS21 S подскалом који су у моделима униваријантне ординалне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 7 предиктора наведених у Табели 40. који су упоређени на 491 испитаника. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ( $p<0,001$ ). Модел описује 30% варирања зависне варијабле. У мултиваријантном ординалном логистичком моделу, варијабле статистички значајно повезане са низним степеном стреса на DASS-21 S подскали били су: установа (УГЦ „Београд“ у односу на ЦЗСДБДООР „Шекспирова“ као референтну категорију) ( $p=0,005$ ), виши степен самопроцење здравља ( $p<0,001$ ), рад у великим и срећеним просторијама ( $p=0,037$ ) и виши просечан скор на BRS ( $p<0,001$ ) (Табела 40).

Табела 40. Мултиваријантна анализа фактора који утичу на ниво стреса

Варијабле	OR (95% CI)	<i>p</i> -вредност*
<b>Установе</b>		
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“ (реф)		
ЦЗОДО „Звечанска“	0,64 (0,39-1,03)	0,068
УЗДМ „Сремчица“	1,57 (0,77-3,21)	0,218
УГЦ „Београд“	0,49 (0,29-0,80)	<b>0,005</b>
Самопроцења нивоа месечних прихода	0,90 (0,70-1,16)	0,414
Самопроцења нивоа здравља	0,55 (0,43-0,71)	<b>&lt;0,001</b>
Довољно средстава за рад	0,82 (0,51-1,31)	0,405
Велике и срећене просторије	0,60 (0,37-0,97)	<b>0,037</b>
BRCS степен	0,85 (0,64-1,12)	0,242
BRS просечан скор	0,33 (0,23-0,45)	<b>&lt;0,001</b>

\*мултиваријантна ординална логистичка регресија

#### **4.10. Фактори који утичу на присуство повишеног стреса**

Од свих испитаника укључених у истраживање, процењено DASS21 подскалом за стрес, нормалан стрес имало је 290 (59,1%), док је 201 (40,9%) имало повишен стрес.



Графикон 33. Дистрибуција испитаника према присуству стреса

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са нормалним стресом и испитаника са повишеним стресом, у односу на социо-демографске и социо-економске карактеристике испитаника, статистички значајна разлика постоји у односу на самопроцену месечних прихода (Табела 41).

Табела 41. Утицај соци-демографских и социо-економских карактеристика испитаника на присуство стреса

Варијабле	Нормалан стрес (n=290)	Повишен стрес (n=201)	P- вредност*
Пол, n (%)			
мушки	39 (13,4%)	21 (10,4%)	0,318
женски	251 (86,6%)	180 (89,6%)	
Старост, ас±сд			
	46,1±10,6	45,6±10,0	0,556
Категорије старости, n (%)			
20-30	29 (10%)	19 (9,5%)	0,603

31-40	60 (20,7%)	40 (19,9%)	
41-50	91 (31,4%)	73 (36,3%)	
51-60	87 (30%)	60 (29,9%)	
преко 60	23 (7,9%)	9 (4,5%)	
<hr/>			
Пребивалиште, н (%)			
град	255 (87,9%)	175 (87,1%)	
село	35 (12,1%)	26 (12,9%)	0,775
<hr/>			
Брачни статус, н (%)			
удата/ожењен	96 (30,1%)	62 (36%)	
неудата/неожењен	151 (47,3%)	79 (45,9%)	
разведен/а	44 (13,8%)	18 (10,5%)	0,640
увогица/увогац	16 (5%)	8 (4,7%)	
друго	12 (3,8%)	5 (2,9%)	
<hr/>			
Школска спрема, н (%)			
средња школа	99 (34,1%)	59 (29,4%)	
виша или висока школа	135 (46,6%)	95 (47,3%)	
стручковни мастер или			0,684
специјалистичке	35 (12,1%)	27 (13,4%)	
академске, мастер или докторат	13 (4,5%)	11 (5,5%)	
Деца, н (%)	208 (71,7%)	153 (76,1%)	0,278
Број деце у породици, медијана (опсег)	2 (0-5)	1 (0-4)	0,663
Број чланова породице, медијана (опсег)	4 (1-9)	4 (1-12)	0,136
Сопствени стан, н (%)	204 (70,3%)	144 (71,6%)	0,756
Самостално издржавање домаћинства, н (%)	122 (42,1%)	72 (35,8%)	0,164
<hr/>			
Самопроцењена месечних прихода, н (%)			
веома лоше	8 (2,8%)	19 (9,5%)	
лоше	50 (17,2%)	39 (19,4%)	
просечно	170 (58,6%)	117 (58,2%)	0,002
добро	58 (20%)	22 (10,9%)	
веома добро	4 (1,4%)	4 (2%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са нормалним стресом и испитаника са повишеним стресом, у односу на карактеристике радног окружења, статистички значајне разлике постоје у односу на: установу, постојања довољно средстава за рад и рада у велиkim и срећеним просторијама (Табела 42).

Табела 42. Утицај карактеристика радног окружења испитаника на присуство стреса

Варијабле	Нормалан	Повишен	<i>P</i> -вредност*
	стрес (n=290)	стрес (n=201)	
<b>Установе, n (%)</b>			
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“	74 (25,5%)	56 (27,9%)	
ЦЗОДО „Звечанска“	104 (35,9%)	64 (31,8%)	
УЗДМ „Сремчица“	11 (3,8%)	27 (13,4%)	<b>0,001</b>
УГЦ „Београд“	101 (34,8%)	54 (26,9%)	
<b>Занимање, n (%)</b>			
Здравствени радник	121 (41,7%)	83 (41,3%)	
Стручни радник	98 (33,8%)	56 (27,9%)	
Стручни сарадник	26 (9%)	15 (7,5%)	0,134
Сарадник	45 (15,5%)	47 (23,4%)	
Радно искуство у струци, медијана (опсег)	15 (3-41)	16 (3-39)	0,702
Дужине рада на тренутном радном месту, медијана (опсег)	12 (3-41)	13 (2-39)	0,728
Прековремени рад, n (%)	89 (30,7%)	65 (32,3%)	0,699
Сменски рад, n (%)	213 (73,4%)	140 (69,7%)	0,357
Руководећа позиција, n (%)	37 (12,8%)	24 (11,9%)	0,787
Довољно средстава за рад, n (%)	196 (67,6%)	103 (51,2%)	<b>&lt;0,001</b>
Велике и срећене просторије, n (%)	216 (74,5%)	109 (54,2%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Пут кућа посао, n (%)</b>			
до 30 мин	95 (32,8%)	54 (26,9%)	
30-60 мин	101 (34,8%)	84 (41,8%)	0,513
>60 мин	94 (32,4%)	63 (31,3%)	
<b>Превозно средство, n (%)</b>			

јавни	217 (74,8%)	151 (75,1%)	
ауто	54 (18,6%)	41 (20,4%)	0,580
бцикл или пешке	19 (6,6%)	9 (4,5%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према униваријантној логистичкој анализи, између испитаника са нормалним стресом и испитаника са повишеним стресом, у односу на карактеристике испитаника, статистички значајне разлике постоје у односу на: број цигарета на дан, коришћење боловања, броја дана на боловању, самопроцени степена свог здравља (Табела 43).

Табела 43. Утицај навика испитаника на присуство стреса

Варијабле	Нормалан	Повишен	<i>p</i> -вредност*
	стрес (n=290)	стрес (n=201)	
Навика пушења, n (%)	124 (42,8%)	100 (49,8%)	0,126
Број цигарета, n (%)			
0	166 (57,2%)	101 (50,2%)	
до 10	41 (14,1%)	28 (13,9%)	
10-20	70 (24,1%)	48 (23,9%)	0,040
више од 20	13 (4,5%)	24 (11,9%)	
Конзумирање алкохола, n (%)	158 (54,5%)	120 (59,7%)	0,251
Алкохол више од 5 пића, n (%)			
Нисам	254 (87,6%)	175 (87,1%)	
Једанпут	32 (11%)	23 (11,4%)	0,863
бар једном месечно	4 (1,4%)	3 (1,5%)	
Боловање, n (%)	77 (26,6%)	94 (46,8%)	<0,001
Број дана боловања, медијана (опсег)	0 (0-120)	0 (0-300)	<0,001
Самопроцена здравља, n (%)			
веома лоше	2 (0,7%)	8 (4%)	
Лоше	17 (5,9%)	36 (17,9%)	
Просечно	118 (40,7%)	104 (51,7%)	<0,001
Добро	128 (44,1%)	44 (21,9%)	
веома добро	25 (8,6%)	9 (4,5%)	

\*униваријантна логистичка регресија

Према универијантној логистичкој анализи, између испитаника са нормалним стресом и испитаника са повишеним стресом, у односу на друге примене упитнике, статистички значајне разлике постоје у односу на: степен BRCs и вредност просечног скора на BRS (Табела 44).

Табела 44. Утицај резилијентности на присуство стреса

Варијабле	Нормалан	Повишен	<i>p</i> -вредност*
	стрес (n=290)	стрес (n=201)	
<b>BRCs, n (%)</b>			
низка отпорност	68 (23,4%)	77 (38,3%)	
средња отпорност	152 (52,4%)	90 (44,8%)	<b>0,001</b>
висока отпорност	70 (24,1%)	34 (16,9%)	
BRS просечан скор, $\bar{x} \pm s_d$	3,29±0,59	2,78±0,65	<b>&lt;0,001</b>

\*универијантна логистичка регресија

У модел мултиваријантне логистичке регресије укључени су они предиктори постојања повишеног стреса процењеног DASS21 S подскалом који су у моделима универијантне логистичке регресије били статистички значајни на нивоу значајности од 0,05. Модел садржи 7 предиктора наведених у Табели 45. који су упоређени на 491 испитаника, од којих је 201 имало исхватај од интереса. Цео модел (са свим предикторима) био је статистички значајан ( $p<0,001$ ). Не постоји значајна мултиколинеарност између предиктора. Модел описује 30% варирања зависне варијабле.

