



Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Lucijana Rupić Krstić

**PREDIKTORI SAGORIJEVANJA,
PROFESIONALNA I ZDRAVSTVENA
KVALITETA ŽIVOTA NJEGOVATELJICA
I MEDICINSKIH SESTARA U DOMOVIMA
ZA STARIJE OSOBE**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2026.



Sveučilište u Zagrebu
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Lucijana RupiĆ Krstić

**PREDIKTORI SAGORIJEVANJA,
PROFESIONALNA I ZDRAVSTVENA
KVALITETA ŽIVOTA NJEGOVATELJICA
I MEDICINSKIH SESTARA U DOMOVIMA
ZA STARIJE OSOBE**

DOKTORSKI RAD

Mentorica:
prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2026.



Sveučilište u Zagrebu
University of Zagreb Faculty of Law

Lucijana Rupić Krstić

**PREDICTORS OF BURNOUT,
PROFESSIONAL AND HEALTH-
RELATED QUALITY OF LIFE AMONG
CAREGIVERS AND NURSES IN
NURSING HOMES FOR OLDER ADULTS**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor:
prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2026.

O MENTORICI:

Prof. dr. sc. Marina Ajduković profesorica je emerita Studijskog centra socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Diplomu profesora psihologije i sociologije (1980.), znanstveni magisterij iz psihologije (1982.) te doktorat iz psihologije (1986.) stekla je na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Tijekom 1997. godine provela je devet mjeseci kao gost istraživač na School of Social Welfare, University of California, Berkeley. U okviru programa međusveučilišne razmijene "Alpe-Adria" provela je 1992. godine tromjesečno usavršavanje iz područja sudske psihologije na Sveučilištu u Linzu, Austrija.

Od 1985. godine do 2023. godine je radila na Pravnom fakultetu, Studijski centar socijalnog rada. Od 2002. godine je redovita profesorica u trajnom zvanju. Bila je nositeljica većeg broja kolegija na Studijskom centru socijalnog rada, kolegija Sudska psihologija na Pravnom studiju Pravnog fakulteta u Zagrebu i Psihologija u javnoj upravi na Studiju javne uprave Pravnog fakulteta u Zagrebu. Pokretač je i voditeljica prvog poslijediplomskog znanstvenog studija iz socijalnih djelatnosti koji se odvija od 2002. godine. Od osnutka do listopada 2023. bila je voditeljica poslijediplomskog specijalističkog studija Supervizija psihosocijalnog rada te voditeljica Doktorskog studija Socijalni rad i socijalna politika. Mentorica je 31 doktorata znanosti, 19 znanstvenih magisterija i 75 specijalističkih radova, od koji je znatan broj vezan za područje profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača.

Zaključno sa studenim 2025. prof. emerite Marina Ajduković objavila je 17 autorskih publikacija, (znanstvene knjige, znanstvene monografije i priručnici), te je bila urednica ili su-urednica u 14 publikacija. Objavila je 170 znanstvenih radova u časopisima, znanstvenim knjigama i zbornicima (od toga 35 u međunarodnim, visoko vrednovanim časopisima), te 73 stručna rada.

Više od 3 desetljeća, u njenom istraživačkom i stručnom fokusu je profesionalni stres, sagorijevanje i posredna traumatizacije stručnjaka u sustavu socijalne skrbi. U tom području objavila je veći broj znanstvenih i stručnih radova publikacija, osmislila i provodila niz edukacija usmjerenih na zaštitu mentalnog zdravlja pomagača.

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati profesionalni stres i profesionalnu kvalitetu života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije te njihov doprinos mentalnom i tjelesnom zdravlju. Istraživanje je polazilo od pretpostavke da su profesionalni stres i emocionalni napor povezani s profesionalnim ishodima, koji su dalje povezani sa zdravstvenom kvalitetom života. U okviru profesionalne kvalitete života razmatrani su sagorijevanje, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem.

U istraživanju je sudjelovalo 275 medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Podaci su prikupljeni kombinacijom standardiziranih upitnika te posebno konstruiranog instrumenta za procjenu izvora profesionalnog stresa, čija je struktura ispitana faktorskom analizom. U obradi podataka korištene su deskriptivna statistika, Pearsonova korelacijska analiza i hijerarhijske regresijske analize.

Rezultati pokazuju da su sagorijevanje i posredna traumatizacija pozitivno povezani s različitim izvorima profesionalnog stresa i nepovoljnijim oblicima emocionalnog napora, dok zadovoljstvo suosjećanjem pokazuje suprotan obrazac povezanosti. U regresijskim analizama sagorijevanje i posredna traumatizacija objašnjavaju se kombinacijom profesionalnih stresora i dimenzija emocionalnog napora, dok su pozitivni aspekti profesionalnog iskustva povezani s emocionalnom usklađenošću i socijalnom podrškom. U objašnjenju zdravstvene kvalitete života sagorijevanje se pokazalo značajnim negativnim prediktorom i tjelesnog i mentalnog zdravlja, dok je posredna traumatizacija dodatno pridonosila objašnjenju mentalnog zdravlja. Zadovoljstvo suosjećanjem nije se pokazalo značajnim prediktorom nakon kontrole ostalih varijabli.

Dobiveni nalazi upućuju na to da su profesionalni stres i emocionalni napor ključni za razumijevanje profesionalne kvalitete života zaposlenika u sustavu dugotrajne skrbi, pri čemu se sagorijevanje izdvaja kao središnji profesionalni ishod povezan sa zdravstvenom kvalitetom života, a posredna traumatizacija kao dodatno važan čimbenik povezan s mentalnim zdravljem.

Ključne riječi: profesionalni stres, emocionalni napor, profesionalna kvaliteta života, sagorijevanje, posredna traumatizacija, zadovoljstvo suosjećanjem, zdravstvena kvaliteta života, dugotrajna skrb

Abstract

The aim of this study was to examine professional stress and professional quality of life among nurses and nursing assistants employed in long-term care facilities, as well as their contribution to mental and physical health. The study was based on the assumption that professional stress and emotional labor are associated with professional outcomes, which are further related to health-related quality of life. Within the framework of professional quality of life, burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction were examined.

The study included 275 nurses and nursing assistants employed in long-term care facilities. Data were collected using a combination of standardized questionnaires and a specifically constructed instrument for assessing sources of professional stress, whose structure was examined by factor analysis. Data analysis included descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and hierarchical regression analyses.

The results indicate that burnout and secondary traumatic stress were positively associated with various sources of professional stress and less favorable forms of emotional labor, while compassion satisfaction showed an opposite pattern of associations. Regression analyses showed that burnout and secondary traumatic stress were explained by a combination of professional stressors and dimensions of emotional labor, whereas positive aspects of professional experience were associated with emotional congruence and social support. In explaining health-related quality of life, burnout emerged as a significant negative predictor of both physical and mental health, while secondary traumatic stress additionally contributed to the explanation of mental health. Compassion satisfaction did not emerge as a significant predictor after controlling for other variables.

The findings suggest that professional stress and emotional labor are key factors in understanding professional quality of life among employees in long-term care settings, with burnout emerging as a central professional outcome associated with health-related quality of life, and secondary traumatic stress as an additional important factor related to mental health.

Keywords: professional stress, emotional labor, professional quality of life, burnout, secondary traumatic stress, compassion satisfaction, health-related quality of life, long-term care

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, Lucijana Rupić Krstić izjavljujem da sam autorica doktorske disertacije pod nazivom “Prediktori sagorijevanja, profesionalna i zdravstvena kvaliteta života njegovateljica i medicinskih sestara u domovima za starije osobe“

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu: _____ Potpis autorice: _____

Zahvala

Na završetku ovog zahtjevnog i važnog puta želim zahvaliti svima koji su na različite načine pridonijeli nastanku ove doktorske disertacije.

Prije svega, zahvaljujem svojoj mentorici na stručnom vodstvu, podršci, strpljenju i vrijednim savjetima tijekom svih faza izrade rada. Zahvaljujem i članicama i članovima povjerenstva na konstruktivnim komentarima i preporukama koje su pridonijele kvaliteti disertacije.

Posebno zahvaljujem ravnateljicama i ravnateljima domova za starije osobe koji su omogućili provedbu istraživanja, kao i kontakt osobama koje su pomogle u njegovoj organizaciji. Iskreno hvala svim medicinskim sestrama i njegovateljicama koje su sudjelovale u istraživanju i podijelile svoja profesionalna iskustva.

Najveću zahvalnost dugujem svojoj obitelji i najbližima, na ljubavi, strpljenju, razumijevanju i vjeri u mene. Vaša podrška bila je moj najvažniji izvor snage.

Ovu disertaciju posvećujem svojoj obitelji, posebno mojoj sestri, koja je bila moj siguran oslonac na svakom koraku i svim medicinskim sestrama i njegovateljicama čiji se rad, trud i emocionalno ulaganje često podrazumijevaju, a zaslužuju duboko poštovanje.

„Važni ste zato što ste to što jeste i važni ste do posljednjeg trenutka života.”

Dame Cicely Saunders

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Demografski i sustavni kontekst dugotrajne skrbi	1
1.2. Model radnih zahtjeva i resursa (eng. Job Demands-Resources model) kao glavni teorijski okvir istraživanja.....	5
1.2.1. Teorijska osnova JD-R modela.....	5
1.2.2. Radni zahtjevi u kontekstu dugotrajne skrbi.....	6
1.3. Profesionalna kvaliteta života: ProQOL model	7
1.4. Emocionalni napor	14
1.5. Socijalna podrška kao zaštitni čimbenik u profesionalnoj kvaliteti života.....	17
1.6. Zdravstvena kvaliteta života medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe	22
1.7. Integracija teorijskih modela.....	25
2. CILJ, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTETSKI OKVIR	29
2.1. Opći cilj istraživanja	29
2.2. Istraživački problemi.....	29
2.3. Hipotetski okvir.....	31
2.4. Identifikacija varijabli	32
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	34
3.1. Sudionici istraživanja.....	34
3.2. Mjerni instrumenti.....	37
3.2.1. Upitnik učestalosti stresora kod medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe.....	37
3.2.2. Upitnik emocionalnog napora.....	39
3.2.3. Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica.....	39
3.2.4. Profesionalna kvaliteta života (Professional Quality of Life Questionnaire - ProQOL 5, 2. izdanje, Stamm, 2010)	40
3.2.5. Skala socijalne podrške na poslu i u obitelji (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016)	41
3.3. Metoda prikupljanja podataka.....	42
3.4. Metoda obrade i analize podataka.....	43
3.5. Etičke implikacije provođenja istraživanja	44
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	45
5. RASPRAVA	65
5.1. Profil profesionalnog iskustva u sustavu dugotrajne skrbi	66
5.2. Od radnih zahtjeva do profesionalne kvalitete života	68
5.3. Profesionalna kvaliteta života kao višedimenzionalni konstrukt.....	69
5.3.1. Sagorijevanje	70
5.3.2. Posredna traumatizacija	73
5.3.3. Zadovoljstvo suosjećanjem.....	74
5.4. Uloga profesionalne kvalitete života u objašnjenju zdravstvenih ishoda	77
5.5. Uloga socijalne podrške kao selektivnog resursa	79

5.6. Integracija nalaza u teorijski okvir profesionalnog funkcioniranja i zdravlja	83
6. METODOLOŠKA OGRANIČENJA	88
7. DOPRINOS ISTRAŽIVANJA.....	91
8. ZAKLJUČCI	93
LITERATURA	96
PRILOZI.....	108

1. UVOD

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati profesionalni stres i profesionalnu kvalitetu života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe te njihov doprinos mentalnom i tjelesnom zdravlju. Polazeći od toga samo istraživanje se temelji na integriranom teorijskom okviru koji objedinjuje model radnih zahtjeva i resursa (Job Demands-Resources; Bakker i Demerouti, 2007; 2017), model profesionalne kvalitete života (Professional Quality of Life; Stamm, 2010) te teoriju emocionalnog rada (Hochschild, 1983; Grandey, 2000) i teoriju socijalne podrške (Cohen i Wills, 1985). Takav integrirani pristup omogućuje cjelovitije teorijsko objašnjenje odnosa između radnih uvjeta i dobrobiti zaposlenika pri čemu se radni zahtjevi i emocionalni napor promatraju kao čimbenici koji mogu doprinijeti razvoju sagorijevanja i posredne traumatizacija. Socijalna podrška (iz različitih izvora) i zadovoljstvo suosjećanjem prepoznaju se kao važni zaštitni čimbenici koji pridonose očuvanju profesionalne kvalitete života te mentalnog i tjelesnog zdravlja medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Integracija ovih pristupa omogućuje istodobno razmatranje radnih zahtjeva, emocionalnih procesa i zaštitnih resursa, čime se dobiva sveobuhvatniji uvid u profesionalno funkcioniranje zaposlenika u kontekstu dugotrajne skrbi.

1.1. Demografski i sustavni kontekst dugotrajne skrbi

S obzirom na značajno produljenje životnog vijeka stanovništva, suvremena društva suočena su s izazovom osiguravanja dostojanstvene i kvalitetne skrbi za starije osobe. U tom se kontekstu naglašava važnost očuvanja funkcionalne samostalnosti starijih osoba što je dulje moguće, uz istodobno osiguravanje odgovarajućih oblika institucionalne skrbi za one koji više nisu u mogućnosti živjeti samostalno. Dugotrajna skrb obuhvaća niz usluga i oblika pomoći osobama koje zbog dugotrajnijeg tjelesnog i/ili mentalnog invaliditeta ili funkcionalne ovisnosti trebaju pomoć u svakodnevnim životnim aktivnostima i/ili trajnu njegu (Europska komisija, n.d.). U hrvatskom kontekstu domovi za starije osobe predstavljaju ključne ustanove socijalne skrbi koje zbrinjavaju osobe starije životne dobi koje ne zahtijevaju bolničko liječenje, ali nisu sposobne za samostalan život u vlastitom domu, te su dominantan, a često i jedini institucionalni oblik skrbi i stanovanja za starije osobe (Kuzmić i Lapat, 2019).

Razvoj skrbi za starije osobe u Hrvatskoj strateški je usmjeren na povećanje kvalitete života starijih osoba te na širenje i unaprjeđenje usluga u zajednici, što se izrijekom navodi u

Strategiji socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017.–2020. (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, 2017). Istodobno, Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine upozorava da je razvoj socijalnih usluga ograničen nedostatnim brojem stručnih radnika te da su za jačanje sustava potrebni dodatno zapošljavanje, jačanje kapaciteta pružatelja usluga i kontinuirano unaprjeđenje kompetencija zaposlenih (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2021). Pritisak na sustav institucionalne skrbi vidljiv je i kroz potražnju za smještajem, pri čemu Bađun (2017) navodi da je potražnja za smještajem u državnim domovima višestruko nadmašivala raspoložive kapacitete i upućivala na višegodišnje liste čekanja, dok službena statistika ministarstva umjesto pojma lista čekanja vodi pokazatelj nerealiziranih zahtjeva za smještaj (Bađun, 2017; Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023a).

U većini domova za starije korisnicima je osiguran 24-satni nadzor medicinskog osoblja, čija je temeljna zadaća očuvanje i unaprjeđenje samostalnosti korisnika u aktivnostima svakodnevnog života, kao i poticanje preuzimanja odgovornosti za vlastito zdravlje u najvećoj mogućoj mjeri (Kuzmić i Lapat, 2019). U tom sustavu ključnu ulogu imaju medicinske sestre i njegovateljice, koje čine najveći dio zaposlenika uključenih u neposrednu skrb o korisnicima. Medicinske sestre u domovima za starije provode aktivnosti usmjerene na očuvanje psihofizičkog funkcioniranja korisnika kroz gerijatrijsku zdravstvenu njegu te surađuju u provedbi rehabilitacijskih postupaka usmjerenih na očuvanje njihove funkcionalne samostalnosti. Uz to, njihova uloga uključuje edukaciju i savjetovanje korisnika o prehrani, životnim navikama i očuvanju socijalnih odnosa, skrb o osobama s demencijom i terminalnim stanjima, vođenje sestrinske dokumentacije te nadzor rada pomoćnog osoblja (Đapić-Kolak i Antičević, 2018). Njegovateljice, kao pomoćno osoblje, pružaju većinu izravne njege korisnicima, uključujući aktivnosti poput hranjenja, održavanja higijene, oblačenja i mobilizacije, te provode značajan dio vremena u neposrednom kontaktu s korisnicima. U literaturi se ističe da njegovateljice čine između 70% i 90% medicinskog osoblja u ustanovama dugotrajne skrbi te pružaju najveći dio izravne skrbi (Gooloo i sur., 1996, prema Geiger-Brown i sur., 2006). Zbog prirode posla, one su često izložene intenzivnim emocionalnim zahtjevima, budući da svakodnevno rade s osobama koje boluju od demencije, depresije ili se nalaze u terminalnim fazama bolesti (Yamada, 2002, prema Geiger-Brown i sur., 2006).

Kad je riječ o organizaciji rada, u Republici Hrvatskoj ne postoji jedinstveni nacionalni omjer tipa „jedna medicinska sestra na određeni broj korisnika” za sve domove za starije osobe, nego Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga potreban broj medicinskih sestara/primalja i njegovatelja propisuje prema stupnju usluge (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2022). Na temelju godišnjih statističkih izvješća za 2022. može se izračunati da je u decentraliziranim domovima za starije osobe bilo približno jedna medicinska sestra na 17 korisnika i jedan njegovatelj na 9 korisnika, dok je u drugim nedržavnim domovima za starije osobe bilo približno jedna medicinska sestra na 15 korisnika i jedan njegovatelj na 7 korisnika, ali te omjere treba tumačiti oprezno jer su izvedeni iz agregiranih statističkih podataka, a ne predstavljaju jedinstveni propisani standard za sve ustanove (Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, 2023a, 2023b). Na europskoj razini također ne postoji jedinstveni obvezujući normativ za omjer medicinskih sestara i korisnika u domovima za starije osobe, nego se naglasak stavlja na dostupnost, kvalitetu skrbi, dostatnu radnu snagu i bolje radne uvjete, dok konkretna kadrovska rješenja ostaju u nadležnosti država članica (Europska komisija, 2022; Europska komisija, n.d.).