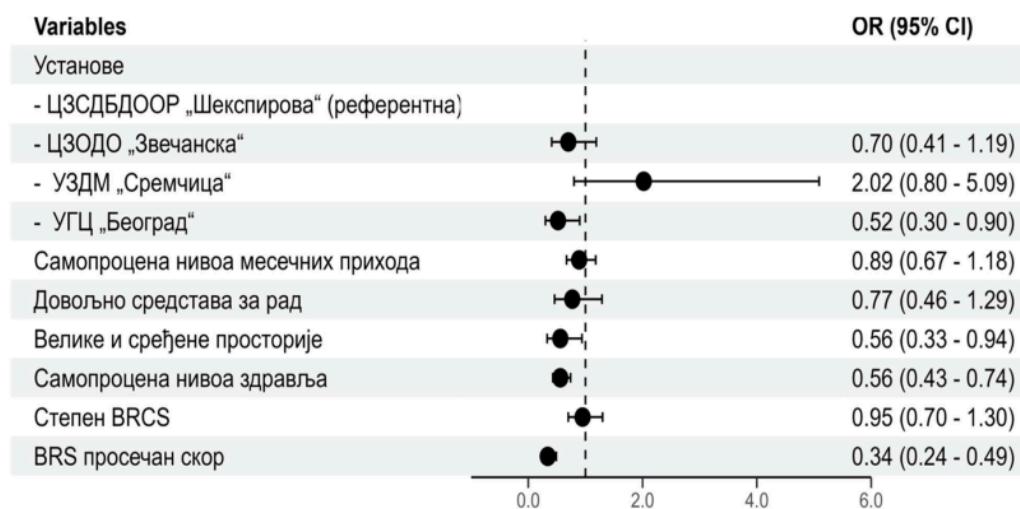
Табела 45. Мултиваријантна анализа фактора који утичу на присуство стреса

Независна варијабла	B	<i>p</i> *	OR	95% интервал поверења	
				доња граница	горња граница
Установе					
ЦЗСДБДООР „Шекспирова“				референтна категорија	
ЦЗОДО „Звечанска“	-0,356	0,187	0,70	0,41	1,19
УЗДМ „Сремчица“	0,703	0,136	2,02	0,80	5,09
УГЦ „Београд“	-0,654	0,019	0,52	0,30	0,90
Самопроцена нивоа месечних прихода	-0,116	0,420	0,89	0,67	1,18

Довољно средстава за рад	-0,258	0,323	0,77	0,46	1,29
Велике и срећене просторије	-0,584	0,030	0,56	0,33	0,94
Самопроцена нивоа здравља	-0,571	<0,001	0,56	0,43	0,74
Степен BRCS	-0,048	0,760	0,95	0,70	1,30
BRS просечан скор	-1,078	<0,001	0,34	0,24	0,49

\*мултиваријантна логистичка регресија

У моделу мултиваријантне логистичке регресије, статистички значајни предиктори постојања повишеног стреса су: установе ( $OR=0,52$ ;  $CI=0,30-0,90$ ), тип радних просторија ( $OR=0,56$ ;  $CI=0,33-0,94$ ), самопроцена нивоа здравља ( $OR=0,56$ ;  $CI=0,43-0,74$ ), BRS просечан скор ( $OR=0,34$ ;  $CI=0,24-0,49$ ), као што је представљено на Табели 45. и Графиону 34.



Графикон 34. Графички приказ мултиваријантне логистичке регресије са постојањем повишеног стреса процењеног DASS21 S подскалом као зависном варијаблом

## 5. ДИСКУСИЈА

Како је раније наведено, основни циљ овог истраживања је био да процени заступљеност синдрома сагревања и стреса код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника запослених у установама социјалне заштите. Ово истраживање је такође испитивало утицај одређених социодемографских карактеристика, као и карактеристика радног окружења, на појаву синдрома сагревања у испитиваној популацији.

Уопштено је познато да се медицински стручњаци, укључујући лекаре, медицинске сестре, саветнике и социјалне раднике, често сусрећу са трауматичним искуствима и патњем других, што представља плодно тло за развој посредне трауме, познате и као умор од саосећања. Пружање помоћи и подршке другим особама, током времена, може довести до исцрпљености и смањене способности за ефикасно обављање професионалних дужности. Ова исцрпљујућа природа посла може, као последица, еволуирати у синдром сагревања (127). *Maslach* је синдром сагревања описао као постепени процес губитка посвећености, развоја деперсонализације и умора стручњака у области социјалне заштите (128). Ригорознија дефиниција је настала касније, када је концепт синдрома сагревања преформулисан и дефинисан као психолошки синдром који се одликује емоционалном исцрпљеношћу, деперсонализацијом, као и смањеним осећајем професионалне ефикасности (129).

Један од стандардизованих инструмената који је коришћен у овом истраживању, био је Копенхагенов упитник о сагревању на послу, који се користи као алат за мерење нивоа сагревања запослених у секторима људских услуга. Поузданост и валидност овог упитника је процењивана у петогодишњој проспективној интервенцијској студији, која је обухватила укупно 1914 испитаника из седам различитих сектора рада и стручањака за хумане услуге (130). У нашем истраживању је показан адекватан ниво интерне конзистентности скала и подскала Копенхагеновог упитника о сагревању на раду (0,898-0,955). Резултати наше студије били су конзистентни са резултатима истраживања аутора *Montgomery AP.* и сарадника, који су испитивали психометријска својства Копенхагеновог упитника о сагревању на раду код медицинских сестара, где је ниво интерне конзистенције за све три димензије (скала личног сагревања, сагревање повезано са послом и сагревање повезано са клијентом) наведеног упитника износио од 0,89-0,92 (131).

У нашој студији, од укупног броја испитаника, синдром сагревања на радном месту развило је више од половине испитаника, односно 59,1%, док код мањег процента испитаника (40,9%) није дошло до развоја синдрома сагревања. Слично нашим резултатима, истраживање учсталости појаве синдрома сагревања код медицинских сестара на Војномедицинској академији у Београду, које је користило исти инструмент мерења, показано је да је заступљеност синдрома сагревања била 46,2% (132). У студији аутора *Siebert*, која се фокусирала искључиво на социјалне раднике, наведено је да је учсталост синдрома сагревања у овој популацији 39% (133). Анализирајући појединачне домене у нашем истраживању, утврђено је да је лично сагревање на радном месту присутно код 47,7% испитаника, сагревање повезано са послом код 54,4%, док се сагревање повезано са клијентом развило код чак 65,0% испитаника.

До данас су, идентификовани су фактори који доприносе развоју синдрома сагревања код радника у установама за добробит и заштиту деце. Ови фактори укључују прекомерна оптерећења и захтеве у раду, уз недостатак контроле над истим, као и претње насиљем. Такође, рад са трауматизованим људима, и онима који су доживели стресне животне догађај представља значајан ризик (134). Генерализација закључака из студија које су испитивале предикторе настанка синдрома сагревања у

установама за добробит и заштиту деце је ограничена разликама у условима рада и методама организације служби у различитим земљама (135). Уопштео говорећи, појава синдрома сагоревања може се објаснити факторима ситуације, као и индивидуалним факторима. Фактори ситуације обухватају организационе карактеристике, релацију између посла и емоција, рад који подразумева суочавање са смртним случајевима, професионалне карактеристике повезане са послом и клијентом, као и специфичне карактеристике радног места. Са друге стране, демографске карактеристике, особине личности и однос према радном месту, припадају групи индивидуалних фактора који могу условити појаву синдрома сагоревања (136).

У нашем истраживању, утврђено је да су жене у значајној мери развиле синдром сагоревања у поређењу са мушкарцима. Један од домена синдрома сагоревања је емоционална исцрпљеност, при чему је пол важна варијабла у контексту емоционалне исцрпљености. Резултати указују на то да жене доживљавају виши ниво сагоревања, што се може објаснити друштвеном улогом жена, као и њиховом сталном тежњом да успоставе адекватан баланс између професионалних обавеза и приватног живота (137). Конфликт на релацији посао – породица представља један од значајних фактора ризика у развоју сагоревања код жена (138). Конфликт улога, који произилази из потребе за одржавањем домаћинства и испуњавањем професионалних обавеза, чини жене подложнијим развоју стреса, што може довести до настанка синдрома сагоревања. Уопштео говорећи, подаци из литературе о развоју синдрома сагоревања у зависности од пола су контрадикторни. Неке студије су документовале виши ниво синдрома сагоревања код жена, што је последица умора и интензивнијег саосећања код припадника овог пола (139).

Како саосећање према проблематици клијената исцрпљује емоционалне ресурсе, оно неминовно може бити удружене са развојем синдрома сагоревања (129). Иако су жене у већој учесталости развиле синдром сагоревања повезан са клијентом у нашем истраживању, потенцијално због превеликог саосећања које их може емотивно исцрпети, овај резултат ипак није био статистички значајан. Друге студије, су пак показале више стопе синдрома сагоревања код припадника мушких пола, што није било конзистентно са резултатима нашег истраживања (140).

Када су анализиране године старости испитаника, наши резултати су указали на то да су испитаници који су имали синдром сагоревања на радном месту били у просеку старији од испитаника који нису развили овај синдром.

Како саосећање према проблематици клијената исцрпљује емоционалне ресурсе, оно може довести до развоја синдрома сагоревања. У нашем истраживању утврђено је да су жене у већој мери развиле синдром сагоревања повезан са клијентима, што може бити последица прекомерног саосећања које их емоционално исцрпљује. Међутим, овај резултат није достигао статистичку значајност. С друге стране, друга истраживања су показала веће стопе синдрома сагоревања код мушкараца, што није било у складу са резултатима нашег истраживања.

Када се посматрају различити домени старости, значајно старији су били испитаници који су развили лично сагоревање на радном месту и сагоревање повезано са клијентима, док то није био случај за домен сагоревања повезаног са послом.

Посматрајући резултате у различитим домена, утврђено је да су испитаници који су развили лични синдром сагоревања на радном месту и сагоревање повезано са клијентима били значајно старији, што није било случај у домену сагоревања повезаног искључиво са послом. Овај резултат може се објаснити фазама синдрома професионалног сагоревања описаним у литератури, где се указује на то да са годинама старости долази до развоја крајњих фаза и манифестије вишег нивоа сагоревања (129).

Међутим, у мултиваријантним моделима, под утицајем других фактора укључених у анализу, значајан утицај старости на синдром сагоревања, као и на домене, није утврђен. Насупрот нашим налазима, у студији аутора *Augsberger A.* и сарадника указано је да се синдром сагоревања чешће јавља код млађих особа, што може бити последица прекомерног ентузијазма и очекивања која услови на радном месту често не испуњавају (141). Старост се у литератури често наводи као један од индивидуалних фактора који доприносе појави синдрома сагоревања, са тенденцијом да се овај синдром јавља чешће код млађих запослених (137).

Резултати наше студије указују на значајну повезаност између личног синдрома сагоревања на радном месту и брачног статуса, при чему је највећи проценат испитаника који су развили овај синдром био у брачној заједници. Овај резултат може се објаснити чињеницом да особама у брачној заједници недостаје контрола над додатним одговорностима на послу, што је у складу са налазима студије аутора *Iglesias MEL* и сарадника (142). Поред личног сагоревања на радном месту, брачни статус није успоставио значајну повезаност ни са једним другим аспектом синдрома сагоревања. Мета-анализа која је испитивала учесталост, нивое и факторе ризика за развој синдрома сагоревања код медицинских сестара идентификовала је број деце као један од фактора ризика. Ово се може објаснити постојањем оптерећења на личном и професионалном плану у овој популацији испитаника (143).

У извршеном истраживању, испитаници који имају децу показали су већу подложност развоју синдрома сагоревања на радном месту. Овај ефекат је био уочен искључиво у контексту сагоревања на послу, док није примећен у анализи појединачних домена. Ипак, број деце није идентификован као значајан предиктор синдрома сагоревања у оквиру нашег истраживања. Ови резултати су у складу са налазима студије спроведене у Словенији, која није показала значајну повезаност између појаве синдрома сагоревања и броја деце код социјалних радника (144).

Такође смо показали је да је број цигарета конзумираних током дана статистички значајно повезан са развојем синдрома сагоревања на радном месту. Наиме, највећи проценат испитаника који су развили синдром сагоревања изјавио је да уопште не конзумира цигарете. С друге стране, конзумирање алкохола није показало статистички значајну асоцијацију са развојем синдрома сагоревања на радном месту. Студија аутора *Lwiza AF* и сарадника, међутим, указује на то да употреба дувана повећава ризик од настанка синдрома сагоревања, што у нашој студији није потврђено, с обзиром на то да се највећи проценат испитаника који су развили синдром сагоревања изјаснило да не конзумира цигарете (145). Наши резултати могу бити објашњени чињеницом да конзумирање цигарета представља механизам управљања стресом, као и извор задовољства и бег од стресних радних активности, чиме се постиже релаксантно и анксиолитичко дејство (146).

Испитаници који су у оквиру нашег истраживања имали прековремени рад показали су 2,6 пута већи ризик за настанак синдрома сагоревања на радном месту у поређењу са особама које нису имале прековремени рад, уз контролу свих осталих фактора у моделу мултиваријантне анализе. Спроведена студија аутора *Lin RT.* и сарадника указала је на повезаност краткорочних и дугорочних радних сати са синдромом сагоревања међу здравственим радницима. Здравствени радници који су радили око 60 сати или више недељно имали су двоструко већи ризик од развоја синдрома сагоревања на радном месту, при чему је 40 радних сати недељно узето као референтни ниво. Поред тога, аутори наведене студије истакли су линеарно повећање односа шанса за развој синдрома сагоревања са повећањем броја радних сати на 74 у

току једне радне недеље (однос шанси се повећао три пута) и 84 сата недељно (однос шанси за настанак синдрома сагоревања се повећао четири пута (147).

Резултати нашег истраживања, као и касније наведени подаци, указују на то да већи број сати проведених на раду не само да повећава ризик од настанка синдрома сагоревања, већ такође негативно утиче на здравље здравствених радника, њихову медицинску ефикасност, као и на могућност појаве медицинских грешака (148,149).

Поред броја радних сати проведених на послу, синдром сагоревања је уско повезан са професионалним статусом и титулом. Уопштено говорећи, захтеви различитих радних позиција, у погледу радних циљева и обавеза које изискују, представљају главни узрок појаве синдрома сагоревања на различитим позицијама унутар организације. Када је реч о академској титули, истраживање спроведено у Турској указало је на то да се ниво сагоревања смањује са повећањем академске титуле (150). Анализом повезаности између рада на руковођећим позицијама и појаве личног сагоревања на радном месту, наша студија је, применом модела бинарне логистичке регресије, показала да испитаници који обављају руковођеће функције имају 71% мањи ризик од појаве личног сагоревања, уз контролу свих осталих фактора у моделу. Повећан ниво личног сагоревања на радном месту код запослених који нису на руковођећим позицијама, а који имају просечне професионалне титуле, може се објаснити појачаним притиском за унапређењем. Поред тога, овом феномену често се придржују и други фактори, укључујући и жељу запослених за променом тренутног радног статуса и постизањем успеха на тренутном нивоу каријере (151).

Укупни ниво синдрома сагоревања, као и појединачни домени, укључујући синдром сагоревања повезан са послом и личним сагоревањем на радном месту, показали су значајну повезаност са школском спремом. Међу свим испитаницима, највећи проценат чинили су они са средњом стручном спремом, како у погледу домена, тако и у укупном скору. Резултати наше студије су у складу са налазима истраживања које је испитивало синдром сагоревања на радном месту и повезане факторе код запослених у здравственом сектору, где је утврђено да су испитаници са низим степеном образовања 1,57 пута подложнији развоју емоционалне исцрпљености у поређењу са испитаницима који имају виши ниво образовања (152). Карактеристика модела контроле потражње може бити од значаја у објашњењу повезаности између настанка синдрома сагоревања и низег образовног статуса. У овом контексту, указује се на то да особе са низим степеном образовања, услед недостатка контроле над радним задацима и ограничених ширине одлучивања коју пословни задатак захтева, развијају веће нивое стреса у ситуацијама када посао то захтева (153).

Дужина запослења на актуелном радном месту показала је статистички значајну корелацију са личним сагоревањем на послу, као и са сагоревањем на послу повезаним са клијентима. Поред тога, године рада у струци су такође биле значајно повезане са укупним резултатом синдрома сагоревања. Наиме, особе које су развиле наведени синдром имале су више година искуства у струци, као и дужи период запослења на актуелном радном месту у поређењу са особама које нису развиле синдром. У прилог нашим налазима говоре и резултати студије аутора, у којој су испитаници који су на послу провели између 16 и 35 година показали значајно веће нивое сагоревања. Ово би могло бити објашњено губитком смисла и испуњености у раду, што представља неизоставни аспект дужег периода проведеног на радном месту (154).

Када се разматра ниво синдрома сагоревања код радника у установама за заштиту и добробит деце, утврђено је да су виши нивои синдрома сагоревања присутни код запослених са више од једне године радног искуства. Ово је документовано у студији аутора *Salloum A.* и сарадника, а резултати су у складу са налазима нашег истраживања

(155). С друге стране, раније спроведене студије о развоју синдрома сагоревања код радника у овим установама указале су на другачије резултате, односно, нижи нивои синдрома сагоревања и развој секундарних траума били су детектовани код запослених са више година радног искуства (156). Закључак наведене студије *Natama, L.* и сарадника могао би бити последица развоја стратегија отпорности и суочавања са стресним условима у радном окружењу.

Уопштено говорећи, саосећање и емпатија, као кључне особине запослених у установама за добробит и заштиту деце, могу довести до прекомерне укључености у проблеме клијената. Ово може отежати успостављање професионалних граница и потенцијално угрожавати ментално здравље запослених. Висок ниво саосећања често је повезан са низим нивоом задовољства послом током година радног искуства, што може резултирати повећаним ризиком од развоја синдрома сагоревања (156). Овај аспект можемо објаснити резултатима нашег истраживања, које указује на то да развој синдрома сагоревања код особа које дуго раде на истом радном месту и имају више година радног искуства може бити последица прекомерног саосећања са проблемима клијената, што је у корелацији са низим задовољством послом.

Посматрајући утицај карактеристика радног окружења на синдром сагоревања на послу, испитаници који нису искусили синдром сагоревања чешће су наводили да имају адекватна средства за рад (73,6%) као и простране и уредне просторије (80,1%) у свом радном окружењу. Овај тренд је био присутан и приликом анализе појединачних домена (личног сагоревања на послу, сагоревања повезаног са послом, сагоревања повезаног са клијентом). Међутим, ефекат карактеристика радног окружења није био присутан када су контролисани остали фактори, приликом посматрања генералног синдрома сагоревања, док је у неким доменима значајан ефекат ових карактеристика остао. На пример, испитаници који имају довољна средства за рад имају 49% мањи ризик од појаве личног сагоревања на послу. Ово је био случај и приликом анализе појединачних домена, укључујући лично сагоревање на послу, сагоревање повезано са послом, као и сагоревање повезано са клијентима. Међутим, ефекат карактеристика радног окружења није био присутан када су остали фактори контролисани током посматрања генералног синдрома сагоревања, док је у неким доменима значајан ефекат ових карактеристика остао присутан. На пример, испитаници који имају адекватна средства за рад имају 49% мањи ризик од појаве личног сагоревања на послу. Такође, испитаници који раде у пространим и организованим радним окружењима имају 53% мањи ризик од појаве сагоревања повезаног са послом и 56% мањи ризик од појаве сагоревања повезаног са клијентима. У литератури су такође идентификовани различити фактори радног окружења, као што су радно оптерећење, услови на радном месту и ниво подршке, који су повезани са сагоревањем, али и са секундарном траумом код здравствених радника (155).

Укупно 7,9% испитаника који су исказали симптоме синдрома сагоревања оценило је своје месечне приходе као веома лоше, док је 20,7% њих оценило своје приходе као лоше. У поређењу, код испитаника који не пате од синдрома сагоревања, ови проценти су били значајно нижи, с тим да је само 2% њих оценило своје месечне приходе као веома лоше, а 14,4% као лоше. У студији која је истраживала улогу радног места у развоју синдрома сагоревања, приход је идентификован као значајан предиктор за појаву овог синдрома код социјалних радника. У овој студији наведено је да новчана надокнада одражава вредност коју друштво придаје одређеним типовима посла, те се стога ниска новчана надокнада може сматрати као форма обезвређивања вештина и напора радника (157).