Rad medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije obilježen je kontinuiranim kontaktom s korisnicima, njihovim zdravstvenim poteškoćama, procesima starenja te iskustvima bolesti i smrti. Uz to, zaposlenici se suočavaju s nizom organizacijskih i interpersonalnih izazova, uključujući nedovoljnu educiranost za kompleksne potrebe starijih osoba, neadekvatne uvjete rada, otežanu suradnju s članovima obitelji korisnika te zahtjevne odnose unutar radnog okruženja. Navedeni čimbenici mogu otežati pružanje kvalitetne skrbi, ali i negativno utjecati na profesionalno i privatno funkcioniranje zaposlenika (Stijepović i Rusac, 2019). Empirijski nalazi potvrđuju da medicinske sestre u domovima za starije kao glavne izvore profesionalnog stresa percipiraju organizacijske uvjete rada, poput nedostatka osoblja i smjenskog rada, zahtjevnju prirodu posla koja uključuje suočavanje sa smrću korisnika, rad s osobama s mentalnim poteškoćama, primjerice Alzheimerovom bolešću, te komunikaciju s članovima obitelji korisnika (Rusac, Bošnjak i Kletečki Radović, 2017). Unatoč tome, isti autori ističu da je profesionalni stres u ovom kontekstu još uvijek nedovoljno istraženo područje, osobito s obzirom na sve veće zahtjeve za podizanjem kvalitete skrbi (Rusac, Bošnjak i Kletečki Radović, 2017).

Dodatni izazovi u području dugotrajne skrbi odnose se na poteškoće u zapošljavanju i zadržavanju radne snage. Bađun (2020) ističe kako niske plaće i stresni uvjeti rada predstavljaju

ključne prepreke zapošljavanju i zadržavanju zaposlenika u ovom sustavu, dok Bađun (2024) dodatno navodi da su niže plaće, zahtjevni radni uvjeti, noćni i vikend-rad te mogućnost odlaska na bolje plaćena radna mjesta važni čimbenici koji pridonose fluktuaciji i teškoćama zadržavanja radnika u sustavu. U hrvatskom je kontekstu manjak radne snage u dugotrajnoj skrbi osobito izražen kod medicinskih sestara, a istraživanja provedena u domovima za starije osobe potvrđuju da su nedostatak stručnog osoblja i rad u smjenama među važnim organizacijskim izvorima profesionalnog stresa (Bađun, 2024; Rusac, Bošnjak i Kletečki Radović, 2017). Medicinske sestre i njegovateljice pritom su često izložene preopterećenosti poslom te rizicima za fizičko i mentalno zdravlje, uključujući muskuloskeletne poteškoće i stres uzrokovan zahtjevnim ponašanjem korisnika (Bađun, 2020, 2024).

Poseban teret za sustav predstavljali su i krizni događaji posljednjih godina. Puljak i sur. (2025a) pokazuju da su tijekom pandemije bolesti COVID-19 u zagrebačkim domovima za starije osobe prekomjerno radno opterećenje, nedostatak podrške kolega, nerealna očekivanja na poslu i nedostatak komunikacije s nadređenima bili važni izvori profesionalnog stresa i značajni prediktori sagorijevanja kod medicinskih sestara. Puljak i sur. (2026) također navode da su potresi 2020. godine, u uvjetima istodobne pandemije, pojačali stres i opterećenje zaposlenih te doveli do izraženih organizacijskih poteškoća u radu domova za starije osobe u Zagrebu. U tom se smislu profesionalni stresori identificirani u ovom istraživanju, osobito oni vezani uz organizaciju rada, financijske uvjete, smjenski rad i komunikacijske poteškoće, mogu razumjeti kao odraz šireg strukturnog položaja sustava dugotrajne skrbi u Hrvatskoj.

Kada je riječ o čimbenicima rizika za psihološko funkcioniranje zaposlenika, posebno se ističe svakodnevna izloženost patnji korisnika i njihovih obitelji, kao i potreba za kontinuiranim suosjećanjem s njihovim iskustvima (Perković i Pukljak Iričanin, 2019). Suosjećanje se pritom smatra jednim od ključnih motiva za odabir pomagačkih zanimanja, no istovremeno otvara pitanje njegove dvosmjerne uloge, odnosno može li ono predstavljati izvor profesionalnog zadovoljstva ili pak dovesti do emocionalnog iscrpljenja. Upravo ta dvojaka uloga suosjećanja predstavlja jedno od ključnih teorijskih i empirijskih pitanja koje ovo istraživanje nastoji razjasniti.

1.2. Model radnih zahtjeva i resursa (eng. Job Demands-Resources model) kao glavni teorijski okvir istraživanja

1.2.1. Teorijska osnova JD-R modela

Model radnih zahtjeva i resursa (eng. Job Demands–Resources; JD-R) razvijen je početkom 2000-ih kao teorijski okvir koji omogućuje integrirano razumijevanje profesionalnog stresa i radne dobrobiti (Demerouti i sur., 2001; Bakker i Demerouti, 2007). Za razliku od ranijih modela profesionalnog stresa koji su se usmjeravali na specifične kombinacije radnih karakteristika, poput modela zahtjeva i kontrole (Karasek, 1979) ili modela neravnoteže napora i nagrade (Siegrist, 1998), JD-R model polazi od pretpostavke da se radni uvjeti, neovisno o profesiji ili sektoru, mogu konceptualno svrstati u dvije temeljne kategorije: radne zahtjeve i radne resurse (Schaufeli i Taris, 2014). Takva struktura omogućuje široku primjenjivost modela u različitim profesionalnim kontekstima, uključujući zdravstvene i pomažuće profesije (Lesener i sur., 2019; Rattrie i sur., 2020), pri čemu se zadržava jasna analitička podjela na čimbenike koji generiraju opterećenje i one koji imaju zaštitnu i razvojnu funkciju.

Radni zahtjevi definiraju se kao fizički, psihološki, socijalni ili organizacijski aspekti posla koji zahtijevaju kontinuirani napor i povezani su s određenim fiziološkim i psihološkim troškovima (Demerouti i sur., 2001). Iako sami po sebi nisu nužno negativni, njihov rizični potencijal proizlazi iz njihove kroničnosti, intenziteta te neravnoteže u odnosu na raspoložive resurse (Bakker i Demerouti, 2007). S druge strane, radni resursi odnose se na aspekte posla koji olakšavaju ostvarenje radnih ciljeva, smanjuju negativne učinke zahtjeva te potiču profesionalni razvoj i osobni rast. U kasnijim proširenjima modela dodatno se uvodi koncept osobnih resursa, koji obuhvaćaju pozitivne samoprocjene pojedinca povezane s otpornošću i sposobnošću upravljanja vlastitim okruženjem (Xanthopoulou i sur., 2007).

Središnja teorijska vrijednost JD-R modela leži u njegovoj dvoprocesnoj strukturi, kojom se objašnjavaju različiti ishodi radnog iskustva. S jedne strane, proces narušavanja zdravlja (eng. health impairment process) pretpostavlja da dugotrajna izloženost visokim radnim zahtjevima dovodi do postupnog iscrpljivanja psiholoških i fizioloških resursa zaposlenika, što rezultira razvojem sagorijevanja (Demerouti i sur., 2001). Sagorijevanje se pritom definira kao sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog profesionalnog postignuća (Maslach i sur., 2001), pri čemu emocionalna iscrpljenost predstavlja njegovu središnju dimenziju. Meta-analitički nalazi dosljedno potvrđuju ovaj

mehanizam, pri čemu sagorijevanje posreduje odnos između radnih zahtjeva i zdravstvenih ishoda (Lesener i sur., 2019), dok istraživanja na velikim uzorcima pokazuju stabilnu povezanost između radnih zahtjeva i sagorijevanja u različitim profesionalnim kontekstima (Rattrie i sur., 2020).

S druge strane, motivacijski proces (eng. motivational process) pretpostavlja da radni resursi potiču radnu angažiranost, profesionalnu predanost i pozitivne organizacijske ishode (Bakker i Demerouti, 2007). Radni resursi pritom imaju dvostruku funkciju: intrinzičnu, jer doprinose osjećaju kompetentnosti i autonomije, te instrumentalnu, jer olakšavaju suočavanje s radnim zahtjevima. Empirijski nalazi dodatno potvrđuju da resursi ne djeluju samo neovisno, već i interakcijski, ublažavajući negativne učinke visokih zahtjeva (Bakker i sur., 2007). Longitudinalna istraživanja ukazuju i na postojanje tzv. spirala gubitka i spirala dobitka (loss spirals i gain spirals) koje se odnose na kumulativne procese u kojima početni gubici ili dobici resursa potiču daljnje negativne, odnosno pozitivne promjene čime se JD-R model pozicionira kao dinamičan procesni okvir koji objašnjava promjene u profesionalnom funkcioniranju tijekom vremena (Upadyaya i sur., 2016).

U okviru ovog istraživanja, profesionalni stres i emocionalni napor konceptualiziraju se kao ključni radni zahtjevi, dok se socijalna podrška promatra kao radni resurs, a dimenzije profesionalne kvalitete života kao ishodi ovih procesa.

1.2.2. Radni zahtjevi u kontekstu dugotrajne skrbi

Zdravstvene i pomažuće profesije obilježene su visokom razinom kompleksnosti radnih zahtjeva, koji uključuju kvantitativne, emocionalne i egzistencijalne dimenzije rada (Thapa i sur., 2022). U kontekstu dugotrajne skrbi, ti se zahtjevi dodatno intenziviraju zbog trajnosti odnosa s korisnicima, njihove složene zdravstvene situacije te kontinuirane izloženosti procesima pogoršanja zdravlja i umiranja.

Jedna od ključnih dimenzija radnih zahtjeva u ovom kontekstu odnosi se na emocionalne zahtjeve, odnosno potrebu kontinuirane regulacije emocija tijekom profesionalnih interakcija (Bakker, 2014). Zaposlenici u domovima za starije osobe svakodnevno su izloženi patnji korisnika, progresivnom pogoršanju njihova zdravstvenog stanja te iskustvima smrti, što zahtjeva stalno upravljanje vlastitim emocionalnim reakcijama u skladu s profesionalnim normama. Empirijski nalazi potvrđuju da su emocionalni zahtjevi značajno povezani sa

sagorijevanjem i nepovoljnim zdravstvenim ishodima (Thapa i sur., 2022). Pri tome se posebno ističe uloga emocionalnog napora kao važnog mehanizma putem kojeg emocionalni zahtjevi mogu djelovati na profesionalno funkcioniranje zaposlenika.

Uz emocionalne zahtjeve, radno opterećenje predstavlja dodatnu važnu dimenziju radnih zahtjeva. Ono obuhvaća i kvantitativne aspekte, poput obujma posla i vremenskog pritiska i kvalitativne aspekte, poput složenosti zadataka i odgovornosti za korisnike. Meta-analitički nalazi dosljedno potvrđuju povezanost radnog opterećenja i emocionalne iscrpljenosti (Lee i Ashforth, 1996), dok novija istraživanja naglašavaju da su kadrovska popunjenost i kvaliteta radnog okruženja važni čimbenici povezani s profesionalnim funkcioniranjem medicinskih sestara (Aiken i sur., 2012). U kontekstu dugotrajne skrbi, gdje je manjak kadra česta pojava, radno opterećenje poprima kronični karakter, čime se povećava rizik od dugotrajnog iscrpljivanja zaposlenika.

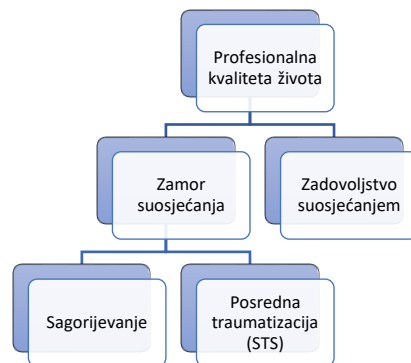
Posebnu dimenziju radnih zahtjeva u ovom kontekstu predstavlja izloženost smrti i patnji, koja uključuje egzistencijalne aspekte rada. Za razliku od mnogih drugih profesionalnih konteksta, zaposlenici u domovima za starije osobe kontinuirano su suočeni s terminalnim stanjima, gubitkom korisnika i procesima umiranja. Takva izloženost može imati kumulativne učinke na emocionalno funkcioniranje zaposlenika te pridonijeti razvoju emocionalne iscrpljenosti i posredne traumatizacije. Empirijski nalazi potvrđuju visoku prevalenciju emocionalne iscrpljenosti u kontekstima obilježenima intenzivnim stresorima ove vrste (Asmar i sur., 2025), što dodatno naglašava važnost uključivanja egzistencijalnih zahtjeva u analizu profesionalnog stresa.

Radni zahtjevi u dugotrajnoj skrbi ne djeluju izolirano, već predstavljaju međusobno povezane i kumulativne izvore opterećenja. Njihova kronična prisutnost i međudjelovanje, u uvjetima ograničenih resursa, stvaraju podlogu za razvoj sagorijevanja i drugih nepovoljnih profesionalnih i zdravstvenih ishoda, što je u skladu s pretpostavkama JD-R modela.

1.3. Profesionalna kvaliteta života: ProQOL model

Profesionalna kvaliteta života (eng. Professional Quality of Life, ProQOL) odnosi se na subjektivno doživljenu kvalitetu vlastitog pomagačkog rada, pri čemu obuhvaća i pozitivne i negativne aspekte profesionalnog iskustva (Stamm, 2010). U središtu ovog koncepta nalazi se pretpostavka da pomaganje drugima, osobito u profesijama koje uključuju kontinuirani kontakt

s patnjom, bolešću, gubitkom i smrću, može istodobno predstavljati izvor profesionalnog ispunjenja i izvor značajnog psihološkog opterećenja (Stamm, 2010). ProQOL model stoga omogućuje konceptualizaciju profesionalnog iskustva pomagača kao višedimenzionalnog fenomena, u kojem se pozitivna dimenzija izražava kroz zadovoljstvo suosjećanjem, dok se negativna dimenzija izražava kroz zamor suosjećanja, unutar kojeg se razlikuju sagorijevanje i posredna traumatizacija (Stamm, 2010).



Slika 1: Dijagram profesionalne kvalitete života (preoblikovano prema Stamm, 2010, str. 8)

U sestrinstvu i srodnim pomagačkim profesijama ovaj je model osobito relevantan jer suosjećanje predstavlja jednu od temeljnih i normativno očekivanih sastavnica profesionalnog djelovanja. Upravo zbog toga isti profesionalni zahtjevi mogu biti povezani i s doživljajem smisla, kompetentnosti i profesionalnog zadovoljstva, a i s emocionalnim iscrpljivanjem, preopterećenošću i traumatski obojenim reakcijama na tuđu patnju (Perković i Pukljak Iričanin, 2019). U literaturi o sestrinstvu zamor suosjećanja opisuje se kao potencijalna posljedica rada s traumatiziranim i teško oboljelim osobama, osobito kada je pomagač obilježen snažnom empatičnom orijentacijom (Joinson, 1992; Figley, 1995). S druge strane, zadovoljstvo suosjećanjem odnosi se na pozitivne osjećaje koji proizlaze iz doživljaja da osoba dobro obavlja svoj pomagački posao, da pomaže drugima i da njezin rad ima smisao i vrijednost (Stamm, 2010). Na taj način ProQOL model nadilazi redukcionističko usmjerenje isključivo na profesionalni stres i iscrpljenost te otvara prostor za razumijevanje pozitivnih aspekata profesionalnog funkcioniranja u pomagačkim profesijama.

Važnost ProQOL modela dodatno je potvrđena njegovom snažnom prisutnošću u empirijskim istraživanjima sestrinstva. U pregledu literature Yang i Joung (2012) ističu da je ProQOL najčešće korišten instrument u istraživanjima zamora suosjećanja, posredne

traumatizacije, sagorijevanja i srodnih konstrukata u sestinstvu. Time ProQOL ne predstavlja samo teorijski okvir, nego i dominantan način operacionalizacije profesionalne kvalitete života u istraživanjima pomagačkih zanimanja.

Kao što je i ranije navedeno, posebna je vrijednost tog okvira u tome što omogućuje istodobno razmatranje negativnih i pozitivnih profesionalnih iskustava. Takvo je polazište metodološki i teorijski važno jer Stamm (2010) profesionalnu kvalitetu života konceptualizira kroz istodobnu prisutnost pozitivnih i negativnih aspekata pomagačkog rada, a Perković i Pukljak Iričanin (2019) također razmatraju zadovoljstvo suosjećanjem uz negativne profesionalne ishode.

Istodobno, odnos između zadovoljstva suosjećanjem i zamora suosjećanja ne može se svesti na jednostavan polaritet, jer se u empirijskim nalazima pokazuje da ti fenomeni mogu koegzistirati u različitim kombinacijama i razinama intenziteta (Ortega-Campos i sur., 2019).

Za razumijevanje ProQOL modela potrebno je precizno razgraničiti pojam suosjećanja od pojma empatije, budući da se ta dva konstrukta nerijetko koriste kao sinonimi. Empatija se opisuje kao sposobnost razumijevanja svijeta druge osobe iz njezine perspektive, uz očuvanje vlastitog identiteta i objektivnosti, pri čemu uključuje i kognitivnu i afektivnu komponentu razumijevanja tuđih misli i osjećaja (Vuković i Bošnjaković, 2016). Suosjećanje, međutim, uključuje dodatnu aktivacijsku dimenziju: ono ne podrazumijeva samo razumijevanje tuđe patnje, nego i emocionalnu uključenost obilježenu ganućem te spremnošću na djelovanje usmjereno prema ublažavanju patnje i pomoći drugoj osobi (Vuković i Bošnjaković, 2016). Upravo ta usmjerenost na pomoć čini suosjećanje osobito relevantnim za sestinstvo, u kojem se ono smatra nužnim elementom učinkovite i cjelovite zdravstvene njege te važnim motivom za odabir pomagačkog zanimanja (Perković i Pukljak Iričanin, 2019). Međutim, ista ta komponenta može djelovati dvosmjerno: suosjećanje može biti izvor profesionalne snage i smisla, ali i izvor ranjivosti kada je emocionalna izloženost intenzivna, dugotrajna i ponavljajuća (Figley, 1995).

Razvoj samog ProQOL konstrukta vezan je uz potrebu da se u jedinstvenom okviru obuhvate različite posljedice rada u pomagačkim profesijama. U ProQOL priručniku profesionalna kvaliteta života definira se kao kvaliteta koju osoba osjeća u odnosu na svoj pomagački rad, pri čemu i pozitivni i negativni aspekti posla sudjeluju u oblikovanju ukupnog profesionalnog iskustva (Stamm, 2010). U tom se okviru zadovoljstvo suosjećanjem definira

kao pozitivna komponenta profesionalne kvalitete života, dok zamor suosjećanja predstavlja negativnu komponentu koja se dalje razlaže na sagorijevanje i sekundarni traumatski stres (Stamm, 2010). Takva konceptualizacija rezultat je povijesnog razvoja literature u kojoj su se negativni učinci pomaganja označavali različitim terminima, uključujući sagorijevanje, zamor suosjećanja, sekundarni traumatski stres i zamjensku traumatizaciju, bez jasnih empirijskih granica među njima (Stamm, 2010). Stamm (2010) upravo zbog te terminološke i taksonomske neujednačenosti predlaže integrirani okvir koji omogućuje jasnije razlikovanje kumulativnog profesionalnog opterećenja od traumatski obojenih reakcija koje proizlaze iz sekundarne izloženosti tuđim traumatskim iskustvima.

Unutar ProQOL modela zamor suosjećanja predstavlja krovni negativni konstrukt, a empirijski se operacionalizira kroz dvije komponente: sagorijevanje i sekundarni traumatski stres (Stamm, 2010). Takva operacionalizacija omogućuje razlikovanje dvaju međusobno povezanih, ali teorijski različitih oblika nepovoljnog profesionalnog iskustva. Sagorijevanje se u ProQOL okviru definira kao komponenta negativnih učinaka skrbi povezana s osjećajem beznađa, iscrpljenosti i poteškoćama u učinkovitom suočavanju s poslom, pri čemu se razvija postupno i najčešće odražava kumulativno opterećenje radnim uvjetima i doživljaj neučinkovitosti u profesionalnom funkcioniranju (Stamm, 2010). U literaturi se naglašava da je sagorijevanje osobito povezano s prekomjernim radnim opterećenjem, administrativnim opterećenjem, nepodržavajućim radnim okruženjem i kroničnim organizacijskim stresorima (Flarity, Gentry i Mesnikoff, 2013; Keidel, 2002). Keidel (2002) ističe da sagorijevanje može uključivati fizičku iscrpljenost, negativan samokoncept, negativan stav prema poslu i gubitak osjetljivosti za potrebe korisnika, pri čemu ne djeluje samo na profesionalno funkcioniranje nego i na fizičko i mentalno zdravlje pomagača. U empirijskim nalazima Frey i sur. (2015) izvještavaju da je 26,8% medicinskih sestara u području palijativne skrbi imalo visoke rezultate sagorijevanja, što potvrđuje njegovu relevantnost kao profesionalnog rizika u radu s teško oboljelim i umirućim korisnicima.

Sekundarni traumatski stres u ProQOL okviru označava traumatski obojenu komponentu zamora suosjećanja, koja proizlazi iz sekundarne izloženosti traumatskim iskustvima drugih osoba u kontekstu profesionalnog rada (Stamm, 2010). Sekundarni traumatski stres uključuje specifične simptome poput straha, poteškoća sa spavanjem, nametljivih slika, izbjegavanja podsjetnika na tuđa traumatska iskustva i osjećaja emocionalne preplavljenosti (Stamm, 2010). U ovom radu pojam sekundarnog traumatskog stresa koristi se

u značenju bliskom konceptu posredne traumatizacije, pri čemu će se radi terminološke jasnoće nadalje koristiti naziv posredna traumatizacija, uz jasno razlikovanje od pojma retraumatizacije.

Za razliku od sagorijevanja, koje se najčešće razvija postupno, posredna traumatizacija može imati nagliji nastup i biti vezan uz određeni događaj ili akumulaciju izrazito stresnih profesionalnih iskustava (Portnoy, 2011). U tom smislu posredna traumatizacija odražava traumatsku dimenziju pomagačkog rada, odnosno posljedice empatijske uključenosti u patnju i traumu drugih ljudi. Coetzee i Klopper (2010) simptome zamora suosjećanja grupiraju u fizičke, emocionalne, socijalne, duhovne i kognitivne manifestacije, pri čemu se brojni od tih simptoma preklapaju sa slikom posredne traumatizacije, osobito kada je riječ o emocionalnoj preplavljenosti, iritabilnosti, kognitivnim teškoćama i povlačenju iz socijalnih odnosa. U empirijskom smislu, Frey i sur. (2015) navode da je 51,6% medicinskih sestara u palijativnoj skrbi imalo umjerene rezultate posredne traumatizacije, što potvrđuje njegovu prisutnost u kontekstima obilježenima intenzivnom izloženošću patnji i smrti.

Iako se u literaturi često ističe preklapanje između sagorijevanja i posredne traumatizacije, kao i između sagorijevanja i zamora suosjećanja općenito, važno je zadržati dosljednost u njihovu razlikovanju. Portnoy (2011) navodi da se zamor suosjećanja ponekad opisuje kao vrsta sagorijevanja, no istodobno naglašava da je jedna od ključnih razlika upravo u obrascu nastanka: sagorijevanje se razvija postupno kao rezultat kroničnog profesionalnog opterećenja, dok posredna traumatizacija može nastupiti naglije i biti snažnije vezana uz specifičnu traumatsku izloženost. U ProQOL okviru to razlikovanje ima posebnu vrijednost jer omogućuje analitičko odvajanje kumulativnog profesionalnog opterećenja od traumatski obojenih reakcija povezanih sa sekundarnom izloženošću patnji i traumi korisnika (Stamm, 2010). Takvo razlikovanje osobito je važno u pomažućim profesijama, gdje se sagorijevanje može javiti i u odsutnosti traumatskog sadržaja, dok je posredna traumatizacija u većoj mjeri vezana uz kontakt s traumom, patnjom i gubitkom.

Nasuprot negativnim komponentama profesionalne kvalitete života, zadovoljstvo suosjećanjem predstavlja pozitivan aspekt profesionalnog iskustva. U ProQOL priručniku ono se definira kao zadovoljstvo koje proizlazi iz doživljaja da osoba dobro obavlja svoj pomagački posao, da učinkovito pomaže drugima i da njezin rad doprinosi korisnicima, kolegama i širem radnom okruženju (Stamm, 2010). Zadovoljstvo suosjećanjem stoga se ne može razumjeti samo kao odsutnost zamora suosjećanja, nego kao zaseban i sadržajno pozitivan konstrukt koji označava osjećaj profesionalnog smisla, postignuća i vrijednosti vlastitoga rada. U literaturi se

ističe da je zadovoljstvo suosjećanjem povezano s općim zadovoljstvom poslom, većom profesionalnom predanošću i većom vjerojatnošću ostanka u profesiji medicinske sestre (Sinclair i sur., 2017). Perković i Pukljak Iričanin (2019) također naglašavaju da suosjećanje kod medicinskih sestara može rezultirati većim osobnim i profesionalnim zadovoljstvom, što dodatno podupire potrebu da se pozitivni aspekti pomaganja ne zanemare u istraživanjima profesionalne kvalitete života.

Empirijski nalazi upućuju na to da zadovoljstvo suosjećanjem može imati zaštitnu ulogu u profesionalnom funkcioniranju. Stamm (2010) ga opisuje kao jedan od najvažnijih čimbenika u prevenciji zamora suosjećanja, a dio pomagača upravo u iskustvu pomaganja pronalazi izvor snage i profesionalne otpornosti. Takemura i sur. (2022) navode da su medicinske sestre nakon napredne edukacije za skrb na kraju života iskazale višu razinu zadovoljstva suosjećanjem i niže sagorijevanje, uz smanjenje straha od vlastite smrti i veće prihvaćanje smrti drugih. Slično tome, Frey i sur. (2015) pokazuju da prethodno palijativno obrazovanje, psihološko osnaživanje i dimenzije psihološke čvrstoće predviđaju više zadovoljstvo suosjećanjem te niže sagorijevanje i nižu posrednu traumatizaciju. Takvi nalazi upućuju na to da zadovoljstvo suosjećanjem može funkcionirati kao važan profesionalni i psihološki resurs. Međutim, literatura također pokazuje da odnos između zadovoljstva suosjećanjem i zamora suosjećanja nije jednostavno inverzan. Ortega-Campos i sur. (2019) navode mogućnost koegzistiranja sličnih razina zadovoljstva suosjećanjem i zamora suosjećanja, što potvrđuje da se radi o odvojenim, a ne suprotnim polovima jedne jedinstvene dimenzije. Upravo zbog toga zadovoljstvo suosjećanjem, sagorijevanje i posrednu traumatizaciju treba analizirati kao zasebne, iako međusobno povezane ishode profesionalne kvalitete života.

Važna prednost ProQOL modela jest i njegova standardizirana operacionalizacija. ProQOL-5 sastoji se od 30 čestica raspoređenih u tri subskale: zadovoljstvo suosjećanjem, sagorijevanje i posrednu traumatizaciju (sekundarni traumatski stres) (Stamm, 2010). Zadovoljstvo suosjećanjem mjeri pozitivne osjećaje povezane sa sposobnošću pomaganja i doživljajem da se posao obavlja dobro, sagorijevanje mjeri osjećaj beznađa i poteškoće u učinkovitom obavljanju posla, a sekundarni traumatski stres mjeri negativne reakcije povezane sa sekundarnom izloženošću traumatskim događajima kroz rad (Stamm, 2010). U priručniku se navodi postupak obrnutog bodovanja određenih čestica, zbrajanja rezultata po subskalama te pretvaranja sirovih rezultata u T-rezultate, pri čemu T-rezultati imaju srednju vrijednost 50 i standardnu devijaciju 10, što omogućuje usporedivost među subskalama i verzijama

instrumenta (Stamm, 2010). Istodobno, Stamm (2010) izričito naglašava da ProQOL nije dijagnostički instrument te da visoki rezultati na subskalama sagorijevanja ili posredne traumatizacije ne omogućuju dijagnosticiranje psihičkih poremećaja, nego služe kao signal za daljnje razmatranje i eventualnu procjenu. Takemura i sur. (2022) primijenili su ProQOL-5 u istraživanju profesionalne kvalitete života medicinskih sestara zaposlenih u kućnoj skrbi i domovima za starije osobe. U opisu instrumenta navode se zadovoljavajući pokazatelji unutarnje konzistencije subskala ProQOL-5, pri čemu Cronbachovi alfa-koeficijenti iznose $\alpha = .88$ za zadovoljstvo suosjećanjem, $\alpha = .75$ za sagorijevanje i $\alpha = .81$ za sekundarni traumatski stres. Dodatnu potporu primjeni instrumenta u sestrinskoj populaciji daju Cilar i sur. (2021), koji su na uzorku slovenskih i hrvatskih medicinskih sestara utvrdili Cronbachove alfa-koeficijente $\alpha = .88$ za zadovoljstvo suosjećanjem, $\alpha = .79$ za sagorijevanje i $\alpha = .78$ za sekundarni traumatski stres.

U literaturi su prepoznate i brojne determinante profesionalne kvalitete života u sestrinstvu. Yang i Joung (2012) navode da se čimbenici povezani sa zamorom suosjećanja mogu grupirati u osobne, profesionalne, psihološke, podržavajuće i čimbenike suočavanja. Među rizičnim čimbenicima navode se mlađa dob, nepovoljan bračni status, osobni i obiteljski problemi, manje iskustva s traumatiziranim korisnicima, dugi radni sati, preopterećenost poslom, nesigurnost zaposlenja, visoki profesionalni stres, anksioznost, pretjerana empatija te neadaptivni načini suočavanja poput izbjegavanja, sukoba i izolacije (Yang i Joung, 2012). Yilmaz i Ustun (2018) dodatno naglašavaju ulogu organizacijskog okruženja, ističući da su nepodržavajuća radna okolina, narušeni međuljudski odnosi te radne smjene dulje od 12 sati povezani s višim rizikom od nepovoljnih profesionalnih ishoda. Autori posebno upozoravaju na nevoljkost zaposlenika da komuniciraju o traumatičnim i teškim slučajevima unutar tima, što onemogućuje adekvatnu proradu stresa i produbljuje zamor suosjećanja.

Nasuprot tomu, edukacija, osviještenost o zamoru suosjećanja, organizacijska podrška, psihološko osnaživanje, psihološka čvrstoća i mogućnost traženja podrške dosljedno se pojavljuju kao zaštitni čimbenici (Keidel, 2002; Frey i sur., 2015; Takemura i sur., 2022). Takvi nalazi imaju i jasne intervencijske implikacije jer upućuju na važnost organizacijskih promjena, edukacijskih programa i strategija samoregulacije u prevenciji sagorijevanja i posredne traumatizacije te u poticanju zadovoljstva suosjećanjem.

Razmatranje negativnih i pozitivnih aspekata pomagačkog rada je posebno važno u kontekstu rada medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe, gdje su

profesionalni zahtjevi obilježeni trajnim kontaktom s patnjom, bolešću, demencijom, funkcionalnim propadanjem i smrću korisnika, ali i iskustvima profesionalnog smisla, bliskosti i doprinosa kvaliteti života korisnika. ProQOL okvir stoga omogućuje preciznije razumijevanje profesionalnih ishoda takvog rada (Stamm, 2010). U tom smislu ProQOL model predstavlja važnu teorijsku dopunu JD-R modelu: dok JD-R model objašnjava kako radni zahtjevi i resursi oblikuju profesionalno funkcioniranje, ProQOL model omogućuje preciznu operacionalizaciju ključnih profesionalnih ishoda koji proizlaze iz rada u pomagačkom kontekstu, osobito kada je riječ o zamoru suosjećanja, zadovoljstvu suosjećanjem, sagorijevanju i posrednoj traumatizaciji. U okviru ovog istraživanja dimenzije profesionalne kvalitete života (sagorijevanje, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem) promatraju se kao ključni profesionalni ishodi putem kojih se radni zahtjevi i resursi povezuju sa zdravstvenim ishodima.

Jedan od ključnih mehanizama koji povezuje radne zahtjeve s navedenim ishodima odnosi se na emocionalni napor, odnosno na procese regulacije emocija u profesionalnom kontekstu, koji će biti razrađeni u nastavku rada.

1.4. Emocionalni napor

Emocionalni napor predstavlja jednu od ključnih, ali često nedovoljno vidljivih dimenzija rada u uslužnim, zdravstvenim i pomažućim profesijama. Posebno dolazi do izražaja u kontekstima u kojima se od zaposlenika očekuje kontinuirano iskazivanje društveno i profesionalno poželjnih emocija (Ashforth i Humphrey, 1993). U takvim okolnostima emocionalno izražavanje nije spontano, nego je usklađeno s pravilima profesije, što znači da zaposlenici često moraju prikriti, potisnuti ili preoblikovati vlastite emocionalne reakcije.

U praksi to podrazumijeva situacije u kojima osoba ne izražava ono što doista osjeća, već ono što se od nje očekuje. Takav nesklad između doživljenih i prikazanih emocija zahtijeva kontinuiranu samoregulaciju i predstavlja izvor dodatnog psihološkog opterećenja. Upravo zbog toga emocionalni napor posebno je izražen u profesijama koje uključuju intenzivnu i čestu interakciju s drugim ljudima, kao što su zdravstvene i socijalne djelatnosti. Istraživanja pokazuju da su osobe koje rade u takvim uvjetima podložnije sagorijevanju, upravo zbog trajne potrebe za upravljanjem vlastitim emocijama (Jeung, Kim i Chang, 2018).

U teorijskom smislu emocionalni napor definiran je na različite, ali međusobno komplementarne načine. Hochschild (1983) ga opisuje kao upravljanje emocijama u svrhu

stvaranja javno vidljivih emocionalnih izraza koji su u skladu s profesionalnim očekivanjima. U tom okviru emocije postaju dio rada, odnosno resurs kojim se upravlja kako bi se ostvarili organizacijski ciljevi. Sličnu perspektivu nude Ashforth i Humphrey (1993), koji emocionalni napor definiraju kao prikazivanje prikladnih emocija u svrhu upravljanja dojmovima, uz pretpostavku da takvo izražavanje može biti povezano s učinkovitijim radom ako ga korisnici percipiraju kao autentično. Morris i Feldman (1996) dodatno naglašavaju element truda i kontrole, ističući da emocionalni napor uključuje i unutarnje napetosti koje nastaju kada zaposlenici moraju prikazivati emocije koje ne odgovaraju njihovim stvarnim osjećajima. Grandey (2000) pak emocionalni rad promatra kao proces regulacije emocija u skladu s pravilima profesionalnog izražavanja, čime dodatno povezuje individualnu emocionalnu regulaciju s organizacijskim normama.

U empirijskim istraživanjima emocionalni napor najčešće se analizira kroz strategije koje zaposlenici koriste kako bi uskladili vlastite emocije s profesionalnim očekivanjima. Brotheridge i Grandey (2002) razlikuju dvije osnovne strategije: hinjenje emocija (eng. surface acting) i uživljavanje u emocije (eng. deep acting). Hinjenje emocija se odnosi na promjenu vanjskog emocionalnog izraza bez stvarne promjene unutarnjeg doživljaja, odnosno na hinjenje emocija, dok uživljavanje u emocije uključuje pokušaj da osoba doista osjeti emociju koju treba pokazati. Drugim riječima, dok hinjenje emocija održava nesklad između unutarnjeg i vanjskog stanja, uživljavanje u emocije nastoji taj nesklad smanjiti.

Upravo taj nesklad, odnosno emocionalna disonanca, smatra se jednim od ključnih mehanizama putem kojih emocionalni napor djeluje na psihološko funkcioniranje zaposlenika. Kada zaposlenik mora kontinuirano prikazivati emocije koje nisu u skladu s njegovim stvarnim osjećajima, dolazi do povećanog kognitivnog i emocionalnog opterećenja. Takva situacija zahtijeva dodatne napore samokontrole i trošenje psiholoških resursa, što dugoročno može dovesti do iscrpljenosti. Istraživanja pokazuju da su upravo emocionalna disonanca, konflikti u interakciji s korisnicima te učestalo suzbijanje emocija povezani s višim razinama sagorijevanja. Osim toga, manjak organizacijske podrške dodatno pojačava negativne učinke emocionalnog napora (Jeung, Kim i Chang, 2018).

Važno je naglasiti da emocionalni napor nije samo emocionalni, nego i kognitivni proces. Kontinuirano upravljanje emocijama zahtijeva mentalni napor, a dugotrajna izloženost takvim zahtjevima dovodi do gubitka osobnih resursa. Posljedično se mogu javiti psihološke smetnje, smanjena motivacija, osjećaj napetosti, ali i fiziološke promjene povezane sa stresom

(Jeung, Kim i Chang, 2018). Upravo zbog toga emocionalni napor treba promatrati kao važan izvor profesionalnog opterećenja, a ne samo kao poželjnu interpersonalnu vještinu.

Nadalje, Smith (1992) ističe kako je riječ o jednoj od najvažnijih, ali istovremeno i “nevidljivih” vještina u ovoj profesiji. Medicinske sestre u svakodnevnom radu kontinuirano upravljaju vlastitim emocijama jer se od njih očekuje iskazivanje suosjećajnosti, smirenosti i profesionalne stabilnosti, čak i u situacijama koje su emocionalno izrazito zahtjevne. To često znači da moraju prikriti vlastite osjećaje, “odglumiti” ili pokušati osjetiti emocije koje se od njih očekuju. Iako takvo ponašanje može kratkoročno povećati učinkovitost, dugoročno može dovesti do povećanog stresa, sagorijevanja i smanjenog zadovoljstva poslom (Lesjak i Sindik, 2013, prema Ćavar i Petrak, 2018).