Стресно окружење може довести до значајног броја негативних последица за појединце, укључујући умор, смањење продуктивности, синдром сагоревања, као и различите здравствене проблеме. Када се посматра комплексност послова које обављају социјални радници, бројне студије су показале да захтеви на радном месту могу довести до тога да социјални радници доживљавају већи ниво стреса, смањеним задовољством послом, ограниченим подршком и повећаним потешкоћама у суочавању са стресом. Поред општих извора стреса, социјални радници су изложени и специфичним изворима стреса који произлазе из њиховог радног окружења. Међу наведеним изворима стреса истичу се оптерећење, односно превелики број корисника, нејасноћа у вези са професионалном улогом, недостатак времена за квалитетно обављање својих дужности и други фактори (158).

У нашем истраживању, за процену нивоа депресије, анксиозности и стреса, коришћене су подскале DASS-21 упитника. Кронбахов алфа коефицијент на DASS-21 подскалама указује на адекватан ниво интерне конзистентности, са вредностима од 0,868 за подскалу депресије, 0,865 за подскалу анксиозности и 0,870 за подскалу стреса. Сличне вредности коефицијента интерне конзистентности су утврђене у студији која је испитивала психометријске карактеристике DASS-21 подскала код запослених у здравственој струци у Оману, где су ове вредности износиле 0,887 за подскалу стреса, 0,818 за подскалу анксиозности и 0,843 за подскалу депресије (159).

Иако је највећи проценат испитаника (више од половине) припадао групи са нормалним степеном депресивности, анксиозности и стреса, у нашем истраживању повишена депресивност, повишена анксиозност и повишен стрес су ипак идентификовани као предиктори синдрома сагоревања на радном месту. Особе које показују повишену депресивност, анксиозност и стрес су изложене већем ризику од развоја синдрома сагоревања на послу, и то у односима 2, 2,4 и 2,1 пута, респективно, уз контролу свих осталих фактора у оквиру модела мултиваријантне анализе. Уопштено говорећи, проблеми менталног здравља код здравствених радника показују висок степен коегзистенције, што се може објаснити њиховој честој изложености болестима пацијената и раду у стресном окружењу. Стoga, неминовно је да ће бити подложнији испољавању симптома стреса, анксиозности и депресије. Аутор *Ashraf F.* и сарадници спровели су студију с циљем истраживања повезаности менталних здравствених проблема, као што су депресија, анксиозност и стрес, са различitim типовима сагоревања: личним сагоревањем, сагоревањем повезаним са клијентом и сагоревањем повезаним са послом. Резултати наведене студије указују на то да су депресивност и стрес статистички значајно повезани са нивоом сагоревања на послу, што је у складу с резултатима наше студије. С друге стране, ниво анксиозности у поменутој студији показао је статистички значајну повезаност искључиво са личним сагоревањем, али не и са сагоревањем на послу, што је у нашем истраживању ово био случај (160).

Слично предикторима настанка синдрома сагоревања на послу, у нашем истраживању, анксиозност, депресија и стрес били су значајни предиктори и личног сагоревања на послу, што је било усаглашено са резултатима студије аутора *Ashraf F.* и сарадника, где је указано на статистички значајну повезаност између стреса, анксиозности и депресије и личног сагоревања на послу. Чак 5% испитаника који су развили озбиљну депресивну епизоду, развили су и озбиљан ниво личног сагоревања на послу (34). Обзиром да је у наведеној студији анксиозност била повезана искључиво са личним сагоревањем, а не и са сагоревањем на радном месту или сагоревањем у вези са клијентима, ова појава може се објаснити теоријом емпатије. Познато је да су лекари, уопштено говорећи, емпатично настројени према својим пациентима. Међутим, емпатија, као значајна лична особина, може довести до прекомерне забринутости и

емоционалне исцрпљености. Као последица тога, код медицинских радника може доћи до развоја страхова и симптоматологије која је карактеристична за анксиозност, а која преовлађује над другим облицима синдрома сагоревања, као што су синдроми сагоревања повезани са радом и клијентима (161).

У скорије овреме, истраживање је усмерено на однос између резилијентности и синдрома сагоревања. Резилијентност се дефинише као способност превазилажења тешких и претећих ситуација без развијања психичких проблема. У нашем истраживању, овај концепт је процењен коришћењем кратке скале резилијентности и кратке скале отпорног оснаживања. Опоравак, одрживост и раст представљају три компоненте резилијентности (162). Појединци са високим нивоом резилијентности показују краткорочне реакције на неповољне догађаје, а одликује их одржив ниво функционисања. С друге стране, појединци са низким нивоом резилијентности могу се опоравити од штетних догађаја, али је кључни предиктор њиховог опоравка ниво функционисања током самог процеса опоравка (163).

Рана идентификација смањене резилијентности може допринети ефикасној превенцији негативних мисли и осећања, која могу довести до развоја депресије и суицидалних намера. Поред тога, мерење резилијентности у радном окружењу може бити од значаја за идентификацију здравствених радника који су у ризику од напуштања посла због здравствених проблема који произилазе из смањене резилијентности (162).

Алат који се користи за мерење резилијентности, на валидан, практичан и кратак начин, је BRS скала. Ова скала је примењена и у нашој студији, где је показала адекватан ниво вредности Кронбаховог алфа коефицијента интерне конзистентности од 0,717. Добијена вредност алфа коефицијента интерне конзистентности била је усаглашена са коефицијентом добијеним у студији која је испитивала карактеристике мерења и импликације BRS скале код здравствених радника, а који је био незнатно виши и износио је 0,78 (164). Значајно веће вредности скора на BRS скали, забележене су код испитаника који нису развили синдром сагоревања, посматрајући са аспекта тоталног скора, али и са аспекта појединачних домена. Неке од спроведених студија, дизајнираних као студије пресека, указале су на негативну повезаност између резилијентности и синдрома сагоревања код медицинских сестара (165).

До сличног закључка дошли су и аутори *Nishimoto D.* и сарадници, који су такође уочили негативну асоцијацију између синдрома сагоревања и урођене резилијентности (166). Споменута негативна асоцијација је идентификована и у нашем истраживању, при чему су наши резултати у конзистентни са резултатима раније наведених студија, посматрано из аспекта резилијентности испитиване популације. Наша студија је показала да испитаници са сваким порастом просечног BRS скора за јединицу мере имају за 72% мањи ризик од настанка синдрома сагоревања на радном месту, уз контролу свих осталих фактора у моделу.

На основу резултата овог истраживања, могу се идентификовати значајни предиктори синдрома сагоревања код запослених у установама социјалне заштите. Иако у мултиваријантним моделима женски пол и старосна доб нису утврђени као значајни предиктори, значајност која је показана у униваријантним моделима указује на потребу за развојем стратегија за превенцију настанка синдрома сагоревања код жена и старијих запослених у разматраним установама. Такође, важно је нагласити ефекат прековременог рада у испитиваној популацији, јер његови исходи могу бити вишеструки, како у контексту синдрома сагоревања, тако и у погледу неефикасног медицинског учинка и потенцијалних медицинских грешака.

Отежане околности особа које су у брачној заједници, као што су губитак контроле над додатним одговорностима на послу, утицале су на идентификацију

брачног статуса као једног од предиктора личног сагоревања на радном месту. У нашој студији је такође утврђено да рад на руководећим позицијама смањује ризик од настанка синдрома сагоревања. Губитак смисла и испуњености у раду, који се може јавити током година проведених на одређеном радном месту, потенцијално је утицао на идентификацију дужине рада на актуелном радном месту као предиктора личног синдрома сагоревања и сагоревања повезаног са клијентима. Поред тога, године рада проведене у струци показале су значајну повезаност са укупним резултатом синдрома сагоревања.

У нашем истраживању, идентификовани су предиктори сагоревања на радном месту, који укључују повишену депресивност, повишену анксиозност и повишен стрес. Ови резултати су били очекивани, с обзиром на то да проблеми менталног здравља код здравствених радника показују висок степен коегзистенције. Особе са већим нивоима резилијентности имају смањену вероватноћу за развој синдрома сагоревања на радном месту. Такође, важно је нагласити значај ране идентификације смањење резилијентности, јер она може допринети ефикасној превенцији негативних мисли и осећања код запослених.

Истраживањем различитих фактора радног окружења у нашој студији, утврдили смо да испитаници који располажу адекватним средствима за рад имају мањи ризик од појаве личног сагоревања на радном месту. На основу свих идентификованих фактора, установе социјалне заштите треба да се фокусирају на евалуацију социо-демографских и психосоцијалних фактора који доприносе како стресу на послу, тако и каснијем развоју синдрома сагоревања.

Такође, највећи фокус ових установа треба да буде усмерен на модификацију фактора радног окружења који се истичу као фактори ризика за појаву синдрома сагоревања. То се може постићи постављањем умерених радних захтева за запослене, омогућавањем запосленима да самостално доносе одлуке и контролишу радне задатке, као и јачањем међусобних односа међу запосленима.

## 6. ЗАКЉУЧАК

### Општи закључак

Истраживање потврђује да су здравствени радници, стручни радници, стручни сарадници и сарадници у установама социјалне заштите изложени значајном ризику за развој синдрома сагоревања на послу. Резултати указују на високу учесталост сагоревања и на разноврсне факторе који утичу на настанак, и интензитет овог синдрома, што потврђује општу хипотезу истраживања.

### Посебни закључци

1. Показана је висока учесталост синдрома сагоревања здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите, односно синдром сагоревања је био присутан код 59,1% испитаника. Када се посматрају појединачни домени, учесталост личног сагоревања на послу износи 52,3%, сагоревања повезаног са послом 54,4%, док је учесталост сагоревања повезаног са клијентом достигла 65,0%.
2. Постоји је значајна повезаност између синдрома сагоревања и индивидуално психолошких фактора као што су депресија, анксиозност, стрес и резилијентност код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите. Показано је да повишене депресивност, анксиозност и стрес повећавају шансу да испитаници буду сврстани у групу са присутним синдромом сагоревања. Са друге стране већа резилијентност значајно смањује вероватноћу од синдрома сагоревања на послу. Овакав утицај показан је и код два појединачна домена: лично сагоревање и сагоревање повезано са послом. Код домена сагоревање повезано са клијентом повишен стрес је повећавао шансу за присуство сагоревања повезаног са клијентом а повишене резилијентности смањивала ту шансу, док анксиозност и депресивност нису били значајно повезани са овим доменом.
3. Постоји повезаност између специфичних карактеристике људства и синдрома професионалног сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите. Прековремени рад, као једна од карактеристика радног окружења, значајно повећава шансу за настанак синдрома сагоревања. Што се тиче личног сагоревања, руководеће позиције и доволно представа за рад смањују шансу за настанак личног сагоревања. Код сагоревања повезаног са послом и сагоревања повезаног са клијентом постојала је повезаност са прековременим радом и великим и срећеним просторијама као карактеристикама радног окружења, при чему је прековремени рад повећавао шансу а велике и срећене просторије су смањивале шансу за настанак сагоревања повезаног са послом и сагоревања повезаног са клијентом.
4. Већина социodemографских карактеристика није представљала предикторе за повишен стрес и сагоревање на послу код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника. Самопроцена здравља, показује значајну повезаност са синдромом сагоревања, при чему већа самопроцена нивоа здравља смањује вероватноћу синдрома сагоревања. Посматрано појединачно по доменима ова карактеристика је била повезана на исти начин и са доменом личног сагоревања и сагоревања повезаног са послом. Виша оцена самопроцене здравља такође смањује вероватноћу настанка повишеног стреса.