U hrvatskom kontekstu istraživanja emocionalnog napora i njegove povezanosti sa sagorijevanjem još su relativno rijetka. Istraživanje provedeno sa medicinskim sestrama u KBC-u Rijeka pokazalo je da varijable percipiranog stresa na radnom mjestu, poput preopterećenosti, konflikta uloge i nejasnosti uloge, značajno predviđaju različite dimenzije sagorijevanja, samostalno ili u interakciji s emocionalnom inhibicijom (Hudek-Knežević, Krapić i Rajter, 2005). Ovi nalazi dodatno potvrđuju da emocionalna regulacija i organizacijski stres djeluju zajedno u oblikovanju profesionalnih ishoda.

Unatoč relativnoj suglasnosti oko važnosti emocionalnog napora, literatura ukazuje na određene konceptualne nejasnoće. Hulsheger i Schewe (2011) ističu da se radi o višedimenzionalnom konstrukt koji se različito operacionalizira, što može dovesti do neujednačenih istraživačkih nalaza. Dodatnu složenost unosi i razlikovanje emocionalnog rada i emocionalnog napora. Dok se emocionalni rad odnosi na upravljanje emocijama u privatnom kontekstu, emocionalni napor odnosi se na regulaciju emocija u radnom okruženju, s ciljem stvaranja društveno i profesionalno prihvatljivog emocionalnog izraza (Brook, 2009).

U teorijskom smislu, pristupi emocionalnom naporu mogu se podijeliti na modele emocionalne disonance i modele regulacije emocija. Modeli emocionalne disonance polaze od pretpostavke da nesklad između stvarno doživljenih i prikazanih emocija ima negativne posljedice za zaposlenika, jer zahtijeva dodatni psihološki napor i trošenje resursa (Abraham, 1998; Andela, Truchot i Van der Doef, 2016). Nasuprot tome, modeli regulacije emocija naglašavaju da sposobnost upravljanja emocijama može imati i pozitivne učinke, jer omogućuje

veću kontrolu nad emocionalnim izražavanjem i profesionalnim funkcioniranjem (Brotheridge i Grandey, 2000).

Empirijski nalazi sugeriraju da su obje perspektive relevantne. Istraživanje Barnetta i sur. (2022) pokazalo je da je emocionalna disonanca povezana s višim razinama emocionalne iscrpljenosti i sagorijevanja. Takvi rezultati upućuju na to da ključni problem nije sama regulacija emocija, nego način na koji se ona provodi i stupanj usklađenosti između unutarnjeg doživljaja i vanjskog izraza.

U skladu s tim, u ovom istraživanju odnos između emocionalnog napora i zamora suosjećanja konceptualizira se primarno iz perspektive emocionalne disonance. Polazi se od pretpostavke da veća usklađenost između doživljenih i izraženih emocija smanjuje psihološke troškove, a time i rizik zamora suosjećanja. Sukladno tome, očekuje se da će niži zamor suosjećanja biti povezan s većom autentičnošću emocionalnog izražavanja, odnosno s manjim oslanjanjem na potiskivanje i hinjenje emocija, zbog čega se emocionalni napor u ovom istraživanju promatra kao ključni mehanizam putem kojeg radni zahtjevi doprinose razvoju sagorijevanja i posredne traumatizacije.

1.5. Socijalna podrška kao zaštitni čimbenik u profesionalnoj kvaliteti života

Socijalna podrška zauzima važno mjesto u teorijskim i empirijskim objašnjenjima profesionalnog stresa, sagorijevanja i šire profesionalne kvalitete života, osobito u pomagačkim profesijama. U najširem smislu, socijalna podrška odnosi se na kvalitetu interpersonalnih odnosa kroz koje pojedinac prima emocionalne, instrumentalne, informacijske i evaluativne resurse potrebne za suočavanje sa zahtjevima svakodnevice i rada (House, 1981; Cohen i Willis, 1985). Međutim, unatoč širokoj uporabi pojma, socijalna podrška zahtijeva preciznu konceptualizaciju jer su ranija istraživanja često koristila ad hoc pokazatelje bez jasnog teorijskog utemeljenja, što je otežavalo razumijevanje njezinih učinaka na mentalno zdravlje, distres i profesionalno funkcioniranje (Thoits, 1982). U tom smislu, socijalna podrška ne može se svesti samo na postojanje socijalnih veza, nego se mora promatrati i kroz funkcionalne aspekte odnosa, odnosno kroz pitanje u kojoj mjeri interpersonalne veze doista zadovoljavaju potrebe za afekcijom, odobravanjem, pripadanjem, identitetom i sigurnošću (Thoits, 1982).

Klasične definicije socijalne podrške dodatno naglašavaju njezinu kognitivno-afektivnu dimenziju. Cobb (1976) socijalnu podršku opisuje kao informaciju koja pojedincu omogućuje

da vjeruje da je voljen, cijenjen i dio mreže uzajamnih obveza, dok Sarason i sur. (2001) podršku promatraju kao mrežu odnosa i transakcija koja nadopunjuje osobne resurse i omogućuje učinkovitije suočavanje u situacijama potrebe. Takvo određenje upućuje na to da je socijalna podrška istodobno relacijski i transakcijski fenomen: ukorijenjena je u odnosima, ali se ostvaruje kroz razmjenu konkretnih oblika pomoći.

U teorijskom smislu, jedno od najutjecajnijih objašnjenja djelovanja socijalne podrške predstavlja hipoteza zaštitnog učinka („buffering“ hipoteza) Cohena i Willsa (1985). Autori razlikuju model glavnog učinka i zaštitni, odnosno buffering model. Model glavnog učinka pretpostavlja da socijalna podrška općenito doprinosi dobrobiti i mentalnom zdravlju neovisno o razini stresora, dok buffering model polazi od pretpostavke da socijalna podrška ne uklanja same stresore, nego ublažava njihove negativne učinke, osobito u uvjetima visoke izloženosti stresu (Cohen i Wills, 1985; Inaba, 2004; Bae, 2015). U tom je smislu socijalna podrška posebno važna u radnim okruženjima obilježenima kroničnim zahtjevima, emocionalnim opterećenjem i ograničenim resursima, kakva su tipična za zdravstvene i pomažuće profesije, a osobito za sustav dugotrajne skrbi.

Ipak, teorijska i metodološka literatura upozorava da učinci socijalne podrške nisu jednostavni ni jednoznačni. Thoits (1982) ističe da zaštitni (buffering) učinci mogu biti precijenjeni kada se ne razlikuju izravni učinci stresnih događaja na razinu podrške od interakcijskih učinaka podrške i stresa. Životni događaji i stresne okolnosti mogu sami po sebi mijenjati razinu podrške, dok istodobno podrška može utjecati na vjerojatnost nastanka određenih događaja. Zbog toga je, osobito u presječnim istraživanjima, teško razlučiti uzročne smjerove. Longitudinalni pristup stoga se smatra metodološki prikladnijim za testiranje hipoteze zaštitnog učinka, osobito kada uključuje višekratna mjerenja socijalne podrške kroz vrijeme (Thoits, 1982). Ova metodološka napomena važna je i za interpretaciju nalaza u istraživanjima sestrinstva, gdje se socijalna podrška često prikazuje kao zaštitni faktor, ali bez mogućnosti čvrstog zaključivanja o uzročnosti.

Važno teorijsko razgraničenje odnosi se i na razliku između strukturnih i funkcionalnih mjera podrške. Strukturne mjere odnose se na veličinu, gustoću i dostupnost socijalne mreže, odnosno na pitanje koliko veza pojedinac ima i kako su te veze organizirane. Funkcionalne mjere, s druge strane, odnose se na kvalitetu i vrstu podrške koju pojedinac doživljava, uključujući emocionalnu, instrumentalnu i informacijsku pomoć (Ganster i Victor, 1988). Upravo je ta razlika važna jer prisutnost socijalne mreže ne znači nužno i dostupnost kvalitetne

podrške. U kontekstu ove disertacije naglasak je stavljen na funkcionalnu, percipiranu socijalnu podršku, odnosno na doživljaj dostupnosti emocionalne i instrumentalne pomoći iz različitih izvora.

Kad je riječ o vrstama socijalne podrške, literatura najčešće razlikuje emocionalnu i instrumentalnu podršku, uz dodatna razlikovanja informacijske i procjenjivačke podrške (House, 1981; Thoits, 1982). Emocionalna podrška uključuje empatiju, razumijevanje, toplinu, prihvaćanje, brigu i utjehu, dok se instrumentalna podrška odnosi na konkretnu pomoć, savjete, informacije, vrijeme, energiju ili financijske resurse. U sestrijskom i organizacijskom kontekstu osobito je važno i funkcionalno razmatranje podrške, pri čemu pojedine funkcije podrške mogu imati specifične učinke na profesionalno funkcioniranje (Shirey, 2004; Karasek i Theorell, 1990). Tako Woodhead, Northrop i Edelstein (2016) pokazuju da su potvrda vlastite vrijednosti i mogućnost brige za druge funkcionalni aspekti podrške povezani s dimenzijama sagorijevanja, pri čemu manja potvrda vlastite vrijednosti predviđa veću emocionalnu iscrpljenost, a veća potvrda vlastite vrijednosti i veća mogućnost brige za druge više osobno postignuće.

Jednako je važno razlikovati i izvore socijalne podrške. U istraživanjima sestrijsva i zdravstvenih profesija najčešće se razlikuju izvori iz radne sfere, poput nadređenih, kolega i suradnika, te izvori iz privatne sfere, poput partnera, članova obitelji i prijatelja (Hamaideh, 2011; House i Wells, 1978). Ova distinkcija nije samo deskriptivna, nego i teorijski relevantna jer različiti izvori podrške mogu djelovati kroz različite mehanizme. Podrška s radnog mjesta često je neposrednije povezana s konkretnim zahtjevima posla i može imati izraženiju instrumentalnu funkciju, dok podrška iz privatne sfere češće djeluje kroz emocionalno osnaživanje, potvrdu osobne vrijednosti i ublažavanje posljedica radnog opterećenja na psihološku dobrobit. Halbesleben (2006) pokazuje da socijalna podrška kao resurs jest povezana s nižim razinama sagorijevanja, ali i da odnos nije jednak za sve njegove dimenzije kada se podrška promatra zbirno. Kada se, međutim, izvori podrške diferenciraju, pokazuje se da podrška s radnog mjesta snažnije povezana s emocionalnom iscrpljenošću, dok podrška iz privatne sfere relativno snažnije povezana s depersonalizacijom i osobnim postignućem (Halbesleben, 2006). Ovakvi nalazi podupiru pretpostavku da socijalna podrška nije jedinstven, uniforman zaštitni faktor, nego višedimenzionalan resurs čiji učinci ovise o izvoru, funkciji i kontekstu.

U sestrijskim kontekstima socijalna podrška pokazuje se osobito važnom u objašnjenju sagorijevanja. Hamaideh (2011) navodi da je kod medicinskih sestara koje rade u području mentalnog zdravlja ukupna socijalna podrška negativno povezana s emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom te pozitivno povezana s osobnim postignućem. U istom istraživanju najviša percipirana podrška dolazi od partnera, zatim od kolega i nadređenih, a najniža od prijatelja i rodbine, što upućuje na to da se i dostupnost podrške razlikuje ovisno o izvoru. García i sur. (2005) dodatno pokazuju da su podrška obitelji i podrška nadređenih negativno povezane s emocionalnom iscrpljenošću te da imaju zaštitni (buffering) učinak u uvjetima visokog radnog stresa. Istodobno, podrška suradnika u njihovu je istraživanju bila pozitivno povezana s emocionalnom iscrpljenošću, što autori tumače mobilizacijskim modelom podrške, odnosno pretpostavkom da se kolegijalna pomoć intenzivira kada je iscrpljenost već prisutna (Barrera, 2000; García i sur., 2005). Ovaj nalaz dodatno upozorava na potrebu oprezne interpretacije korelacija između podrške i profesionalnih ishoda, jer veća podrška ne mora uvijek nužno prethoditi problemu, nego ga može i slijediti.

U dugotrajnoj skrbi i srodnim ustanovama socijalna podrška također pokazuje značajnu povezanost s profesionalnim ishodima. Woodhead i sur. (2016) nalaze da su podrška nadređenih i podrška prijatelja/članova obitelji povezane s nižom emocionalnom iscrpljenošću, dok funkcionalni aspekti podrške, poput potvrde vlastite vrijednosti, predviđaju nižu emocionalnu iscrpljenost i više osobno postignuće.

Osim u istraživanjima sagorijevanja, socijalna podrška važna je i u kontekstu zamora suosjećanja i zadovoljstva suosjećanjem. Dosadašnja istraživanja na medicinskim sestrama pokazuju da je socijalna podrška kolega i nadređenih značajan prediktor nižeg zamora suosjećanja i višeg zadovoljstva suosjećanjem (Abualrub, 2004; Jiang i Shen, 2016). S druge strane, Mohsin, Shahed i Salil (2017) nisu pronašli značajnu povezanost između socijalne podrške i zamora suosjećanja, ali su utvrdili značajnu nisku pozitivnu povezanost između socijalne podrške i zadovoljstva suosjećanjem. Važno je pritom naglasiti da su u tom istraživanju obuhvaćeni isključivo privatni izvori podrške partner, obitelj i prijatelji dok podrška s radnog mjesta nije bila uključena. Upravo ta metodološka ograničenost sugerira da bi podrška kolega i nadređenih mogla biti posebno važna u prevenciji zamora suosjećanja, osobito u profesijama u kojima se emocionalni teret rada dijeli unutar radnog tima. Slijedom toga, dobri međuljudski odnosi na radnom mjestu i podržavajuće vodstvo mogu predstavljati važan organizacijski resurs za očuvanje profesionalne kvalitete života.

U ovoj se disertaciji socijalna podrška promatra upravo iz takve diferencirane perspektive. Naglasak nije samo na općoj prisutnosti podrške, nego na emocionalnoj i instrumentalnoj podršci dobivenoj iz četiriju izvora: od nadređenih, kolega, obitelji i partnera. Takvo razdvajanje izvora i funkcija podrške omogućuje preciznije razumijevanje toga koji aspekti socijalne podrške i koji izvori imaju najveću važnost za profesionalnu kvalitetu života medicinskih sestara i njegovateljica. To je osobito važno u hrvatskom kontekstu, gdje su istraživanja koja istodobno razlikuju više izvora podrške i povezuju ih sa zamorom suosjećanja (sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom) i zadovoljstvom suosjećanjem još uvijek rijetka.

U okviru JD-R modela socijalna podrška logično se pozicionira kao radni resurs. JD-R model polazi od pretpostavke da radni zahtjevi troše energiju i povećavaju rizik sagorijevanja, dok radni resursi olakšavaju ostvarenje ciljeva, smanjuju negativne učinke zahtjeva i potiču profesionalni razvoj i angažiranost (Bakker i Demerouti, 2008; Demerouti i Bakker, 2023). U tom smislu socijalna podrška nije samo vanjski dodatak profesionalnom iskustvu, nego resurs koji može djelovati i motivacijski i zaštitno. Longitudinalna istraživanja JD-R modela potvrđuju da radni resursi predviđaju višu angažiranost, dok radni zahtjevi predviđaju višu razinu sagorijevanja i nepovoljnije zdravstvene ishode (Hakanen i sur., 2008; Lesener, Gusy i Wolter, 2019). Unutar takve logike socijalna podrška može djelovati izravno, kao čimbenik povezan s nižim sagorijevanjem i višom angažiranošću, ali i neizravno, preko jačanja kognitivnog i emocionalnog angažmana te osjećaja smislenosti rada (Huang i sur., 2022).

Ipak, zaštitni učinci socijalne podrške unutar JD-R i srodnih modela nisu uvijek empirijski jednako stabilni. Brough i sur. (2013) u okviru JD-R modela nalaze ograničene dokaze za interakcije zahtjeva i resursa, dok Vander Elst i sur. (2016) pokazuju zaštitni (buffering) učinak socijalne podrške na odnos između radnog opterećenja i sagorijevanja. Pisanti i sur. (2016) dodatno upućuju na važnost dinamičkog pristupa, pokazujući da promjene u zahtjevima, kontroli i podršci bolje objašnjavaju promjene emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije od početnih razina tih varijabli. Takvi nalazi potvrđuju da se učinci socijalne podrške ne mogu uvijek očekivati u jednostavnom i linearnom obliku, nego ih treba promatrati u odnosu na specifičan kontekst, vrstu zahtjeva, vrstu podrške, izvor podrške i vremensku dinamiku.

U radu medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe socijalna podrška osobito je relevantna jer djeluje u kontekstu trajne izloženosti emocionalno zahtjevnim situacijama, dugotrajnih odnosa s korisnicima, česte izloženosti gubitku, patnji i smrti te visokih

organizacijskih zahtjeva. U takvim uvjetima podrška ne uklanja same stresore, ali može ublažiti njihove negativne učinke, olakšati suočavanje i smanjiti psihološke troškove profesionalnog rada. Upravo se stoga socijalna podrška teorijski povezuje sa sagorijevanjem, posrednom traumatizacijom, zadovoljstvom suosjećanjem te mentalnom i tjelesnom zdravstvenom kvalitetom života. Ujedno, preciznije razumijevanje njezinih izvora i funkcija može predstavljati važan temelj za razvoj organizacijskih i edukacijskih intervencija usmjerenih na jačanje profesionalne kvalitete života zaposlenika u sustavu dugotrajne skrbi.

Zaključno, socijalnu podršku potrebno je promatrati kao višedimenzionalan i kontekstualno uvjetovan resurs. Njezini učinci nisu uniformni, nego ovise o načinu mjerenja, izvorima podrške te odnosu prema radnim zahtjevima i profesionalnim ishodima. Unatoč toj složenosti, dosljedno se potvrđuje njezina važnost u razumijevanju profesionalnog funkcioniranja u zdravstvenim i pomažućim profesijama. U okviru ove disertacije ona se stoga konceptualizira kao potencijalno zaštitni čimbenik koji može ublažiti negativne učinke profesionalnog stresa i emocionalnog napora te doprinijeti očuvanju profesionalne i zdravstvene kvalitete života.

1.6. Zdravstvena kvaliteta života medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe

Zdravstvena kvaliteta života (Health-Related Quality of Life-HRQoL) predstavlja multidimenzionalni konstrukt koji obuhvaća subjektivnu procjenu fizičkog i mentalnog funkcioniranja pojedinca u kontekstu svakodnevnog života, radnih aktivnosti i zdravstvenog stanja. Za razliku od objektivnih medicinskih pokazatelja, zdravstvena kvaliteta života uključuje doživljaj vlastitog zdravlja, sposobnost obavljanja profesionalnih i socijalnih uloga te razinu psihološke dobrobiti (Ware, Kosinski i Keller, 1996). Upravo zato taj konstrukt zauzima važno mjesto u istraživanjima radnog zdravlja, osobito u profesijama obilježenima visokim fizičkim i emocionalnim zahtjevima. U istraživanjima zdravstvenih djelatnika zdravstvena kvaliteta života često se operacionalizira instrumentom SF-12 Health Survey, razvijenim kao kraća verzija SF-36, pri čemu upitnik generira dvije sumarne komponente: fizičku komponentu (Physical Component Summary - PCS) i mentalnu komponentu (Mental Component Summary - MCS) (Ware, Kosinski i Keller, 1996). Ware i sur. (1996) pokazali su da SF-12 reproducira više od 90% varijance fizičke i mentalne komponente izvornog SF-36 instrumenta, zbog čega je postao standardni alat u epidemiološkim i radno-psihološkim istraživanjima.