5. Статистички значајне разлике у нивоу стреса уочене су између испитаника у различitim установама, при чему запослени у установи УГЦ „Београд“ имају мању вероватноћу за висок ниво стреса у односу на запослене у ЦЗСДБДООР „Шекспирова“. Не постоји статистичка значајна разлика у степену изложености стресу код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите.
6. Статистички значајне разлике у присуству сагоревања повезаног са клијентом уочене су између испитаника у различitim установама, запослени у установи ЦЗОДО „Звечанска“ имају мању вероватноћу цагоревања повезног са клијентом у односу на запослене у ЦЗСДБДООР „Шекспирова“. Није показана статистичка значајна разлика у ризику од синдрома сагоревања здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите.

## 7. ЛИТЕРАТУРА

1. Calhoun M, Lightfoot E, Okamoto K, Goodenough K, Zheng M. Contemporary perceptions of social work: Macro practice in the profession. *J Community Pract.* 2020;28:374-39.
2. Brown ME. Hazards of our helping profession: A practical self-care model for community practice. *Soc Work* 2020;65:38-44.
3. Lait J, Wallace JE. Stress at work: A study of organizational-professional conflict and unmet expectations. *Relations Industrielles* 2002;57(3):463-87.
4. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 1996;81(2):123-33
5. Maslach C, Goldberg J, Prevention of burnout: new perspectives. *Appl. Prev. Psychol.*, 1998.7: p. 63-74
6. Gluschkoff K, E.M., Kinnunen U, Mullola S, Hintsanen M, Keltikangas-Järvinen L, Hintsa T, Work stress, poor recovery and burnout in teachers. *Occup Med.*, 2016. 66(7): p. 564-570
7. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior* 2006;9: 297-308.
8. Simmons BL, Nelson DL. Eustress at work: the relationship between hope and health in hospital nurses. *Health care manage Rev.* 2001;26(4):7-18.
9. Lalević, N., Petrović , N., Milinković , S. Lavorint stresa. Beograd:Zavod za udžbenike, 2019:5-20,
10. Edu-Valsanija S , LaguiaA, Moriano JA. Burnout:A Review of Theory of Theory and Measurement *Int J Environ Res Public Health*.2022.;19(3) :1780
11. Organization, W.H., The ICD - 10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2015, Geneva:World Health Organization
12. Hampson, E. & Jacob, A. (2020) Mental health and employers - Refreshing the case for investment-Deloitte.Dostupno na:<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/consultancy/deloitte-uk-mental-health-and-employers.pdf> stranici pristupljeno 14.11.2020
13. Stanojević, D., Milošević, B. Profesionalni stres. Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, Filozovski fakultet, Katedra za psihologiju, Zbornik radova Filozovskog fakulteta HLI/ 2011: 622- 637.
14. Zotović, M. Stres i posledice stresa: prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Psihologija* 2002;35(1-2):3-23.
15. Ramazzini B. De morbis artificum diatriba (Diseases of workers) (1713). [translated into English by WC Wright]. Chicago: The University of Chicago Press; 1940.
16. Galjak, M. Profesionalni stres zdravstvenih radnika sa različitim karakteristikama strsnog opterećenja. Doktorska disertacija.Kosovska Mitrovica: MRFP, 2018.
17. Pregrad, J. (1996). Stres, trauma, oporavak. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
18. Behavior and body temperature in rats following chronic foot shock or psychological stress exposure. *Physiol Behav* 71(3-4):263-268. Endo i Shiraki, 2000).

19. Peruničić B. Fiziologija stresa.U:Vidaković A.:Medicina rada II.Beograd: Udruženje za medicinu rada, 1997; 47-51.
20. Azuma K, Adachi Y, Hayashi H, Kubo KY. Chronic Psychological Stress as a Risk Factor of Osteoporosis. J UOEH. 2015;37(4): 245-53.
21. Cooper, C. L., Dewe, P. J. & O'Driscoll, M. P. (2001). Organizational stress: A review and critique of theory. Research and applications. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
22. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa AL, Padilha KG. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49: 58-64.
23. Hem C, Nielsen MB, Hansen MB, Heir T. Effort-Reward Imbalance and Post-Traumatic Stress After a Workplace Terror Attack. Disaster Med Public Health Prep. 2016;8:1-6.
24. Friedman M, Rosenman R. Type A behavior and your heart. New York: Knopf, 1974.
25. Lazarus R, Folkman S. Stres, procjena i suočavanje. Zagreb: Naklada Slap, 2004
26. Cooper, C. L. & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. Journal of Occupational Psychology, 49, 11-28.
27. Caplan G. Support Systems and Community Mental Health. Behavioral Publications, New York, 1974.
28. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York, 1984.
29. Endo Y, Shiraki K. (2000). Behavior and body temperature in rats following chronic foot shock or psychological stress exposure. Physiol Behav 71(3-4):263-268.
30. Cotton P, Fisher B. Current issues and directions for the management of workplace psychological health issues. In P. Cotton (Ed.). Psychological Health in the Workplace. Melbourne: The Australian Psychological Society. 1995. pp.
31. Statistical International Classification of Diseases and Related Health Problems, World Health Organization, 1992, Geneva.
32. Lazarus RS. Emotion and adaptation. Oxford University Press, New York, 1991
33. Gardell B. Technology, alienation and mental health in the modern industrial environment. In L. Levi Ed.), Society, Stress and Disease, vol. 1, (pp. 148-80). Oxford University Press, London, 1971.
34. Marmot M, Siegrist J, Theorell T. Health and psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social Determinants of Health. Oxford University Press, Oxford, 1999.
35. Azizpour, Y., Shohani, M., Sayehmiri, K., Kikhavani, S. A Survey on the Associated Factors of Stress among Operating Room Personnel, 2013, доступно на: <https://www.researchgate.net>
36. Backović, D., Milovanović, S., Maksimović, M., Latas, M. Stres i mentalni zamor u radnom oprocesu kao problem industrijski razvijenih zemalja, Engrami, 22, Beograd, 2000, dostupno na: <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0351-2665/2000/0351-26650001039B.pdf>

37. Kohn P, Macdonald J. The Surveyof Recent Life Experiences: A decontaminated hasslescale for adults. *J Behav Med.* 1992;15(2):221-36
38. Zika S, Chamberlain K. Relationof Hasslesand Personality to Subjective Well-Being. *J PersSocPsychol.* 1987;53(1):155-62.
39. Everly GS, Girdin DS, Dusek DE. Controlling Stressand Tension, Needham Heights, MA: Allyin& Bacon; 1996
40. Ekić S, Primorac A, Vučić B. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. *JAHS.* 2016;2(1):39-46
41. Khamisa N. Effectof personal andworkstress on burnout, jobs atisfactionand general health ofhospitalnursesin South Africa. *Health SA Gesondheit.* 2017;1(22):252-8
42. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. [Online]. 2015. Available from: URL: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei12/> (in Japanese)
43. Kawakami N, Haratani T, Iwata N, et al.. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan-a randomized controlled trial-. *Ind Health* 1999; 37: 237-242.
44. Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Gärtner FR, et al.. Effect of an E-mental health approach to workers' health surveillance versus control group on work functioning of hospital employees-A cluster-RCT-. *PLoS One* 2013; 8: e72546.
45. Niedhammer I, Malard L, Chastang JF. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP study. *BMC Public Health* 2015; 15: 200.
46. Sugawara N, Yasui-Furukori N, Sasaki G, et al.. Gender differences in factors associated with suicidal ideation and depressive symptoms among middle-aged workers in Japan. *Ind Health* 2013; 51: 202-213. [
47. Yoshizawa K, Sugawara N, Yasui-Furukori N, et al.. Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan. *Arch Environ Occup Health* 2016; 71: 10-15.
48. Fujishiro K, Heaney CA. Justice at work, job stress, and employee health. *Health Educ Behav* 2009; 36: 487-504.
49. Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2012; 69: 694-700.
50. Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health-A meta-analytic integration-. *J Appl Psychol* 2012; 97: 235-272.
51. Inoue A, Kawakami N, Ishizaki M, et al.. Organizational justice, psychological distress, and work engagement in Japanese workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2010; 83: 29-38.
52. Shibaoka M, Takada M, Watanabe M, et al.. Development and validity of the Japanese version of the organizational justice scale. *Ind Health* 2010; 48: 66-73.
53. Družić Ljubotina, O. & Friščić, Lj. (2014). Profesionalni stres kod socijalnih radnika: izvor stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada*, 21 (1) str. 5-32.
54. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974; 30: 159-66.) (Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974; 30: 159-66.)