U populaciji medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe zdravstvena kvaliteta života dobiva dodatnu specifičnost. Rad u dugotrajnoj skrbi uključuje istodobno visoke emocionalne i fizičke zahtjeve: dugotrajan kontakt s korisnicima, izloženost kroničnim bolestima, funkcionalnom propadanjem i smrti, ali i fizički napor povezan s njegom, transferima korisnika, smjenskim radom i općim opterećenjem radnog mjesta. Zbog toga zdravstvenu kvalitetu života u ovoj profesionalnoj skupini nije moguće razumjeti izvan šireg okvira radnog iskustva, profesionalne kvalitete života i dostupnih resursa suočavanja (Mikšić, 2018).

Mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života osobito je osjetljiva na nepovoljne uvjete rada i profesionalno iscrpljivanje. U sestrinskoj profesiji sagorijevanje se prepoznaje kao jedan od najvažnijih negativnih profesionalnih ishoda, a definira se kao sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća koji proizlazi iz kroničnog radnog stresa (Maslach i sur., 1996; Maslach i Leiter, 2016). Istraživanja dosljedno potvrđuju visoku prevalenciju sagorijevanja među medicinskim sestrama, pri čemu emocionalna iscrpljenost predstavlja dominantnu dimenziju ovog sindroma (Gómez-Urquiza i sur., 2017). U kontekstu dugotrajne skrbi taj je rizik dodatno povećan jer emocionalna uključenost u rad nije kratkotrajna niti epizodna, nego kontinuirana i intenzivna. Medicinske sestre i njegovateljice u domovima za starije osobe svakodnevno su izložene progresivnom pogoršanju zdravstvenog stanja korisnika, suočavanju s kroničnim bolestima, demencijom, funkcionalnim ograničenjima i smrću, što dugoročno može narušiti njihovo psihološko funkcioniranje (Mikšić, 2018).

Organizacijski čimbenici dodatno pojačavaju ranjivost mentalnog zdravlja zaposlenika u dugotrajnoj skrbi. Castle i Engberg (2005) pokazali su da je visoka fluktuacija zaposlenika u ustanovama dugotrajne skrbi povezana s lošijom kvalitetom skrbi, što upućuje na nestabilno radno okruženje i povećano opterećenje preostalog osoblja. Bostick i sur. (2006) dodatno potvrđuje da razina osoblja i radno opterećenje izravno utječu na kvalitetu skrbi u domovima za starije osobe, što implicira i povećane zahtjeve za same zaposlenike. Slično tome, Aiken i sur. (2012) pokazuju da loši radni uvjeti, nedostatak osoblja i organizacijski stres smanjuju psihološku dobrobit medicinskih sestara. Iako navedeni autori ne koriste nužno isključivo SF-12, njihovi nalazi jasno potvrđuju da organizacijsko okruženje ima važne implikacije za mentalnu komponentu zdravstvene kvalitete života.

S druge strane, fizička komponenta zdravstvene kvalitete života u ovoj je populaciji pod utjecajem kumulativnih fizičkih opterećenja karakterističnih za rad u dugotrajnoj skrbi. Posao

medicinskih sestara i osobito njegovateljica uključuje dugotrajno stajanje, transfer korisnika, podizanje i premještanje osoba smanjene pokretljivosti, rad u smjenama i izloženost ponavljajućim tjelesnim naporima (Mikšić, 2018). Trinkoff i sur. (2006) pokazali su da su dugi radni sati povezani s nepovoljnim zdravstvenim ishodima kod medicinskih sestara, dok Trinkoff, Brady i Nielsen (2003) ističu povezanost radnog opterećenja s povećanim rizikom od ozljeda. Takvi nalazi upućuju na to da se fizička komponenta zdravstvene kvalitete života može promatrati kao pokazatelj dugoročnih posljedica kroničnog fizičkog opterećenja, a ne samo kao opći indikator somatskog zdravlja.

Ovakvo razumijevanje zdravstvene kvalitete života osobito se dobro uklapa u Job Demands-Resources model, koji pruža teorijski okvir za integraciju radnih zahtjeva, radnih resursa i zdravstvenih ishoda (Bakker i Demerouti, 2007; Bakker i Demerouti, 2017). Prema JD-R modelu, radni zahtjevi predstavljaju one aspekte posla koji zahtijevaju kontinuirani fizički ili psihološki napor te su povezani s određenim troškovima, dok radni resursi olakšavaju postizanje radnih ciljeva, ublažavaju negativne učinke zahtjeva i potiču profesionalni razvoj i angažiranost. Model pretpostavlja dva osnovna procesa. Prvi je zdravstveno-narušavajući proces (health impairment process), prema kojem visoki i kronični radni zahtjevi dovode do iscrpljenosti, a potom i do lošijih psiholoških i fizičkih zdravstvenih ishoda. Drugi je motivacijski proces, prema kojem dostupnost radnih resursa potiče angažiranost, profesionalnu dobrobit i otpornost zaposlenika (Bakker i Demerouti, 2007; 2017). U tom okviru mentalno i fizičko zdravlje mogu se promatrati kao krajnji zdravstveni ishodi dugotrajne neravnoteže između zahtjeva i resursa.

U populaciji medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe ovaj je model osobito koristan jer omogućuje razumijevanje simultanog djelovanja emocionalnih i fizičkih zahtjeva. Posebno važan resurs u tom okviru jest socijalna podrška. Unutar JD-R modela socijalna podrška predstavlja jedan od ključnih radnih resursa jer može smanjiti negativne učinke zahtjeva, potaknuti angažiranost i zaštititi mentalno i fizičko zdravlje zaposlenika (Bakker i Demerouti, 2007; 2017). U zdravstvenom kontekstu podrška nadređenih i kolega povezana je s nižim razinama sagorijevanja i boljim psihološkim ishodima (Maslach i Leiter, 2016), a u uvjetima visokih zahtjeva može imati i moderirajuću, odnosno zaštitnu funkciju. To je osobito važno u domovima za starije osobe, gdje podrška kolega, nadređenih i šire organizacije može ublažiti emocionalnu iscrpljenost, smanjiti percipirani stres i očuvati osjećaj profesionalne sigurnosti. Posredno, smanjenje psihološkog stresa može pridonijeti i

boljem fizičkom zdravlju, osobito kada kronično opterećenje dovodi do somatskih simptoma i iscrpljenosti. Socijalna podrška stoga u ovom teorijskom okviru ne djeluje samo kao opći resurs dobrobiti, nego kao važan zaštitni mehanizam u odnosu između radnih zahtjeva i zdravstvenih ishoda.

Nadalje, empirijski nalazi dosljedno potvrđuju da profesionalna kvaliteta života ima značajne implikacije za zdravstvenu kvalitetu života zdravstvenih djelatnika. Ruiz-Fernández i sur. (2020) pokazali su da su sagorijevanje i posredna traumatizacija značajno povezani s lošijim mentalnim zdravljem, dok je zadovoljstvo suosjećanjem povezano s boljim psihološkim ishodima. Takvi rezultati upućuju na to da profesionalna kvaliteta života može djelovati kao posredni mehanizam između radnih uvjeta i zdravstvene kvalitete života. Drugim riječima, visoki radni zahtjevi ne djeluju izravno samo na zdravlje, nego istodobno oblikuju profesionalne emocionalne ishode, koji potom dodatno utječu na mentalnu, a posredno i fizičku komponentu zdravstvene kvalitete života. U kontekstu dugotrajne skrbi, gdje je emocionalna uključenost u rad često intenzivna i dugotrajna, takva posrednička uloga profesionalne kvalitete života posebno je relevantna (Mikšić i sur., 2022).

Zaključno, integracija zdravstvene kvalitete života s JD-R modelom i ProQOL okvirom pruža teorijski utemeljen i empirijski relevantan okvir za razumijevanje mentalnog i fizičkog zdravlja medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Takav pristup omogućuje preciznije objašnjenje kako radni zahtjevi i resursi oblikuju profesionalne emocionalne ishode te kako ti ishodi, zajedno sa socijalnom podrškom, doprinose očuvanju ili narušavanju zdravstvene kvalitete života u sustavu dugotrajne skrbi.

1.7. Integracija teorijskih modela

U ovom istraživanju polazi se od integriranog teorijskog okvira koji objedinjuje model radnih zahtjeva i resursa (Job Demands-Resources, JD-R), model profesionalne kvalitete života (Professional Quality of Life -ProQOL), teoriju emocionalnog napora i teoriju socijalne podrške.

Model radnih zahtjeva i resursa predstavlja široko primjenjiv teorijski okvir za razumijevanje načina na koji radni uvjeti oblikuju profesionalne i zdravstvene ishode zaposlenika. Prema ovom modelu, visoki i dugotrajni radni zahtjevi, osobito kada nisu uravnoteženi odgovarajućim resursima, mogu dovesti do postupnog iscrpljivanja i razvoja

nepovoljnih ishoda u profesionalnom i zdravstvenom funkcioniranju. U kontekstu dugotrajne skrbi takvi zahtjevi uključuju profesionalni stres, emocionalni napor, fizičko opterećenje te kontinuiranu izloženost bolesti, funkcionalnom propadanju i smrti korisnika. Nasuprot tome, radni resursi, među kojima se posebno ističe socijalna podrška, mogu ublažiti negativne učinke zahtjeva te pridonijeti boljoj profesionalnoj prilagodbi i općoj dobrobiti zaposlenika.

Model profesionalne kvalitete života usmjeren je na preciznije definiranje emocionalnih ishoda rada u pomagačkim profesijama. Dok JD-R model pruža opći okvir za razumijevanje djelovanja radnih zahtjeva i resursa, ProQOL model omogućuje detaljniji uvid u konkretne posljedice tih procesa kroz dimenzije zadovoljstva suosjećanjem, sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa. Time ProQOL model nadopunjuje JD-R pristup jer omogućuje dublje razumijevanje specifičnih oblika profesionalnog funkcioniranja koji proizlaze iz rada obilježenog brigom za druge, empatijom i trajnom izloženošću tuđoj patnji.

Teorija emocionalnog napora dodatno produbljuje razumijevanje zahtjeva rada u zdravstvenim i pomažućim profesijama. Ona pokazuje da profesionalno funkcioniranje ne uključuje samo izvršavanje zadataka, nego i regulaciju emocionalnog izražavanja u skladu s profesionalnim pravilima. U tom smislu emocionalni napor može se razumjeti kao jedan od ključnih mehanizama putem kojih radni zahtjevi djeluju na razvoj sagorijevanja, sekundarnog traumatskog stresa i drugih nepovoljnih ishoda. Posebno je važna emocionalna disonanca, odnosno nesklad između istinski doživljenih i prikazanih emocija, koja povećava psihološke troškove rada.

Teorija socijalne podrške, osobito hipoteza zaštitnog učinka, pruža dodatno objašnjenje zaštitnih procesa unutar ovoga modela. Socijalna podrška ne uklanja stresore, ali može ublažiti njihov negativan učinak, osobito u uvjetima visoke izloženosti stresu. U radu medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe ta je pretpostavka posebno važna jer su podrška nadređenih, kolega, obitelji i partnera potencijalni resursi koji mogu smanjiti rizik sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa te istodobno pridonijeti višem zadovoljstvu suosjećanjem i očuvanju zdravstvene kvalitete života.

Promatrani zajedno, navedeni modeli omogućuju objašnjenje cjelovitog procesa profesionalnog funkcioniranja u dugotrajnoj skrbi. Radni zahtjevi, uključujući profesionalni stres i emocionalni napor, djeluju kao izvori opterećenja koji povećavaju vjerojatnost razvoja nepovoljnih profesionalnih ishoda. Profesionalna kvaliteta života predstavlja neposredni skup

emocionalnih profesionalnih ishoda koji se očituju kroz sagorijevanje, posrednu traumatizaciju i zadovoljstvo suosjećanjem. Socijalna podrška pritom djeluje kao zaštitni čimbenik koji može ublažiti negativne učinke zahtjeva i doprinijeti pozitivnijem profesionalnom funkcioniranju. Konačno, zdravstvena kvaliteta života predstavlja krajnji zdravstveni ishod tih procesa, pri čemu su mentalna i tjelesna komponenta zdravlja rezultat složenog međudjelovanja radnih zahtjeva, profesionalnih ishoda i dostupnih resursa.

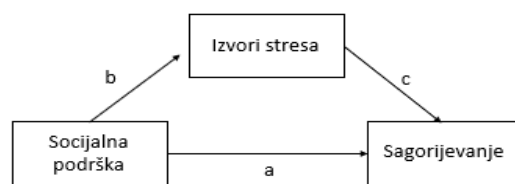
Takav integrirani teorijski okvir omogućuje da se profesionalno iskustvo medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe promatra kao dinamičan sustav međusobno povezanih organizacijskih, emocionalnih i zdravstvenih procesa, a ne kao skup izoliranih varijabli.

Unatoč rastućem interesu za profesionalni stres i zamor suosjećanja u zdravstvenim profesijama, istraživanja koja istodobno obuhvaćaju radne zahtjeve, emocionalni napor, socijalnu podršku i profesionalnu kvalitetu života u kontekstu dugotrajne skrbi i dalje su ograničena. Posebno je nedovoljno istražen odnos između ovih varijabli kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe, unatoč činjenici da se radi o profesionalnoj skupini izloženoj dugotrajnom i intenzivnom emocionalnom opterećenju, čestoj izloženosti patnji i smrti te visokim organizacijskim zahtjevima.

U takvom kontekstu, profesionalno iskustvo ne može se adekvatno razumjeti kroz izolirano promatranje pojedinačnih varijabli, već zahtijeva integrirani pristup koji uključuje istodobno razmatranje radnih zahtjeva, profesionalnih emocionalnih ishoda i dostupnih resursa. Posebno je važno razgraničiti i istodobno analizirati sagorijevanje i posrednu traumatizaciju kao različite dimenzije zamora suosjećanja, kao i zadovoljstvo suosjećanjem kao njegov pozitivan aspekt.

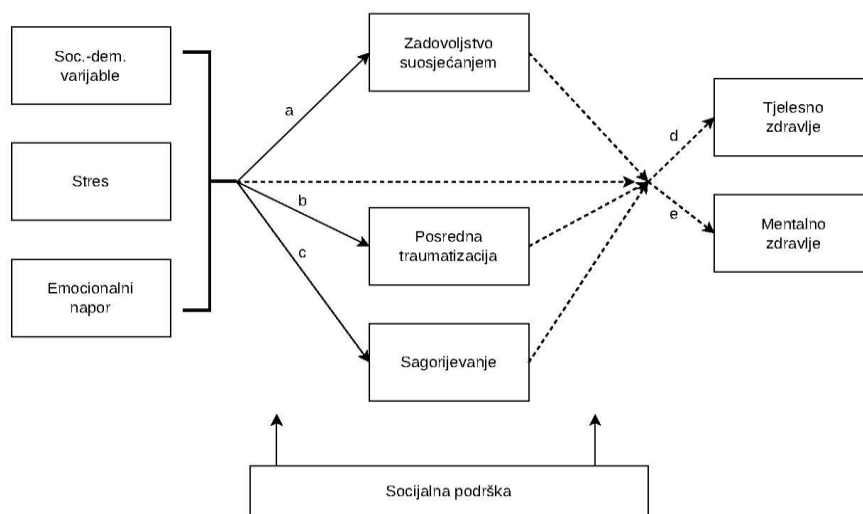
Slijedom toga, u ovom istraživanju zamor suosjećanja konceptualizira se unutar ProQOL modela, pri čemu se sagorijevanje i posredna traumatizacija promatraju kao odvojeni, ali povezani ishodi. Nadalje, ispituje se njihov odnos sa zdravstvenom kvalitetom života, odnosno mentalnom i tjelesnom komponentom zdravlja, kao i zaštitna uloga socijalne podrške iz različitih izvora.

Predloženi odnosi među varijablama prikazani su na Slici 2 i Slici 3, koje predstavljaju konceptualni model istraživanja.



Slika 2: Prikaz odnosa socijalne podrške i izvora stresa i sagorijevanja

Prema ovom modelu postoji direktni efekt socijalne podrške na sagorijevanje (a), direktni efekt socijalne podrške na izvore stresa (b), direktni efekt izvora stresa na sagorijevanje (c) i indirektni efekt socijalne podrške na sagorijevanje preko stresa ($b \cdot c$). Drugim riječima socijalna podrška direktno „smanjuje“ sagorijevanje, ali ga „smanjuje“ i tako što „smanjuje“ i stres koji je prediktor sagorijevanja.



Slika 3: Konceptualni okvir odnosa između radnih zahtjeva, profesionalne kvalitete života, socijalne podrške i zdravstvene kvalitete života

Prikazana slika predstavlja početni konceptualni okvir istraživanja, oblikovan na temelju teorijskih pretpostavki o povezanosti radnih zahtjeva, dimenzija profesionalne kvalitete života, socijalne podrške i zdravstvenih ishoda medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih

u domovima za starije osobe. Profesionalni stres i emocionalni napor, uz sociodemografska obilježja, razmatrani su kao relevantni prediktori zadovoljstva suosjećanjem, posredne traumatizacije i sagorijevanja. Dimenzije profesionalne kvalitete života razmatrane su kao relevantni prediktori mentalne i tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života, dok je socijalna podrška uključena kao zaštitni čimbenik, odnosno kao prediktor koji može biti izravno povezan s profesionalnim i zdravstvenim ishodima.

Prikazani okvir ima konceptualni, a ne analitički status u smislu testiranja cjelovitog strukturnog modela. U skladu s konačnim analitičkim planom istraživanja, odnosi među varijablama provjeravani su nizom hijerarhijskih regresijskih analiza. U tim su analizama skupine prediktora unošene u unaprijed definiranim koracima, čime se procjenjivao njihov dodatni doprinos objašnjenju pojedinih kriterijskih varijabli nakon kontrole prethodno uključenih prediktora. Takav analitički pristup omogućuje procjenu izravnih i jedinstvenih doprinosa pojedinih skupina prediktora, ali ne predstavlja test cjelovitog medijacijskog, moderacijskog ili strukturnog modela. Stoga strelice na slici označavaju teorijski pretpostavljene smjerove povezanosti među skupinama varijabli, a ne empirijski testirane indirektno, posredne ili interakcijske učinke. Socijalna podrška u ovom istraživanju nije analizirana kao moderator odnosa između profesionalnog stresa, emocionalnog napora i ishoda, nego kao zaštitni prediktor profesionalne i zdravstvene kvalitete života.

2. CILJ, PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTETSKI OKVIR

2.1. Opći cilj istraživanja

Opći cilj istraživanja jest ispitati izvore profesionalnog stresa, emocionalni napor, percipiranu socijalnu podršku i profesionalnu kvalitetu života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe te utvrditi njihov doprinos mentalnoj i tjelesnoj komponenti zdravstvene kvalitete života.

Poseban naglasak stavljen je na ispitivanje doprinosa sociodemografskih obilježja, dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora i percipirane socijalne podrške iz različitih izvora u objašnjenju dimenzija profesionalne kvalitete života, odnosno sagorijevanja, posredne traumatizacije i zadovoljstva suosjećanjem. Nadalje, istraživanjem se ispituje doprinos navedenih čimbenika i dimenzija profesionalne kvalitete života u objašnjenju tjelesne i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života.

2.2. Istraživački problemi

1. Utvrditi učestalost prisutnosti različitih izvora profesionalnog stresa, razine dimenzija emocionalnog napora, sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem, percipirane socijalne podrške iz različitih izvora te zdravstvene kvalitete života, odnosno njezine tjelesne i mentalne komponente, među medicinskim sestrama i njegovateljicama zaposlenima u domovima za starije osobe.
2. Uz kontrolu sociodemografskih obilježja, ispitati zasebne i zajedničke doprinose dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora i percipirane socijalne podrške u objašnjenju sagorijevanja kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.
3. Uz kontrolu sociodemografskih obilježja, ispitati zasebne i zajedničke doprinose izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora i percipirane socijalne podrške u objašnjenju posredne traumatizacije kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.
4. Uz kontrolu sociodemografskih obilježja, ispitati zasebne i zajedničke doprinose dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora i percipirane socijalne podrške u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.
5. Uz kontrolu sociodemografskih obilježja, ispitati zasebne i zajedničke doprinose dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora, percipirane socijalne podrške, sagorijevanja, posredne traumatizacije i zadovoljstva suosjećanjem u objašnjenju tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.
6. Uz kontrolu sociodemografskih obilježja, ispitati zasebne i zajedničke doprinose dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora, percipirane socijalne podrške, sagorijevanja, posredne traumatizacije i zadovoljstva suosjećanjem u objašnjenju mentalne komponente zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.

2.3. Hipotetski okvir

Hipoteze su postavljene u skladu s integriranim teorijskim okvirom istraživanja, odnosno modelom radnih zahtjeva i resursa te modelom profesionalne kvalitete života, kao i dosadašnjim empirijskim nalazima.

Budući da je prvi istraživački problem deskriptivne naravi, za njega nije postavljena zasebna hipoteza. Hipoteze su formulisane za istraživačke probleme koji se odnose na ispitivanje zasebnih i zajedničkih doprinosa pojedinih skupina prediktora u objašnjenju profesionalnih i zdravstvenih ishoda, uz kontrolu sociodemografskih obilježja.

Hipoteza 1

Nakon kontrole sociodemografskih obilježja, očekuje se da će dimenzije izvora profesionalnog stresa, dimenzije emocionalnog napora i percipirana socijalna podrška iz različitih izvora značajno pridonijeti objašnjenju sagorijevanja kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Pritom se očekuje da će više razine izvora profesionalnog stresa i nepovoljnijih dimenzija emocionalnog napora biti povezane s višim razinama sagorijevanja, dok će viša percipirana socijalna podrška biti povezana s nižim razinama sagorijevanja.

Hipoteza 2

Nakon kontrole sociodemografskih obilježja, očekuje se da će dimenzije izvora profesionalnog stresa, dimenzije emocionalnog napora i percipirana socijalna podrška iz različitih izvora značajno pridonijeti objašnjenju posredne traumatizacije kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Pritom se očekuje da će više razine izvora profesionalnog stresa i nepovoljnijih dimenzija emocionalnog napora biti povezane s višim razinama posredne traumatizacije, dok će viša percipirana socijalna podrška biti povezana s nižim razinama posredne traumatizacije.

Hipoteza 3

Nakon kontrole sociodemografskih obilježja, očekuje se da će dimenzije izvora profesionalnog stresa, dimenzije emocionalnog napora i percipirana socijalna podrška iz različitih izvora značajno pridonijeti objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem kod medicinskih

sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Pritom se očekuje da će više razine izvora profesionalnog stresa i nepovoljnijih dimenzija emocionalnog napora biti povezane s nižim razinama zadovoljstva suosjećanjem, dok će emocionalna usklađenost i viša percipirana socijalna podrška biti povezane s višim razinama zadovoljstva suosjećanjem.

Hipoteza 4

Nakon kontrole sociodemografskih obilježja, očekuje se da će dimenzije izvora profesionalnog stresa, dimenzije emocionalnog napora, percipirana socijalna podrška, sagorijevanje, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem značajno pridonijeti objašnjenju tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Pritom se očekuje da će više razine izvora profesionalnog stresa, nepovoljnijih dimenzija emocionalnog napora, sagorijevanja i posredne traumatizacije biti povezane s nižom tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života, dok će viša percipirana socijalna podrška, emocionalna usklađenost i zadovoljstvo suosjećanjem biti povezani s višom tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života.

Hipoteza 5

Nakon kontrole sociodemografskih obilježja, očekuje se da će dimenzije izvora profesionalnog stresa, dimenzije emocionalnog napora, percipirana socijalna podrška, sagorijevanje, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem značajno pridonijeti objašnjenju mentalne komponente zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Pritom se očekuje da će više razine izvora profesionalnog stresa, nepovoljnijih dimenzija emocionalnog napora, sagorijevanja i posredne traumatizacije biti povezane s nižom mentalnom komponentom zdravstvene kvalitete života, dok će viša percipirana socijalna podrška, emocionalna usklađenost i zadovoljstvo suosjećanjem biti povezani s višom mentalnom komponentom zdravstvene kvalitete života.

2.4. Identifikacija varijabli

U ovom istraživanju analiziraju se odnosi između sociodemografskih obilježja, dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora, percipirane socijalne podrške iz različitih izvora te pokazatelja profesionalne i zdravstvene kvalitete života kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe.

Teorijsko polazište istraživanja čini integrirani teorijski okvir koji povezuje model radnih zahtjeva i resursa te model profesionalne kvalitete života. Unutar navedenog okvira profesionalni stres i emocionalni napor razmatraju se kao radni zahtjevi koji mogu biti povezani s nepovoljnim profesionalnim ishodima, osobito sa sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom. Zadovoljstvo suosjećanjem razmatra se kao pozitivan aspekt profesionalne kvalitete života, odnosno kao povoljan profesionalni ishod rada.

Profesionalni stres operacionaliziran je kroz procjenu učestalosti prisutnosti pojedinih izvora stresa na radnom mjestu. Ispitanice su procjenjivale koliko je često pojedini čimbenik stresa prisutan u njihovu radu. Na temelju provedene faktorske analize izdvojene su dimenzije izvora profesionalnog stresa, koje su u daljnjim analizama korištene kao prediktorske varijable.

Emocionalni napor operacionaliziran je kroz četiri dimenzije: emocionalnu usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Navedene dimenzije uključene su u hijerarhijske regresijske analize kao zasebne prediktorske varijable, čime se omogućuje ispitivanje njihova doprinosa objašnjenju profesionalnih i zdravstvenih ishoda.

Percipirana socijalna podrška promatra se kao zaštitni čimbenik, odnosno kao prediktorska varijabla za koju se očekuje da će biti povezana s povoljnijim profesionalnim i zdravstvenim ishodima. U ovom istraživanju socijalna podrška nije analizirana kao moderator odnosa između profesionalnog stresa, emocionalnog napora i ishoda, nego kao zaseban prediktor uključen u hijerarhijske regresijske modele.

Dimenzije profesionalne kvalitete života operacionalizirane su kroz sagorijevanje, posrednu traumatizaciju i zadovoljstvo suosjećanjem. U regresijskim modelima usmjerenima na objašnjenje profesionalne kvalitete života, sagorijevanje, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem imaju status kriterijskih varijabli. U regresijskim modelima usmjerenima na objašnjenje zdravstvene kvalitete života, navedene dimenzije profesionalne kvalitete života uključene su kao prediktorske varijable.

Zdravstvena kvaliteta života operacionalizirana je kroz tjelesnu i mentalnu komponentu. Tjelesna i mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života predstavljaju kriterijske varijable u završnim hijerarhijskim regresijskim modelima.

Sukladno teorijskom okviru i istraživačkim ciljevima, varijable su organizirane u konceptualno definirane skupine: sociodemografska obilježja, dimenzije izvora profesionalnog

stresa, dimenzije emocionalnog napora, percipirana socijalna podrška iz različitih izvora, dimenzije profesionalne kvalitete života te komponente zdravstvene kvalitete života. Odnosi među varijablama ispitani su nizom hijerarhijskih regresijskih analiza, pri čemu su pojedine skupine prediktora uključivane u unaprijed definiranim koracima. Takav pristup omogućuje procjenu relativnog i dodatnog doprinosa pojedinih skupina prediktora u objašnjenju profesionalnih i zdravstvenih ishoda.

Važno je naglasiti da se u ovom istraživanju ne testira cjeloviti medijacijski, moderacijski ili strukturni model. Stoga se dimenzije profesionalne kvalitete života ne tumače kao formalno testirani posrednici između radnih zahtjeva i zdravstvenih ishoda, niti se socijalna podrška tumači kao moderator odnosa između profesionalnog stresa, emocionalnog napora i ishoda. Socijalna podrška razmatra se kao zaštitni prediktor, a odnosi među varijablama tumače se u okviru rezultata hijerarhijskih regresijskih analiza.

1. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

3.1. Sudionici istraživanja

U istraživanju je sudjelovalo 275 medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe čiji su osnivači jedinice područne (regionalne) samouprave. U istraživanje nisu bile uključene medicinske sestre i njegovateljice koje imaju manje od 12 mjeseci radnoga staža na tim poslovima. U uzorak su uključeni isključivo javni domovi za starije osobe, a ne privatni pružatelji smještaja, kako bi se u najvećoj mogućoj mjeri osigurala usporedivost radnih uvjeta, organizacije rada i institucionalnog okvira zaposlenih. Najveći udio ispitanica zaposlen je u domovima na području Zagreba. Ukupno 196 ispitanica (71,27%) dolazi iz zagrebačkih domova, pri čemu su najzastupljeniji domovi Sv. Ana (N = 32; 11,64%), Sv. Duh (N = 30; 10,91%) i Maksimir (N = 28; 10,18%). Značajan udio čine i domovi Laščina (N = 24; 8,73%), Trešnjevka (N = 22; 8,00%) i Trnje (N = 22; 8,00%), dok manji broj ispitanica dolazi iz domova Medveščak (N = 15; 5,45%), Dubrava (N = 12; 4,36%) i Centar (N = 11; 4,00%). Budući da je na području Zagreba u uzorak bilo uključeno više domova istoga osnivačkog okvira, za zagrebačko područje navode se pojedinačne ustanove, dok se za ostale sredine navode gradovi odnosno organizacijske cjeline uključenih javnih domova. Izvan Zagreba ukupno 79 ispitanica (28,73%) zaposleno je u domovima u drugim gradovima. U Osijeku i Đakovu u uzorak je bio uključen po jedan dom čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave, dok su u Dubrovniku uključena dva takva doma, a u Zadru jedan dom koji organizacijski djeluje na dvije lokacije, u Zadru i u Preku. U skladu s time, najviše

ispitanica izvan Zagreba dolazi iz Đakova (N = 21; 7,64%), Osijeka (N = 20; 7,27%), Zadra – Sfinge (N = 21; 7,64%), Preka (N = 6; 2,18%) i Dubrovnika (N = 11; 4,00%). Neka sociodemografska obilježja ispitivanog uzorka prikazana su u Tablici 1, Tablici 2, Tablici 3 i Tablici 4.

Tablica 1: Sociodemografska obilježja uzorka medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije

	N	M	SD	Min	Max
Dob	269	44,52	12,26	20	65
Radni staž	265	14,37	10,65	1	45

Napomena. M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija.

U Tablici 1 prikazana su osnovna sociodemografska obilježja uzorka s obzirom na dob i radni staž ispitanica. Podaci o dobi dostupni su za 269 ispitanica, a podaci o radnom stažu za 265 ispitanica. Dob ispitanika kretala se u rasponu od 20 do 65 godina, pri čemu je prosječna dob iznosila 44,52 godine (SD = 12,26). Radni staž u poslu medicinske sestre odnosno njegovateljice u domu za starije osobe kretao se u rasponu od 1 do 45 godina, uz prosječnu vrijednost od 14,37 godina (SD = 10,65). U istraživanje su uključeni ispitanice s najmanje 12 mjeseci radnog staža u navedenom radnom kontekstu, što je osiguralo relevantno profesionalno iskustvo za ispitivanje profesionalnog stresa, emocionalnog napora i profesionalne i zdravstvene kvalitete života.

Tablica 2: Sociodemografska obilježja uzorka medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije s obzirom na obrazovanje

Obrazovanje	N	%
SSS	213	77,45
VŠS	26	9,45
VSS	10	3,65
Ostalo	25	9,09

Tablica 3: Sociodemografska obilježja uzorka medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije s obzirom na bračni status

Bračni status	N	%
neudana	47	17,09
udana	160	58,18
izvanbračna zajednica	22	8
udovica	13	4,73
razvedena	32	11,64

U Tablici 2 i 3 prikazana su sociodemografska obilježja uzorka s obzirom na obrazovanje i bračni status ispitanica. Prema stupnju obrazovanja, većinu uzorka činile su ispitanice sa srednjom stručnom spremom (77,45 %), dok je manji udio ispitanica imao višu stručnu spremu (9,45 %) i visoku stručnu spremu (3,65 %). Kategorija „ostalo“ obuhvaćala je 9,09 % ispitanica. Ovakva distribucija obrazovanja odražava strukturu zaposlenih medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe. S obzirom na bračni status, najveći udio ispitanica bio je u braku (58,18 %). Slijede ispitanice koje su bile neudane (17,09 %) te razvedene (11,64 %), dok je manji udio ispitanica živio u izvanbračnoj zajednici (8,00 %) ili je bio udovičkog statusa (4,73 %). Prikazani podaci upućuju na raznolikost bračnih i obiteljskih okolnosti unutar ispitivanog uzorka.

Tablica 4: Broj ispitanica i postotak kod procjene učestalosti prekovremenog i smjenskog rada

	Prekovremeno		Smjene	
	N	%	N	%
Nikad	56	20,36	20	7,27
Rijetko	57	20,72	24	8,73
Povremeno	111	40,36	30	10,91
Skoro uvijek	31	11,27	24	8,73
Stalno	19	6,91	175	63,64

U Tablici 4 prikazana je raspodjela ispitanica s obzirom na učestalost prekovremenog i smjenskog rada. Rezultati pokazuju da je prekovremeni rad među ispitanicama najčešće prisutan povremeno (40,36 %), dok približno jednaki udjeli ispitanica navode da prekovremeno rade nikad (20,36 %) ili rijetko (20,72 %). Manji dio ispitanica izvještava o učestalijem prekovremenom radu, pri čemu 11,27 % navodi da prekovremeno radi skoro uvijek, a 6,91 % stalno. Za razliku od prekovremenog rada, smjenski rad pokazuje izraženo drukčiji obrazac raspodjele. Većina ispitanica navodi da radi u smjenama stalno (63,64 %), dok znatno manji udio ispitanica navodi da u smjenama radi povremeno (10,91 %), rijetko (8,73 %) ili skoro uvijek (8,73 %). Najmanji udio ispitanica navodi da nikad ne radi u smjenama (7,27 %). Dobiveni rezultati upućuju na to da je smjenski rad dominantan organizacijski oblik rada u ispitivanom uzorku, dok se prekovremeni rad češće javlja kao povremena ili nepravilna praksa, a rjeđe kao trajno radno opterećenje.

3.2. Mjerni instrumenti

3.2.1. Upitnik učestalosti stresora kod medicinskih sestara i njegovateljica u Domovima za starije osobe

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je Upitnik učestalosti različitih stresora kod medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe, budući da u dostupnoj literaturi ne postoji standardizirani instrument koji bi na cjelovit i kontekstualno specifičan način obuhvaćao izvore profesionalnog stresa u ovom radnom okruženju. Konstrukcija upitnika temeljila se na kombinaciji postojećih mjernih instrumenata i relevantnih empirijskih nalaza iz literature. Dio čestica preuzet je, uz dopuštenje autora, iz Upitnika o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika (Milošević, 2010.) i odnosi se na stresore vezane uz organizaciju radnog mjesta i financije, sukobe i komunikaciju te smjenski rad. Drugi dio čestica razvijen je na temelju nalaza kvalitativnog istraživanja profesionalnog stresa medicinskih sestara u domovima za starije osobe (Rusac, Bošnjak i Kletečki Radović, 2017), a obuhvaća specifične aspekte prirode rada (npr. smrt korisnika, postupanje s preminulim korisnikom, razmišljanja o pitanjima života i smrti, suicid korisnika, informiranje obitelji o smrti korisnika) te obilježja posla, uključujući karakteristike korisnika, korisnika oboljelih od demencije/Alzheimerove bolesti i obilježja obitelji korisnika. U konačnoj verziji upitnik je sadržavao ukupno 33 čestice koje predstavljaju moguće izvore profesionalnog stresa u radu medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe. Ispitanice su procjenjivale učestalost pojedinih stresora na četverostupanjskoj Likertovoj skali, u rasponu od 1 (uopće nije prisutno) do 4 (uvijek prisutno). Primjeri čestica uključuju tvrdnje poput: „Nedostatan broj djelatnika“ i „Nerealna očekivanja korisnika“.

Kako bi se ispitalo u kojoj mjeri faktorska struktura konstruiranog, kompiliranog upitnika odgovara teorijski pretpostavljenoj strukturi temeljnoj na izvornim instrumentima i prethodnim istraživanjima, provedena je konfirmatorna faktorska analiza (CFA) u programu AMOS. Parametri modela procijenjeni su metodom maksimalne vjerodostojnosti (engl. maximum likelihood, ML). Početni model pretpostavljao je pet latentnih faktora: organizaciju radnog mjesta i financije, sukobe i komunikaciju, smjenski rad, prirodu rada te obilježja posla.