55. Shirom A. Burnout and health: expanding our knowledge. *Stress Health*. 2009;25(4):281–285.
56. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual*: 4th ed. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press; 2018).
57. Schaufeli, W. B., Greenglass, E. R. (2001) Introduction to Special Issue on Burnout and health. *Psychology and Health*. 2001, Vol. 16, pp. 501-510.
58. Farber, B. A. (1984). Stress and Burnout in Suburban Teachers. *Journal of Educational Research*, Vol 77, 325-331
59. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113
60. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. Measuring burnout. Cartwright S.(Eds.) Cooper CL. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford UK: Oxford University Press. 2009.
61. Borjanić Bolić, E. (2016). Vikarijska traumatizacija i profesionalci u sistemu socijalne zaštite dece i mlađih. *Socijalna misao*, broj 1/2016. god, 51, strr 77-98.
62. Maslach, C.(1986). Stress, burnout and workaholism. In: Kilburg, R. R., Nathan, P. E., Thoerson R.W.(eds.):Profesionalis in Distress. Washington: American psychological association, inc
63. Leiter, M. P. & C. Maslach, C. (2011). Sprečite sagorevanje na poslu. Zagreb: Mate d.o.o.
64. Potter, B. (2005). Overcoming job burnout: How to renew enthusiasm for work. California: RONIN PUBLISHING, INC.
65. McCarter, A. K. (2007). The impact of hopelessness and hope on the social work profession. *Journal of human behaviour in the social environment*, 15, 4, 107-123.
66. WHO. ICD -11 fatality and morbidity statistics (version 04/2019) QD85 Burnout. Available from: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> (accessed Sept 17, 2019).
67. Međunarodna klasifikacija bolesti MKB -10 WHO 1992. Beograd: Savremena administracija; 1997
68. Katz J, Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. *J Higher Educ*. 1982;53(5):604.
69. Cezmi Savaş, A., Bozgeyik, Y., Eser, I. (2014). A Study on the Relationship between Teacher Self Efficacy and Burnout. *Europen Journal of Educational Research*, Vol. 3, No. 4, 159-166
70. Harrison J, Are you destined to burn out? *Fund Raising Management*, 1999. 30(3): p. 25-27
71. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2008;14(3):204–20.
72. Cvetković SS. Burnout, Psychosomatic Reactions, Achievement Motivation and Personality Dimensions Among Employees in Managerial and Non-Managerial Positions.[dissertation], Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet Niš. 2016.
73. Čabarkapa, M., „*Profesionalni stres*“, Zavod za udžbenike, Beograd, 2017.

74. Pavlović D. Burnout among medical workers [thesis]. Novi Sad: Filozofski fakultet; 1977. (Serbian)
75. Vićentić S. Ispitivanje profesionalnog stresa kod lekara urgente medicine i psihijatra [dissertation]. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet. 2012.
76. Andrijić NM. The study of burnout syndrome in healthcare professionals working at an oncology centre . Doctoral Dissertation , Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet , Beograd, 2021
77. Milenović M. Ispitivanje „sindroma sagorevanja na poslu“, anesteziologa zaposlenih u ustanovama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Beogradu [dissertation]. Beograd: Univerzitet u Beogradu; 2015
78. Koocher GP, P K-S. Ethics in Psychology and the Mental Health Professions: Standards and Cases. Oxford: Oxford University Press; 2008.
79. Marić NN. Ispitivanje sindroma sagorevanja na poslu i faktora koji utiču na njegov nastanakkod nastavnika u Republici Srbkoj. [doktorska disertacija]. Univerzitet u Beogradu.Medicinski fakultet. Beograd. 2020
80. Antoniou AS, Ploump A, Ntalla M.Occupational Stress and Professional Burnout in Teachers of Primary and Secondary Education: The Role of Coping Strategies', Psychology. 2013; 04(03): 349–355. doi: 10.4236/psych.2013.43A051.|
81. Williams CS. Combating Teacher Burnout. The Journal. [Internet] 2011.[cited 2021 Sep5]Availablefrom:[https://thejournal.com/articles/2011/11/03/teacher\\_burnout.aspx](https://thejournal.com/articles/2011/11/03/teacher_burnout.aspx)
82. Ćurčić, R., Đilas , M., Smailagić, Dž. (2012). Radni stres. NIR –NIR- časopis za nauku, istraživanje i razvoj, бр. 2, 127-138.
83. Grujić, LJ. (2011). Profesionalno sagorevanje nastavnika. Pedagogija, LXVI, 2, 215-223
84. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout does not help predict depression among French school. Scand J Work Environ Health. 2015; 41: 565-8.
85. Pantović, A. (2015).Sindrom profesionalnog sagorevanja kod defektologa i nastavnika zaposlenih u obrazovnim ustanovama. Master rad. Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijanu edukaciju i rehabilitaciju .
86. Kahn J, Langlieb A, editors. Mental health and productivity in the workplace: a handbook for organizations and clinicians. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
87. Al-Maaitah, R., Cameron, S., Horsburgh, M.E. and Armstrong-Stassen, M. (1999) Predictors of Job Satisfaction, Turnover, and Burnout in Female and Male Jordanian Nurses. The Canadian Journal of Nursing Research, 31, 15-30.
88. Beasley BW, Kern DE, Kolodner K. Job turnover and its correlates among residency program directors in internal medicine: a three-year cohort study. Acad Med 2001; 76(11): 1127–35.
89. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. Surgery 2001; 130(4): 696–5.
90. Chen SM, McMurray A. "Burnout" in intensive care nurses. J Nurs Res 2001; 9(5): 152–64

91. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004; 2: 29
92. Marquez-Cunningham D, Lenherr E, Lenherr E, Warner J, Zackula R, Cathcart-Rake W. Physician Burnout in a Rural Kansas Community. *Kans J Med.* 2019; 12: 109-16.
93. Robinson A. Let's Talk about Stress: History of Stress Research. *Rev Gen Psychol.* 2018; <https://doi.org/10.1037/gpr0000137> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5970733/>
94. Dugani S, Afari H, Hirschhorn L, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Research.* 2018; 2(4): doi: 10.12688/gatesopenres..
95. De Beer LT, Pienaar J, Rothmann SJr. Work overload, burnout, and psychological ill-health symptoms: a three-wave mediation model of the employee health impairment process. *Anxiety Stress Coping.* 2016; 29: 387-99.
96. Li J, Atasoy S, Fang X, Angerer P, Ladwig KH. Combined effect of work stress and impaired sleep on coronary and cardiovascular mortality in hypertensive workers: The MONICA/KORA cohort study. *Eur J Prev Cardiol.* 2019; 0: 1-8
97. Božić D. Uticaj stresogenih faktora radnog mjesata na zdravlje zaposlenih u različitim nivoima zdravstvene zaštite na području Doboja. Biomedicinska istraživanja. 2017; 8(2): 128-35.
98. García-Izquierdo M, Ríos-Ríosquez MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nurs Outlook.* 2012;60(5):322-9. doi:10.1016/j.outlook.2012.02.
99. Lloyd, King & Chenoweth, 2002; Johnson et al., 2005; Collins, 2008).
100. Lloyd et al 2002
101. Maslach, C., Jackson, S. J. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual.* California: Mountain View
102. Ajduković, M. (1996b). Profesionalna pomoć pomagačima. U: Ajduković, D. & Ajduković, M. (ur.), *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravje pomagača.* Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 77-99.
103. Družić Ljubotina, O. (2013). Siromaštvo kao izazov za socijalni rad u kontekstu ekonomske krize u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada,* 20 (1), 187-204 (Ćurčić i Čurčić, 2009)
104. Maslach, C. (2015) *Burnout: The cost of caring.* Los Altos, CA: Malor Books
105. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout *Annu Rev Psychol* 2001;52:397–422.
106. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO world mental health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18:23–33. doi: 10.1017/S1121189X00001421.
107. E. P. Seligman, Martin; F. Maier, Steven (1967). „Failure to escape traumatic shock”. *Journal of Experimental Psychology.*

110. Američko psihijatrijsko udruženje. What Is Depression?. 2021. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> (22.4.2021)
111. WebMD. Are You at Risk for Depression?. 2021. Dostupno na: <https://www.webmd.com/depression/guide/depression-are-you-at-risk> (22.4.2021)
112. Berthon, O., Nestler, E. J., 2006. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nat Rev Neurosci* 7, 137-151
113. „UN health agency reports depression now 'leading cause of disability worldwide'”. *UN News* (на језику: енглески). 2017-02-23. Приступљено 2022-01-08.
114. Martinović, Iva (12. 2. 2019). „Pet odsto stanovništva Srbije u depresiji”. Radio Slobodna Evropa (на језику: српскохрватски). Приступљено 2022-01-09
115. „Srbiji preti crveni mentalni alarm”. Hemofarm - Caring For People's Health. Приступљено 2022-01-09.
116. Maslach, C. and Leiter, M.P. (2016) Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry: Official Journal of the WorldPsychiatric Association (WPA)*, 15, 103-111
117. Kazdin AE. Encyclopedia of Psychology, 8 volume Set. Washington: American Psychological Association; 2000.
118. Web MD. Risk Factors for Anxiety. 2021. Dostupno na: <https://www.webmd.com/anxiety-panic/ss/slideshow-anxiety-risk-factors> (2.4.2021).
119. Whiteford HA, Ferrari AH, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
120. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367(9524):1747-57.
121. National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders. 2021. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml> (2.4.2021)
122. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales(DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33:335-43.
123. Kristensen, T. S. et al. (2005) ‘Work & Stress : An International Journal of Work , Health & Organisation’<sup>2</sup> The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the’, (May 2012), pp. 37–41. doi: 10.1080/02678370500297720.
124. Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
125. Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11 (1), 94-101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1499495>.

- 1
126. Ilić IM, Arandjelović MŽ, Jovanović JM, Nešić MM. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout - Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Med Pr.* 2017 Mar 24;68(2):167-178. ).
  127. Letson MM, Davis C, Sherfield J, Beer OWJ, Phillips R, Wolf KG. Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children's Advocacy Centers. *Child Abuse Negl.* 2020 Dec;110(Pt 3):104240.
  128. Maslach C., Leiter M.P. Burnout. *Hum. Behav.* 1976;5:16–22.
  129. Maslach C., Jackson S.E. *Maslach Burnout Inventory. Manual.* Consulting Psychologists Press; Palo Alto, CA, USA: 1981.
  130. Borritz, M., & Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory. Scales used in the PUMA study
  131. Montgomery AP, Azuero A, Patrician PA. Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses. *Res Nurs Health.* 2021 Apr;44(2):308-318.
  132. Todorović J, Nešić D, Soldatović I, Popević M, Terzić-Šupić Z. Burnout syndrome among nurses at a military medical academy in Serbia. *Cent Eur J Public Health.* 2023 Jun;31(2):127-132. doi: 10.21101/cejph.a6325. PMID: 37451246.
  133. Siebert, D. C. (2006). Personal and Occupational Factors in Burnout Among Practicing Social Workers. *Journal of Social Service Research,* 32(2), 25–44. doi:10.1300/j079v32n02\_02
  134. Balloch, S., Pahl, J. and McLean, J. (1998) Working in the social services:Job satisfaction, stress and violence. *British Journal of Social Work,* 28, 329-350. <http://bjsw.oxfordjournals.org/content/28/3/329.short>
  135. Nilsen KH, Lauritzen C, Vis SA, Iversen A. Factors affecting child welfare and protection workers' intention to quit: a cross-sectional study from Norway. *Hum Resour Health.* 2023 Jun 5;21(1):43.
  136. Dedic G. Professional burnout. *Military Medical and Pharmaceutical Journal of Serbia [Internet].* 2005;62(11):851–5. <http://dx.doi.org/10.2298/VSP0511851D>
  137. Soltanifar A., Pishbin E., Attaran Mashhadi N., Najaf Najafi M., Siahtir M. Burnout among female emergency medicine physicians: A nationwide study. *Emerg. Med. Australas.* 2018;30:517–522.
  138. Arora M., Asha S., Chinnappa J., Diwan A.D. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emerg. Med. Australas.* 2013;25:491–495.
  139. Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry,* 84(2), 111–122.
  140. Sprang, G., Clark, J.J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma,* 12(3), 259–280.
  141. Augsberger A, Schudrich W, McGowan BG, Auerbach C. Respect in the workplace: A mixed methods study of retention and turnover in the voluntary child welfare sector. *Children and Youth Services Review [Internet].* 2012 Jul;34(7):1222–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.02.016>

142. Iglesias MEL, de Bengoa Vallejo RB, Fuentes PS. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(1):30–7.
143. De la Fuente-Solana EI, Suleiman-Martos N, Pradas-Hernández L, Gomez-Urquiza JL, Cañadas-De la Fuente GA, Albendín-García L. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jul 19;16(14):2585. doi: 10.3390/ijerph16142585. PMID: 31331046; PMCID: PMC6678444.
144. Leskovic, Ljiljana, et al. "Factors influencing Burnout syndrome phenomenon in social welfare institutions in the Republic of Slovenia." *HealthMED* (2013): 553.
145. Lwiza AF, Lugazia ER. Burnout and associated factors among healthcare workers in acute care settings at a tertiary teaching hospital in Tanzania: An analytical cross-sectional study. *Health Sci Rep.* 2023 May 4;6(5):e1256.
146. Fernandes LS, Nitsche MJT, Godoy I. Associação entre síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo na Enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. *Cien Saude Colet.* 2018;23(1):203-214.
147. Lin RT, Lin YT, Hsia YF, Kuo CC. Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours-A cross-sectional study. *J Occup Health.* 2021 Jan;63(1):e12228.
148. Thomas NK. *Resident burnout.* *JAMA.* 2004;292(23):2880–2889. doi: 10.1001/jama.292.23.2880
149. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2017;32:475-482. 10.1007/s11606-016-3886-9
150. Dirvar F, Dirvar SU, Kaygusuz MA, Evren B, Öztürk İ. Effect of Malpractice Claims on Orthopedic and Traumatology Physicians in Turkey: A Survey Study. *Acta Orthop Traumatol Turc* (2021) 55:171–6. 10.5152/j.aott.2021.20167
151. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *Jama* (2009) 302:1284–93. 10.1001/jama.2009.1384
152. Bazmi E, Alipour A, Yasamy MT, Kheradmand A, Salehpour S, Khodakarim S, Soori H. Job Burnout and Related Factors among Health Sector Employees. *Iran J Psychiatry.* 2019 Oct;14(4):309-316. PMID: 32071605; PMCID: PMC7007511.
153. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: 344 P. Schadenhofer et al. © 2017 Nordic College of Caring Science implications for job redesign. *Admin Sci Quart* 1979; 24: 285.
154. Schadenhofer P, Kundi M, Abrahamian H, Stummer H, Kautzky-Willer A. Influence of gender, working field and psychosocial factors on the vulnerability for burnout in mental hospital staff: results of an Austrian cross-sectional study. *Scand J Caring Sci.* 2018 Mar;32(1):335-345.

155. <sup>3</sup> Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54–61.
156. Hamama, L. (2012). Burnout in social workers treating children as related to demographic characteristics, work environment, and social support. *Social Work Research*, 36(2), 113–125.
157. Font, Sarah. "Burnout in child welfare: The role of employment characteristics and workplace opportunities." *Social Service Review* 86.4 (2012): 636-659.
158. Ljubotina, Olja Družić, and Ljiljana Frušić. "The occupational stress in social workers: sources of stress and burnout/<sup>4</sup>Profesionalni stres kod socijalnih radnika: izvori stresa i sagorijevanje na poslu." *Studijski Centar Socijalnog Rada. Ljetopis* 21.1 (2014): 5-32.
159. Al-Kalbani M, Al-Adawi S, Alshekaili W. Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a sample of health care workers in Oman. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2022 Dec;10:100451.
160. <sup>3</sup>Ashraf F, Ahmad H, Shakeel M, Aftab S, Masood A. Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners: A study of associations and triadic comorbidity. *Pak J Med Sci*. 2019 Nov-Dec;35(6):1558-1564.
161. Hamid N, Charkhabi M, Amanollah Nejad M. Relationship between dimensions of burnout and mental health in physicians of hospitals affiliated in Ahvaz Jundishapur University. *J Modr Indus Org Psy*. 2011;2(6):9–16.
162. Zautra AJ, Arewasikporn A, Davis MC. Resilience, promoting well-being through recovery, sustainability and growth. *Res Hum Dev*. 2010;7(3):221-238.
163. Mancini AD, Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *J Clin Psychol*. 2006;62(8):971-985.
164. Soer R, Six Dijkstra MWMC, Bieleman HJ, Stewart RE, Reneman MF, Oosterveld FGJ, Schreurs KMG. Measurement properties and implications of the Brief Resilience Scale in healthy workers. *J Occup Health*. 2019 May;61(3):242-250.
165. Zou G, Shen X, Tian X, Liu C, Li G, Kong L, et al.. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health*. 2016;54:389-95. 10.2486/indhealth.2015-0103
166. <sup>3</sup>Nishimoto D, Imajo M, Kodama S, Shimoshikiyo I, Ibusuki R, Nerome Y, Takezaki T, Nishio I. The Effects of Resilience and Related Factors on Burnout in Clinical Nurses, Kagoshima, Japan. *Yonago Acta Med*. 2022 May 23;65(2):148-159

## 7. ПРИЛОГ

### 8.1. Упитници

Упитник бр 1.

<b>DASS21-SER</b>		Ime i prezime _____	Datum _____
Pročitajte svaku od navedenih rečenica i zaokružite broj sa desne strane koji najbolje opisuje kako ste se osećali u <b><u>zadnjih nedelju dana</u></b> . Ne postoji tačan ili netačan odgovor. <u>Nemojte se predugo zadržavati na pojedinim rečenicama.</u>			
<i>Brojevi znače:</i>			
0 Ni malo 1 Pomošto ili ponekad 2 U priličnoj meri ili često 3 U glavnom ili skoro uvek			

- |  |   |   |   |   |          |
|--|---|---|---|---|----------|
| 1. Bilo mi je teško da se smirim.  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 2. Primetio/la sam da mi se suše usta  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 3. Nisam imao/la nikakvo lepo osećanje   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 4. Imao/la sam potreškoća sa disanjem (recimo, osetio/la sam ubrzano disanje a nisam se fizički zamorio/la).     | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 5. Primetio sam da mi je teško da ostvarim inicijativu i započnem bilo šta.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 6. Preterano reagujem u nekim situacijama.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 7. Osetio/la sam da se tresem (napr. tresle su mi se ruke).  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 8. Primetio/la sam da koristim dosta "nervozone energije".   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 9. Boja/o/la sam se situacija u kojima bih mogao/la da se uspanicim i napravim budalu od sebe                    | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 10. Osećao/la sam da nemam čemu da se nadam.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 11. Primetio sam da se nerviram.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 12. Teško mi je da se opustim.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 13. Osećao/la sam se tužno ijadno.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 14. Nerviralo me je kada me nešto prekida u onome što radim  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 15. Osećao/la sam da sam blizu panike.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 16. Ništa nije moglo da me zainteresuje  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 17. Osećao/la sam se da kao osoba ne vredim mnogo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |
| 18. Bio/la sam jako osjetljiv.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>S</b> |
| 19. Osetio/la sam rad srca iako se nisam fizički zamorio/la (napr. lutanje srca, ili osećaj da srce "preskače"). | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 20. Osećao/la sam se uplašeno bez razloga.   | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>A</b> |
| 21. Osećao sam da je život besmislen.  | 0 | 1 | 2 | 3 | <b>D</b> |

Dr. Peter F. Lovibond, University of New South Wales, Australia, Adaptacija: Mr. Zoran Protulipac MPsych, MAPS

**КОПЕНХАГЕНОВ УПИТНИК**

2

U ovom delu upitnika nalazi se skup pitanja. Pažljivo pročitajte svako od njih. Zatim odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako se osećate, prateći učestalost:

- Nikada (0% vremena)  Retko (25% vremena)  Ponekad (50% vremena)  Često (75% vremena)  Uvek (100% vremena)

**CBI – LIČNI FAKTORI SAGOREVANJA**

2

1. **Koliko često se osećate umorno?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

2. **Koliko često se osećate fizički iscrpljeno?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

3. **Koliko često se osećate emocionalno iscrpljeno?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

4. **Koliko često pomislite „Ne mogu više ovako“?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

5. **Koliko često se osećate istrošeno?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

6. **Koliko često se osećate slabo i podložno bolestima?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

**CBI – SAGOREVANJE POVEZANO SA POSLOM**

1. **Da li je Vaš posao emocionalno iscrpljući?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

2. **Da li se osećate iscrpljeno zbog svog posla?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

3. **Da li Vas Vaš posao frustrira?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

4. **Da li se osećate istrošeno na kraju radnog dana?**

- Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

5. Da li se osećate iscrpljeno ujutru pri pomisli na još jedan dan na poslu?  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek
6. Da li osećate da Vam je svaki radni sat naporan?  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek
7. Da li imate dovoljno vremena za porodicu i prijatelje nakon posla?  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek

#### V CBI – SAGOREVANJE POVEZANO SA KORISNICIMA

1. Da li smatrate da je teško raditi u ustanovi socijalne zaštite?  
2  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek
2. Da li smatrate da je rad sa korisnicima frustrirajući?  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek
3. Da li rad sa korisnicima crpi Vašu energiju?  
 Nikad  Retko  Ponekad  Često  Uvek
4. Da li se osećate da više dajete nego što dobijate u radu sa korisnicima?  
 Nikada  Retko  Ponekad  Često  Uvek
5. Da li ste umorni od rada sa korisnicima?  
 Nikad  Retko  Ponekad  Često  Uvek
6. Da li se nekada pitate koliko ćete još biti u stanju da radite ovaj posao ?  
 Nikad  Retko  Ponekad  Često  Uvek

Упитник бр. 3

**КРАТКА СКАЛА ОТПОРНОГ СУОЧАВАЊА (BRCS )**

Инструкција	(1) Не, уопште ме не описује	(2) Не описује ме	(3) Неутрално	(4) Описује ме	(5) Веома добро ме описује
Размотрите колико добро следеће изјаве описују ваше / твоје понашање и поступке					
Тражим креативне начине за превазилажење тешких ситуација					
Без обзира на околности шта ми се дешава верујем да могу контролисати своје реакције					
Уверен сам да могу позитивно напредовати суочавајући се са тешким ситуацијама					
Активно истражујем начине да надокнадим губитке са којима се сусрећем у животу					

**BRIEF RESILIENT COPING SCALE**

© Sinclaire and Wallston, 2004

<b>BRCS Instructions:</b> <i>Consider how well the following statements describe your behavior and actions.</i>	(1) Does not describe me at all	(2) Does not describe me	(3) Neutral	(4) Describes me	(5) Describes me very well
I look for creative ways to alter difficult situations.					
Regardless of what happens to me, I believe I can control my reaction to it.					
I believe I can grow in positive ways by dealing with difficult situations.					
I actively look for ways to replace the losses I encounter in life.					

<b>BRCS Interpretation</b>	<b>Score range</b>
Low resilient copers	4-13 points
Medium resilient copers	14-16 points
High resilient copers	17-20 points

1

## Упитник бр 4.

### КРАТКА СКАЛА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТИ (BRS)

**Упутство:** Користите следећу скалу и заокружите један број за сваку изјаву који означава у којој мери се слажете или не слажете са сваком од изјава.

1 = Уопште се не слажем ; 2 = Не слажем се ; 3 = Неутралан сам;

4 = Слажем се ; 5 = Потпуно се слажем

	Одговорите на сваку изјаву у наставку заокруживањем једног одговора у реду.	1 Уопште се не слажем	2 Не слажем се	3 Неутралан сам	4 Слажем се	5 Потпуно слажем
BRS	Склон сам да се брзо опоравим након тешких времена.					
BRS	Тешко ми је да пролазим кроз стресне догађаје.					
BRS	1 Не треба ми дugo да се опоравим од стресног догађаја.					
BRS	1 Тешко ми је да се вратим када се нешто лоше деси.					
BRS	Обично пролазим кроз тешка времена са мало проблема					
BRS	Обично ми треба много времена да превазиђем неуспехе у животу.					

## **OPŠTI UPITNIK**

2

Poštovani/poštovane, ispitujemo sindrom sagorevanja (*burnout*), kako bismo bolje razumeli faktore rizika za pojavu ovog sindroma, posledice i mogućnosti za njegovu prevenciju i ublažavanje.

Molimo Vas da iskreno odgovorite na pitanja tako što ćete zaokružiti ili dopisati odgovor. Ova anketa je anonimna i dobijeni podaci koristiće se isključivo u naučno-istraživačke svrhe.

Zahvaljujemo Vam na učešću i iskrenosti.

### **SOCIJALNO - DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE**

1. Pol:  Muški  Ženski

2. Koliko imate godina? \_\_\_\_\_

3. Bračno stanje:  Neudata/Neoženjen  Udata/Oženjen  Razveden/a  Udovica/Udovac  
 Drugo

4. Gde živate:  Grad  Selo

5. Zaokružite najviši stepen stručne spreme:

Srednja škola  Viša škola  Visoka škola strukovnih studija  Akademiske studije

2. Specijalističke strukovne studije  Strukovni master  Akademski master,  doktor nauka

6. Koje je Vaše zvanje? \_\_\_\_\_

7. Koliko imate radnog iskustva u struci ? \_\_\_\_\_

8. Da li imate decu?  Da  Ne

9. Broj dece? \_\_\_\_\_

10. Koliki je broj članova Vaše porodice računajući i Vas? \_\_\_\_\_

11. Da li imate sopstveni stan?  Da  Ne

12. Da li sami izdržavate svoje domaćinstvo?  Da  Ne

2. 13. Kako biste ocenili prosečne mesečne prihode Vaše porodice?  Veoma dobro  Dobro  Prosečno  Loše  Veoma loše

14. Da li pušite cigarete?  Da  Ne

15. Ukoliko pušite, koliko cigareta dnevno popušite:  <10  10-20  >20

2. 16. Da li ste u poslednjih godinu dana barem jednom konzumirali alkoholna pića:  Da  Ne

17. Koliko ste često tokom prethodnih godinu dana, barem jedaput u jednoj prilici, popili više od pet standardnih pića (ukupno 5x033L piva ILI više od 5x0,14L vina ILI više od 5x0,03L žestokog alkoholnog pića)?

Nisam nijednom popio/la više od pet standardnih pića u jednoj prilici  Jesam jedanput ili više puta u godinu dana ali ali redi od jednom mesečno  Jesam barem jednom mesečno

18. Da li ste u poslednjih godinu dana bili na bolovanju (izuzev trudničkog, porodiljskog bolovanja ili bolovanja zbog trećeg lica)?  Da  Ne
19. Ako ste bili na bolovanju u poslednjih godinu dana, koliko je to bilo u danima? \_\_\_\_\_

## **II FAKTORI RADNE SREDINE**

20. Koliko dugo radite na trenutnom radnom mestu? \_\_\_\_\_
21. Koja je starosna grupa korisnika sa kojom radite \_\_\_\_\_  
<sup>2</sup>
22. Da li radite u:  Centralnom (glavnom objektu)  Perifernom objektu
23. Da li imate rukovodeću poziciju u objektu u kojem radite?  Da  Ne
24. Da li radite u smenama?  Da  Ne
25. Da li radite prekovremeno?  Da  Ne
26. Koliko prekovremenih sati radite nedeljno? \_\_\_\_\_
27. Da li ste plaćeni za prekovremeni rad?  Da  Ne  Drugo  
<sup>2</sup>
28. Da li u objektu u kojem radite postoje (Dovoljno velike i srednje prostorije:  Da  Ne  
Dovoljno sredstava za rad :  Da  Ne  
<sup>2</sup>
29. Koliko traje Vaš put od kuće do posla?  
 <30 minuta  30-60 minuta  >60 minuta
30. Koje prevozno sredstvo koristite na putu do posla:  
 javni prevoz  sopstveni automobil  bicikl  peške
31. Kakvo je Vaše zdravlje u celini:  
 veoma loše  loše  prosečno  dobro  veoma dobro

## БИОГРАФИЈА

Снежана Марковић рођена је 12. јануара 1967. године у Београду. Запослена је у Центру за заштиту одојчади, деце и омладине у Београду и обвљала је послове менаџера у здравству, а сада је на позицији вишег самосталног интерног ревизора. Од 2021. године ангажована је као сарадник у настави на Академији стручних студија у Београду, на одсеку Висока медицинска школа.

Завршила је средњу медицинску школу, смер зубни техничар, у Београду. Дипломирала је на Вишеј медицинској школи у Београду-Земун, на студијском програму Виши зубни техничар - протетичар, 2000. године. На Универзитету Мегатренд, на Факултету за менаџмент, завршила је 2006. године смер менаџмент у здравству, чиме је стекла звање дипломираних економисте – менаџера у здравству.

Мастер академске студије из области јавног здравља завршила је на Медицинском факултету Универзитета у Београду, где је стекла академско звање Мастер јавног здравља. Завршни мастер рад одбранила је под насловом „Процена квалитета живота деце и омладине у институцијама социјалне заштите у Србији“ 2017. године.

1 Докторске академске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу уписала је у школској 2020/2021. години, на студијском програму Менаџмент здравственог система.

***Образац 1***

***ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ***

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

*„Изложеност стресу и синдром сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите“ представља оригинално ауторско дело настало као резултат сопственог истраживачког рада.*

*Овом Изјавом такође потврђујем:*

- да сам једини аутор наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији нисам извршио/ла повреду ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 20.01.2025. године,

*Зоран Марковић*  
потпис аутора

***Образац 2***

***ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ  
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ***

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

„Изложеност стресу и синдром сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите“  
истоветне.

У Крагујевцу, 20.01.2025. године,

*Снежана Јорђевић*  
потпис аутора

***Образац 3***

***ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ***

Ja, Снежана Марковић ,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

**„Изложеност стресу и синдром сагоревања код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите“** и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада<sup>2</sup>

У Крагујевцу, 20.01.2025. године,

Слободан Ђорђевић  
потпис аутора

<sup>2</sup> Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>

# Изложеност стресу и синдром сагоревања на раду код здравствених радника, стручних радника, стручних сарадника и сарадника у установама социјалне заштите

---

ORIGINALITY REPORT

---

9%  
SIMILARITY INDEX

---

PRIMARY SOURCES

---

- |   |  |                |
|---|--|----------------|
| 1 | <a href="http://nardus.mprn.gov.rs">nardus.mprn.gov.rs</a><br>Internet     | 792 words – 2% |
| 2 | <a href="http://uvidok.rcub.bg.ac.rs">uvidok.rcub.bg.ac.rs</a><br>Internet | 720 words – 2% |
| 3 | <a href="http://mdpi-res.com">mdpi-res.com</a><br>Internet                 | 702 words – 2% |
| 4 | <a href="http://pr.ac.rs">pr.ac.rs</a><br>Internet                         | 400 words – 1% |
| 5 | <a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a><br>Internet                     | 351 words – 1% |
| 6 | <a href="http://www.jstage.jst.go.jp">www.jstage.jst.go.jp</a><br>Internet | 294 words – 1% |
| 7 | <a href="http://www.zavodsz.gov.rs">www.zavodsz.gov.rs</a><br>Internet     | 210 words – 1% |
- 

EXCLUDE QUOTES      OFF  
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY      OFF

EXCLUDE SOURCES      < 1%  
EXCLUDE MATCHES      < 9 WORDS