Rezultati inicijalne CFA ukazali su na nezadovoljavajuće pristajanje modela podacima ($\chi^2/df = 2,63$; $p < 0,01$; CFI = 0,779; TLI = 0,760; RMSEA = 0,077, 90 % CI [0,072–0,082]; SRMR = 0,077). Uzimajući u obzir indekse modifikacije, koji su upućivali na mogućnost

poboljšanja pristajanja modela, u daljnjoj analizi uvedene su korelacije među rezidualima određenih parova čestica (5-7; 6-10; 31-32; 22-23; 19-21; 22-29; 16-18; 32-33; 24-25; 2-19; 2-21; 1-2; 12-14; 31-33; 28-29; 5-14; 2-22; 14-17; 8-33), pri čemu osnovna faktorska struktura modela nije mijenjana. Nakon uvođenja navedenih korelacija među rezidualima, pokazatelji pristajanja modela upućivali su na zadovoljavajuće pristajanje podacima ($\chi^2/df = 1,97$; $p < 0,01$; CFI = 0,875; TLI = 0,858; RMSEA = 0,059, 90 % CI [0,054–0,065]; SRMR = 0,072). Iako vrijednosti indeksa CFI i TLI ne dosežu strogo preporučenu graničnu vrijednost od 0,90, u skladu s metodološkim preporukama u istraživanjima složenih mjernih modela one se smatraju prihvatljivima, osobito u kontekstu psiholoških konstrukata višedimenzionalne prirode. Korelacije među rezidualima uvedene su jer pojedine čestice, uz varijancu objašnjenu latentnim faktorima, dijele dodatnu zajedničku varijancu proizašlu iz sadržajne bliskosti i preklapanja konkretnih radnih situacija koje opisuju, što je metodološki opravdano u mjerenju složenih konstrukata radnog stresa (Brown, 2015; Kline, 2016).

Prilikom interpretacije pokazatelja pristajanja korišteni su kriteriji prema kojima se omjer χ^2/df manji od 2 ili 3 smatra pokazateljem dobrog, odnosno prihvatljivog pristajanja modela (Kline, 2016). Vrijednosti CFI i TLI veće od 0,90 upućuju na dobro pristajanje modela, dok se vrijednosti iznad 0,85 u složenim mjernim modelima često smatraju prihvatljivima (Hu i Bentler, 1999; Marsh, Hau i Wen, 2004). Vrijednosti RMSEA manje od 0,08, uz odgovarajući interval pouzdanosti, te SRMR manje od 0,08, također se smatraju pokazateljima prihvatljivog pristajanja modela (Browne i Cudeck, 1992; Hu i Bentler, 1999). Sukladno navedenim kriterijima, modificirani model pokazuje zadovoljavajuće pristajanje podacima, čime je opravdana primjena predložene petofaktorske strukture u daljnjim analizama.

Na temelju potvrđene faktorske strukture, profesionalni stres u daljnjim je analizama operacionaliziran kroz pet subskala koje odgovaraju latentnim faktorima: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi i komunikacija, smjenski rad, priroda rada te obilježja posla. Pouzdanost subskala procijenjena je koeficijentom ω i Cronbachovim α , pri čemu su sve vrijednosti pokazale zadovoljavajuću do visoku razinu unutarnju konzistenciju (Tablica 5).

Tablica 5: Koeficijenti pouzdanosti (McDonaldov ω i Cronbachov α) za faktore Upitnika učestalosti različitih stresora

Faktor	ω	α
Organizacija radnog mjesta i financije	0,805	0,802
Sukobi i komunikacija	0,820	0,812

Smjenski rad	0,778	0,748
Priroda rada	0,768	0,759
Obilježja posla	0,873	0,876
Ukupno	0,883	0,905

Napomena. ω = McDonaldov omega; α = Cronbachov alfa.

Analiza unutarnje konzistencije pokazala je da svi faktori Upitnika učestalosti različitih stresora imaju zadovoljavajuće koeficijente pouzdanosti. Pouzdanosti pojedinih faktora kreću se od prihvatljivih do vrlo dobrih, a ukupni rezultat upitnika pokazuje visoku pouzdanost. Dobiveni rezultati upućuju na prikladnost primjene rezultata upitnika u daljnjim statističkim analizama.

3.2.2. Upitnik emocionalnog napora (Näring, Briët i Brouwers, 2007.)

Upitnik sadrži 13 čestica kojima se procjenjuje učestalost doživljavanja, izražavanja i regulacije emocija u skladu sa zahtjevima radne uloge. Sudionici na svakoj čestici odgovaraju na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva, pri čemu vrijednost 1 označava nikad, a vrijednost 5 često. U izvornoj validaciji upitnika autori su izdvojili četiri faktora emocionalnog napora: emocionalnu usklađenost (*emotional consonance*), uživljanje u emocije (*deep acting*), potiskivanje emocija (*suppression*) i hinjenje emocija (*surface acting*). Faktor emocionalne usklađenosti obuhvaća čestice 1 i 2, uživljanje u emocije čestice 3, 10 i 13, potiskivanje emocija čestice 4, 6 i 12, dok faktor hinjenja emocija obuhvaća čestice 5, 7, 8, 9 i 11. Pouzdanost pojedinih faktora u izvornom istraživanju izražena Cronbachovim koeficijentom alfa iznosila je $\alpha = .83$ za hinjenje emocija, $\alpha = .85$ za uživljanje u emocije, $\alpha = .85$ za potiskivanje emocija te $\alpha = .63$ za emocionalnu usklađenost.

3.2.3. Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica (SF-12v2; Ware, Kosinski i Keller, 1996)

Zdravstvena kvaliteta života procijenjena je pomoću Kratkog oblika zdravstvenog upitnika od 12 čestica, verzija 2 (12-Item Short Form Health Survey - SF-12v2; Ware, Kosinski i Keller, 1996). Riječ je o skraćenoj verziji šireg instrumenta SF-36, namijenjenoj ekonomičnoj procjeni tjelesne i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. Hrvatski prijevod izvorne verzije SF-36 razvijen je postupkom prijevoda i povratnog prijevoda (Ware i sur., 1995) te pokazuje zadovoljavajuće metrijske karakteristike (Maslić-Seršić i Vuletić, 2006). Na temelju tog prijevoda u Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovac izrađena je skraćena verzija SF-12v2, koja je korištena u ovom istraživanju.

Upitnik se sastoji od 12 čestica koje obuhvaćaju osam područja zdravstvene kvalitete života: tjelesno funkcioniranje ($k = 2$), ograničenja u izvršavanju uloga zbog tjelesnih zdravstvenih problema ($k = 2$), tjelesnu bol ($k = 1$), opću procjenu zdravlja ($k = 1$), vitalnost ($k = 1$), socijalno funkcioniranje ($k = 1$), ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih problema ($k = 2$) te mentalno zdravlje ($k = 2$). Budući da čestice imaju različite formate odgovora i različit broj stupnjeva procjene, odgovori su prije izračuna rezultata rekodirani i bodovani prema uputama iz priručnika, tako da viši rezultati označavaju bolju zdravstvenu kvalitetu života.

U ovom istraživanju izračunate su dvije sažete komponente zdravstvene kvalitete života: tjelesna komponenta (*Physical Component Summary - PCS*) i mentalna komponenta (*Mental Component Summary - MCS*). Komponentni rezultati izračunati su prema uputama iz priručnika SF-36/SF-12, linearnom kombinacijom standardiziranih rezultata ponderiranih odgovarajućim koeficijentima. Rezultati PCS i MCS izraženi su kao normirani T-rezultati, pri čemu vrijednost 50 predstavlja prosjek normativne populacije, a standardna devijacija iznosi 10. Viši rezultati označavaju bolju tjelesnu, odnosno mentalnu komponentu zdravstvene kvalitete života. S obzirom na to da normativni ponderi za hrvatsku populaciju nisu dostupni, u ovom su istraživanju korišteni ponderi temeljeni na američkoj općoj populaciji. Takav pristup omogućuje izračun kompozitnih pokazatelja tjelesne i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života, no istodobno predstavlja ograničenje pri izravnoj usporedbi rezultata s hrvatskim normativnim vrijednostima. Pouzdanost tjelesne i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života procijenjena je izračunom Cronbachova alfa koeficijenta na ponderiranim varijablama. U tu su svrhu formirane nove varijable tako da je svaka čestica pomnožena s pripadajućim ponderom za tjelesnu, odnosno mentalnu komponentu, nakon čega su tako dobivene ponderirane varijable uključene u izračun unutarnje konzistencije. Cronbachov alfa koeficijent za tjelesnu komponentu zdravstvene kvalitete života iznosio je $\alpha = .75$, dok je za mentalnu komponentu zdravstvene kvalitete života iznosio $\alpha = .78$.

3.2.4. Profesionalna kvaliteta života (Professional Quality of Life Questionnaire - ProQOL 5, 2. izdanje, Stamm, 2010)

Za procjenu profesionalne kvalitete života korišten je upitnik Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5; Stamm, 2010), jedan od najčešće primjenjivanih instrumenata za ispitivanje pozitivnih i negativnih aspekata pomažućih zanimanja. Instrument obuhvaća tri dimenzije: zadovoljstvo suosjećanjem (compassion satisfaction), sagorijevanje (burnout) i

sekundarni traumatski stres (eng. secondary traumatic stress; STS), koji se u literaturi često poistovjećuje s konceptom zamora suosjećanja. Upitnik se sastoji od ukupno 30 tvrdnji, pri čemu svaka od triju podljestvica sadrži po 10 čestica. Sudionici procjenjuju učestalost doživljavanja pojedinih iskustava na Likertovoj ljestvici od 1 (nikad) do 5 (jako često). Ukupni rezultat za svaku podljestvicu dobiva se zbrajanjem odgovora na pripadajućim česticama, pri čemu se teorijski raspon rezultata kreće od 10 do 50. Viši rezultati ukazuju na izraženiju razinu pojedinog konstrukta. Primjeri čestica uključuju: „Osjećam zadovoljstvo pomažući drugima” (zadovoljstvo suosjećanjem), „Osjećam se istrošeno zbog svojeg posla” (sagorijevanje) te „Mislim da je na mene možda utjecao traumatski stres mojih pacijenata” (sekundarni traumatski stres). Važno je naglasiti da se zamor suosjećanja u okviru ovog instrumenta ne izražava kao jedinstveni ukupni rezultat, već se operacionalizira kroz dvije odvojene dimenzije – sagorijevanje i sekundarni traumatski stres.

ProQOL-5 pokazuje dobre psihometrijske karakteristike, potvrđene u velikom broju istraživanja (više od 4200 studija). U izvornom priručniku navode se vrijednosti Cronbachova α koeficijenta od .88 za zadovoljstvo suosjećanjem, .81 za sekundarni traumatski stres te .75 za sagorijevanje (Stamm, 2010). U ovom istraživanju dobivene su zadovoljavajuće razine pouzdanosti: $\alpha = .90$ za zadovoljstvo suosjećanjem te $\alpha = .80$ za sagorijevanje i sekundarni traumatski stres.

3.2.5. Skala socijalne podrške na poslu i u obitelji (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016)

Za procjenu percipirane socijalne podrške korištena je Skala socijalne podrške na poslu i u obitelji (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016), konstruirana za ispitivanje emocionalne i instrumentalne podrške iz četiri izvora: nadređenih, radnih kolega, obitelji i partnera. Skala se sastoji od ukupno 36 čestica, pri čemu se svaki izvor podrške ispituje s 9 čestica. Sadržaj čestica je identičan za sve izvore, uz prilagodbu referentnog izvora podrške. Primjer čestice za podršku nadređenog glasi: „Moj nadređeni prepoznaje kada dobro obavim posao“. Sudionici procjenjuju stupanj slaganja s tvrdnjama na Likertovoj ljestvici od 1 (uopće se ne slažem) do 7 (u potpunosti se slažem). U svakoj podljestvici pet je čestica formulirano afirmativno, a četiri negativno, pri čemu se negativno usmjerene čestice prije izračuna rezultata rekodiraju. Rezultat za svaki izvor socijalne podrške izražava se kao aritmetička sredina odgovora na pripadajućim česticama, pri čemu viši rezultat ukazuje na višu razinu percipirane socijalne podrške. Važno je naglasiti da instrument mjeri isključivo razinu percipirane emocionalne i instrumentalne podrške, a ne zadovoljstvo primljenom podrškom. Skala je razvijena i validirana na hrvatskom uzorku te

pokazuje zadovoljavajuće metrijske karakteristike (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016). U izvornom istraživanju Cronbachov α iznosio je .86 za podršku nadređenih, .85 za podršku kolega, .87 za podršku obitelji i bliskih osoba te .85 za podršku partnera. U ovom istraživanju dobivene su slične vrijednosti pouzdanosti: $\alpha = .86$ za podršku nadređenih, partnera i obitelji, te $\alpha = .81$ za podršku radnih kolega.

3.4. Metoda prikupljanja podataka

Prije provedbe istraživanja zatražena je i dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Nakon dobivanja etičkog odobrenja pristupilo se prikupljanju podataka u domovima za starije osobe. Domovi su odabrani prigodnim načinom, prema dostupnosti ustanova i spremnosti ravnatelja da odobre provedbu istraživanja. S obzirom na način odabira ustanova i sudionica, riječ je o prigodnom uzorku domova za starije osobe i zaposlenica koje su bile dostupne i voljne sudjelovati u istraživanju. Ravnateljima domova za starije osobe upućen je pisani zahtjev za odobrenje provedbe istraživanja unutar njihovih ustanova, uz objašnjenje cilja istraživanja, načina provedbe i uvjeta sudjelovanja. Nakon dobivanja odobrenja, ravnatelji su zamoljeni da imenuju kontakt osobu zaduženu za organizacijsku koordinaciju istraživanja i komunikaciju s istraživačicom. Kontakt osobe bile su zamoljene da anketne upitnike prosljede, odnosno učine dostupnima svim zaposlenicama koje su zadovoljavale kriterije uključivanja u istraživanje. Ciljnu skupinu sudionica činile su medicinske sestre i njegovateljice zaposlene u domovima za starije osobe koje sudjeluju u neposrednoj skrbi za korisnice i korisnike. Istraživanje je provedeno tijekom ožujka i travnja 2023. godine. Ispitanicama su distribuirani anketni upitnici zajedno s pisanom zamolbom za sudjelovanje u istraživanju, uputama za ispunjavanje upitnika te omotnicama namijenjenima povratu ispunjenih upitnika. Uz pisane materijale, ispitanicama su bili dostupni telefonski i elektronički kontaktni podaci autorice istraživanja, kako bi se po potrebi mogle dodatno informirati o ciljevima i postupku istraživanja. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Ispitanice nisu bile obvezne sudjelovati u istraživanju te su mogle odustati od ispunjavanja upitnika u bilo kojem trenutku. Povratom ispunjenog upitnika smatralo se da su sudionice dale informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Ispunjeni upitnici vraćani su u priloženim omotnicama, čime se nastojala osigurati anonimnost sudionica i povjerljivost prikupljenih podataka. Nakon završetka istraživanja sudionicama je ponuđena mogućnost dobivanja povratnih informacija o rezultatima istraživanja u obliku stručnog predavanja.

3.5. Metoda obrade i analize podataka

U obradi i analizi podataka korištene su deskriptivne i inferencijalne statističke metode, u skladu s ciljevima i istraživačkim problemima rada. Za prikaz osnovnih obilježja ispitivanih varijabli korištena je deskriptivna statistika, pri čemu su za svaku varijablu izračunate frekvencije i postoci (za kategorijalne varijable), odnosno aritmetička sredina (M), standardna devijacija (SD), minimalne i maksimalne vrijednosti (Min, Max) te broj valjanih odgovora (N).

U cilju ispitivanja povezanosti između ispitivanih varijabli provedene su korelacijske analize. Nadalje, za ispitivanje doprinosa pojedinih skupina prediktora u objašnjenju kriterijskih varijabli korištena je hijerarhijska regresijska analiza. Prediktori su u regresijske modele uvođeni u blokovima, u skladu s postavljenim hipotezama. Time je omogućeno ispitivanje zasebnog i kumulativnog doprinosa pojedinih prediktorskih blokova (sociodemografske varijable, izvori profesionalnog stresa, emocionalni napor, socijalna podrška, zamor suosjećanja i zadovoljstvo zbog suosjećanja) u objašnjenju kriterijskih varijabli.

U hijerarhijske regresijske analize od sociodemografskih varijabli uključene su dob i radni staž u poslu medicinske sestre/njegovateljice u domu za starije osobe. Navedene varijable tretirane su kao kontinuirane i teorijski relevantne za ispitivanje profesionalnih i zdravstvenih ishoda, osobito u kontekstu kumulativne izloženosti profesionalnim zahtjevima, emocionalnom naporu i dugotrajnom radu u skrbi za starije osobe. Ostale sociodemografske varijable prikupljene upitnikom (bračni status, stručna sprema, radno mjesto) bile su kategorijalne prirode te su korištene u opisu uzorka. Iako se kategorijalne varijable mogu uključivati u regresijske modele uz odgovarajuće kodiranje, u ovom istraživanju nisu uključene u hijerarhijske regresijske analize iz metodoloških i konceptualnih razloga. Prije svega, navedene varijable nisu bile dio teorijskog modela profesionalnog stresa i profesionalne i zdravstvene kvalitete života, koji je u središte analize stavljao radne, emocionalne i psihološke čimbenike povezane s profesionalnim funkcioniranjem. Stručna sprema i radno mjesto nisu uključeni u regresijske modele zbog njihove kategorijalne strukture s više razina te izostanka jasnih teorijskih pretpostavki o njihovom specifičnom doprinosu ispitivanim kriterijima unutar predloženog modela. Uključivanje navedenih varijabli dodatno bi povećalo složenost modela, bez jasnog teorijskog opravdanja i uz ograničenu interpretabilnost regresijskih koeficijenata. Dodatni razlog neuključivanja varijabli stručne spreme i radnog mjesta u regresijske modele odnosi se na neravnomjernu distribuciju ispitanika po kategorijama. Pojedine kategorije bile su

zastupljene s vrlo malim brojem ispitanika (npr. viša ili visoka stručna sprema), što bi u slučaju njihova uključivanja u regresijsku analizu zahtijevalo višestruko kodiranje uz nedovoljnu statističku snagu i ograničenu pouzdanost procjene regresijskih koeficijenata. Slijedom toga, navedene varijable korištene su isključivo u deskriptivnom opisu uzorka.

3.6. Etičke implikacije provođenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u skladu s važećim etičkim načelima znanstvenog istraživanja u području društvenih i bihevioralnih znanosti, uz dosljedno poštivanje načela dobrovoljnosti sudjelovanja, anonimnosti, povjerljivosti podataka te zaštite dostojanstva, privatnosti i psihološke dobrobiti ispitanica. Prije početka provedbe istraživanja pribavljena je suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Također, od ravnatelja domova za starije osobe uključenih u istraživanje ishodišne su službene dozvole za provedbu istraživanja unutar ustanova. Organizacijska provedba istraživanja realizirana je uz imenovanje kontakt osoba u pojedinim ustanovama, isključivo radi logističke koordinacije, bez uvida u pojedinačne odgovore sudionica. Sudionicama su prije sudjelovanja pružene jasne i potpune informacije o svrsi, ciljevima i proceduri istraživanja, kao i o njihovim pravima kao sudionika. Informirani pristanak bio je implicitno ostvaren dobrovoljnim ispunjavanjem upitnika, uz izričito naglašenu mogućnost odbijanja sudjelovanja ili povlačenja iz istraživanja u bilo kojem trenutku, bez ikakvih posljedica. Ova je informacija bila jasno istaknuta u uvodnom dijelu upitnika. Istraživanje je provedeno anonimno, bez prikupljanja osobnih ili identifikacijskih podataka koji bi omogućili identifikaciju sudionica. Podaci su pohranjeni i analizirani na način koji osigurava njihovu povjerljivost i onemogućuje neovlašteni pristup. S obzirom na sadržaj istraživanja, koji uključuje teme profesionalnog stresa, emocionalnog napora i zamora suosjećanja, prepoznata je mogućnost emocionalne nelagode kod pojedinih sudionica tijekom ispunjavanja upitnika. U skladu s tim, sudionicama su unaprijed pružene informacije o dostupnim oblicima stručne psihološke pomoći. U tu je svrhu uspostavljena suradnja s psihološkim savjetovalištem „Tesa“, čiji su djelatnici bili informirani o mogućnosti javljanja sudionica istraživanja radi psihološke podrške. Sudionicama su također bili dostupni kontakt podaci istraživača za sva dodatna pitanja ili pojašnjenja vezana uz istraživanje. Po završetku istraživanja ustanovama uključenima u istraživanje ponuđen je sažeti prikaz glavnih nalaza, u svrhu informiranja i potencijalnog unapređenja profesionalne prakse, bez objave ili dostupnosti pojedinačnih rezultata.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U ovom poglavlju prikazani su rezultati provedenih statističkih analiza usmjerenih na ispitivanje odnosa između profesionalnog stresa, emocionalnog napora, profesionalne kvalitete života, percipirane socijalne podrške te zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Rezultati su organizirani u nekoliko cjelina. Najprije su prikazani deskriptivni statistički pokazatelji za sve ispitivane varijable, a zatim rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza kojima se ispituje doprinos pojedinih skupina prediktora u objašnjenju sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem te tjelesne i mentalne zdravstvene kvalitete života.

4.1. Deskriptivni pokazatelji za ispitivane varijable

Tablica 6: Deskriptivni statistički pokazatelji ispitivanih varijabli

Varijabla	N	Minimum	Maksimum	M	SD	Asimetričnost (SE)	Spljoštenost (SE)
Izvori profesionalnog stresa							
Organizacija radnog mjesta i financije	275	11.00	40.00	27.18	5.92	-0.057 (0.147)	-0.331 (0.293)
Sukobi u komunikaciji	275	4.00	16.00	7.31	2.71	0.984 (0.147)	0.975 (0.293)
Smjenski rad	275	4.00	16.00	9.55	3.37	0.037 (0.147)	-0.903 (0.293)
Priroda rada	275	5.00	20.00	11.17	3.45	0.313 (0.147)	-0.245 (0.293)
Obilježja posla	275	0.00	40.00	28.59	6.18	-0.410 (0.147)	0.580 (0.293)
Emocionalni napor							
Emocionalna uskladenost	275	2	10	7.99	1.52	-0.524 (0.147)	0.145 (0.293)
Uživljavanje u emocije	275	3	15	9.45	2.42	-0.019 (0.147)	-0.251 (0.293)
Potiskivanje emocija	275	3	15	8.56	2.80	0.028 (0.147)	-0.450 (0.293)
Hinjenje emocija	275	5	25	10.54	4.63	0.695 (0.147)	-0.144 (0.293)
Emocionalni napor ukupno	275	13	65	36.54	7.96	0.439 (0.147)	0.547 (0.293)
Socijalna podrška							
Podrška nadređenih	275	1.22	7.00	4.25	0.79	-0.384 (0.147)	2.014 (0.293)
Podrška radnih kolega	275	1.78	7.00	4.33	0.74	0.163 (0.147)	1.975 (0.293)
Podrška bračnog partnera	275	0.00	7.00	3.58	1.85	-1.034 (0.147)	-0.008 (0.293)

Podrška obitelji i bliskih	275	0.00	7.00	4.21	1.12	0.886 (0.147)	16.017 (0.293)
Profesionalna kvaliteta života							
Sagorijevanje	275	11	40	23.27	6.38	0.076 (0.147)	-0.807 (0.293)
Zadovoljstvo suosjećanjem	275	21	50	41.33	5.64	-0.654 (0.147)	0.036 (0.293)
Posredna traumatizacija (STS)	275	10	46	23.02	6.75	0.453 (0.147)	-0.255 (0.293)
Zdravstvena kvaliteta života							
Tjelesno zdravlje	275	3.13	100.00	62.69	19.74	-0.143 (0.147)	-0.511 (0.293)
Mentalno zdravlje	275	19.44	100.00	68.00	17.83	-0.252 (0.147)	-0.479 (0.293)
Sociodemografska obilježja							
Dob	269	20	65	44.52	12.26	-0.363 (0.149)	-1.008 (0.296)
Radni staž	265	1	45	14.37	10.65	0.919 (0.150)	0.087 (0.298)

U Tablici 6 prikazani su deskriptivni statistički pokazatelji ispitivanih varijabli: dimenzija izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora, percipirane socijalne podrške, profesionalne kvalitete života, zdravstvene kvalitete života te sociodemografskih obilježja ispitanica. Za većinu varijabli podaci su dostupni za 275 ispitanica, dok je kod dobi i radnog staža prisutan manji broj nedostajućih vrijednosti. S obzirom na mali udio nedostajućih podataka, oni ne upućuju na izraženije narušavanje cjelovitosti baze podataka.

Deskriptivni pokazatelji izvora profesionalnog stresa upućuju na to da su među ispitanicama prisutni različiti oblici radnog opterećenja. U odnosu na teorijski raspon pojedinih dimenzija, posebno se ističu stresori povezani s obilježjima posla te organizacijom radnog mjesta i financijskim aspektima rada. Takav obrazac sugerira da se profesionalni stres u domovima za starije osobe u znatnoj mjeri veže uz organizacijske i materijalne uvjete rada uz obilježja posla specifična za ovaj uzorak, a obuhvaća stresore povezane s karakteristikama korisnika, zahtjevnošću skrbi za korisnike oboljele od demencije/Alzheimerove bolesti te obilježjima komunikacije i suradnje s obitelji korisnika. Sukobi u komunikaciji u prosjeku su manje izraženi od nekih drugih izvora stresa, no pozitivna asimetričnost njihove distribucije pokazuje da se kod dijela ispitanica ipak pojavljuju kao izražen izvor profesionalnog opterećenja. Budući da dimenzije izvora profesionalnog stresa imaju različit broj čestica i

različite teorijske raspone, njihove se vrijednosti ne tumače kao izravno usporedivi sirovi zbrojevi, nego unutar pripadajućih skala.

U području emocionalnog napora nalazi pokazuju da ispitanice u radu s korisnicama i korisnicima često ulažu emocionalni angažman i reguliraju emocionalno izražavanje u skladu s profesionalnom ulogom. Relativno visoka emocionalna usklađenost upućuje na to da kod ispitanica često postoji podudarnost između emocija koje doživljavaju i onih koje izražavaju u radu. Istodobno su prisutne i druge strategije emocionalnog rada, uključujući uživanje u emocije, potiskivanje i hinjenje emocija. Veća varijabilnost kod hinjenja emocija pokazuje da se ispitanice međusobno razlikuju u učestalosti korištenja površinske emocionalne regulacije, što je relevantno za kasnije analize odnosa emocionalnog napora s pokazateljima profesionalne i zdravstvene kvalitete života.

Pokazatelji profesionalne kvalitete života upućuju na istodobnu prisutnost pozitivnih i negativnih aspekata pomagačkog rada. Zadovoljstvo suosjećanjem nalazi se u višem dijelu mogućeg raspona, što sugerira da ispitanice u prosjeku doživljavaju relativno izražen osjećaj zadovoljstva, smisla i ispunjenja u radu. Sagorijevanje i posredna traumatizacija prisutni su u umjerenom intenzitetu, uz vidljivu varijabilnost među ispitanicama. Takav nalaz pokazuje da negativni profesionalni ishodi nisu jednako izraženi kod svih ispitanica te opravdava daljnje ispitivanje čimbenika koji doprinose njihovu objašnjenju.

Percipirana socijalna podrška iz radnog i privatnog okruženja uglavnom se kreće oko srednjih do viših vrijednosti. To upućuje na to da ispitanice u prosjeku raspolažu određenim stupnjem podrške iz više izvora. Podrška nadređenih i radnih kolegica pokazuje relativno stabilne prosječne vrijednosti, dok je podrška bračnog partnera obilježena većom varijabilnošću. Takav nalaz može odražavati razlike u partnerskom statusu, dostupnosti partnera i subjektivnoj procjeni kvalitete partnerske podrške. Podrška obitelji i bliskih također je u prosjeku relativno izražena, ali zbog specifičnih distribucijskih obilježja ove varijable njezine rezultate treba tumačiti s oprezom.

Prosječne vrijednosti zdravstvene kvalitete života pokazuju da ispitanice nešto povoljnije procjenjuju mentalnu nego tjelesnu komponentu zdravlja. Istodobno, raspon rezultata i standardne devijacije upućuju na znatne individualne razlike u obje komponente zdravstvene kvalitete života. Takva varijabilnost opravdava daljnje analize usmjerene na

ispitivanje doprinosa profesionalnih, emocionalnih i socijalnih čimbenika objašnjenju tjelesne i mentalne zdravstvene kvalitete života.

Procjena distribucijskih obilježja temeljem vrijednosti asimetričnosti i spljoštenosti pokazuje da se dio varijabli nalazi unutar konzervativnih kriterija prihvatljivog odstupanja od normalne distribucije ($\text{skewness} < 1$; $\text{kurtosis} < 1$), dok kod drugih varijabli dolazi do izraženijih odstupanja. Međutim, u većini slučajeva ta odstupanja ostaju unutar šire prihvaćenih pragova ($\text{skewness} < 2$; $\text{kurtosis} < 7$), koji se u metodološkoj literaturi smatraju prihvatljivima za primjenu parametrijskih postupaka u istraživanjima s većim uzorcima (Hair i sur., 2019).

Iznimku predstavlja varijabla podrške obitelji i bliskih, koja pokazuje izrazito visoku vrijednost spljoštenosti ($\text{kurtosis} = 16.02$), što se očituje u leptokurtičnoj distribuciji s naglašenom koncentracijom rezultata oko aritmetičke sredine i povećanom frekvencijom ekstremnih vrijednosti. Takvo distribucijsko obilježje može biti povezano s ograničenom varijabilnošću rezultata unutar te varijable.

Unatoč uočenim odstupanjima, primjena parametrijskih statističkih postupaka smatra se opravdanom. Relativno velika veličina uzorka ($N = 275$) omogućuje oslanjanje na centralni granični teorem, prema kojem distribucija procjenitelja poprima približno normalan oblik neovisno o distribuciji izvornih varijabli (Field, 2018; Ghasemi i Zahediasl, 2012). Nadalje, parametrijski postupci, osobito korelacijske i regresijske analize, pokazuju relativnu neosjetljivost na umjerena odstupanja od normalnosti, što je potvrđeno empirijskim i simulacijskim istraživanjima (Norman, 2010; Lumley i sur., 2002). U kontekstu regresijskih modela, ključna pretpostavka odnosi se na normalnost distribucije reziduala, a ne nužno izvornih varijabli (Tabachnick i Fidell, 2019). Stoga, uočena odstupanja od normalnosti ne dovode u pitanje primjenu parametrijskih statističkih postupaka u daljnjim analizama.

Tablica 7a: Interkorelacije ispitivanih varijabli-prvi dio: varijable 1-10

Varijabla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sagorijevanje	—									
2. Posredna traumatizacija	.70**	—								
3. Zadovoljstvo suosjećanjem	-.61**	-.26**	—							
4. Radni staž	.15*	.23**	.02	—						
5. Dob	.07	.15*	.01	.64**	—					
6. Organizacija	.43**	.35**	-.24**	.13*	.14*	—				
7. Sukobi	.50**	.45**	-.20**	.14*	.11	.50**	—			
8. Smjenski rad	.25**	.26**	-.13*	.02	.02	.34**	.23**	—		
9. Priroda posla	.22**	.44**	.06	.20**	.18**	.34**	.29**	.31**	—	
10. Obilježja posla	.44**	.38**	-.15*	.10	.06	.53**	.32**	.28**	.42**	—
11. Emocionalna usklađenost	-.24**	-.20**	.33**	-.16**	-.06	.02	-.08	-.07	-.03	.05
12. Uživljavanje u emocije	.12*	.29**	.09	.04	-.02	.07	.08	.01	.22**	.16*
13. Potiskivanje emocija	.26**	.25**	-.07	-.05	-.10	.16*	.21**	.09	.12	.29**
14. Hinjenje emocija	.49**	.46**	-.27**	.05	-.11	.20**	.37**	.04	.11	.28**
15. Podrška nadređenih	.01	.03	-.01	.02	.07	.03	.06	.08	.09	.07
16. Podrška kolegica	.03	.11	.10	.21**	.18**	.11	.14*	.13*	.08	.15*
17. Podrška partnera	.05	.09	.10	.07	.10	.06	-.01	.08	.11	.09
18. Podrška obitelji	-.03	.09	.19**	-.03	.02	-.01	.05	.13*	.15*	.06
19. Mentalno zdravlje	-.66**	-.59**	.39**	-.13*	-.06	-.35**	-.40**	-.16**	-.20**	-.28**
20. Tjelesno zdravlje	-.50**	-.44**	.28**	-.26**	-.30**	-.33**	-.31**	-.13*	-.20**	-.28**

Tablica 7b. Interkorelacije ispitivanih varijabli - nastavak: varijable 11-20

Varijabla	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Sagorijevanje	-.24**	.12*	.26**	.49**	.01	.03	.05	-.03	-.66**	-.50**
2. Posredna traumatizacija	-.20**	.29**	.25**	.46**	.03	.11	.09	.09	-.59**	-.44**
3. Zadovoljstvo suosjećanjem	.33**	.09	-.07	-.27**	-.01	.10	.10	.19**	.39**	.28**
4. Radni staž	-.16**	.04	-.05	.05	.02	.21**	.07	-.03	-.13*	-.26**
5. Dob	-.06	-.02	-.10	-.11	.07	.18**	.10	.02	-.06	-.30**
6. Organizacija	.02	.07	.16*	.20**	.03	.11	.06	-.01	-.35**	-.33**
7. Sukobi	-.08	.08	.21**	.37**	.06	.14*	-.01	.05	-.40**	-.31**
8. Smjenski rad	-.07	.01	.09	.04	.08	.13*	.08	.13*	-.16**	-.13*
9. Priroda posla	-.03	.22**	.12	.11	.09	.08	.11	.15*	-.20**	-.20**
10. Obilježja posla	.05	.16*	.29**	.28**	.07	.15*	.09	.06	-.28**	-.28**
11. Emocionalna usklađenost	—	.25**	.00	-.11	.05	-.04	-.04	-.02	.23**	.14*
12. Uživljavanje u emocije	.25**	—	.33**	.34**	.07	.09	.14*	.03	-.14*	-.12
13. Potiskivanje emocija	.00	.33**	—	.56**	.06	.00	.03	-.03	-.22**	-.14*
14. Hinjenje emocija	-.11	.34**	.56**	—	.10	.02	.01	.03	-.41**	-.20**
15. Podrška nadređenih	.05	.07	.06	.10	—	.47**	.19**	.17**	-.04	.07
16. Podrška kolegica	-.04	.09	.00	.02	.47**	—	.17**	.21**	-.07	-.02
17. Podrška partnera	-.04	.14*	.03	.01	.19**	.17**	—	.32**	-.10	-.15*
18. Podrška obitelji	-.02	.03	-.03	.03	.17**	.21**	.32**	—	.02	.02
19. Mentalno zdravlje	.23**	-.14*	-.22**	-.41**	-.04	-.07	-.10	.02	—	.61**
20. Tjelesno zdravlje	.14*	-.12	-.14*	-.20**	.07	-.02	-.15*	.02	.61**	—

Napomena. Prikazani su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Tablica je radi preglednosti podijeljena u dva dijela, pri čemu su u oba dijela zadržani svi retci, a stupci su podijeljeni na varijable 1–10 i 11–20. Korelacijska matrica izračunata je na istom analitičkom uzorku kao i hijerarhijske regresijske analize, uz casewise isključivanje nedostajućih podataka, $N = 262$. Koeficijenti korelacije zaokruženi su na dvije decimale. * $p < .05$, ** $p < .01$, dvosmjerni test.

Rezultati Pearsonove korelacijske analize prikazani u Tablici 7a i 7b pokazuju da je sagorijevanje statistički značajno i snažno pozitivno povezano s posrednom traumatizacijom ($r = .70$, $p < .01$), što upućuje na to da više razine sagorijevanja prate više razine posredne traumatizacije. Sagorijevanje je, nadalje, statistički značajno negativno povezano sa zadovoljstvom suosjećanjem ($r = -.61$, $p < .01$), što pokazuje da su više razine sagorijevanja povezane s nižim razinama zadovoljstva suosjećanjem. Posredna traumatizacija također je negativno povezana sa zadovoljstvom suosjećanjem, ali je ta povezanost nižeg intenziteta ($r = -.26$, $p < .01$).

Sagorijevanje pokazuje statistički značajne pozitivne povezanosti sa svim dimenzijama izvora profesionalnog stresa. Najizraženije povezanosti utvrđene su sa sukobima u komunikaciji ($r = .50$, $p < .01$), obilježjima posla ($r = .44$, $p < .01$) te organizacijom radnog mjesta i financijama ($r = .43$, $p < .01$). Slabije, ali također statistički značajne povezanosti utvrđene su sa smjenskim radom ($r = .25$, $p < .01$) i prirodom posla ($r = .22$, $p < .01$). Sličan obrazac povezanosti utvrđen je i za posrednu traumatizaciju, koja je također pozitivno povezana sa svim dimenzijama izvora profesionalnog stresa, pri čemu su najviše povezanosti dobivene s prirodom posla ($r = .44$, $p < .01$), sukobima u komunikaciji ($r = .45$, $p < .01$), obilježjima posla ($r = .38$, $p < .01$) te organizacijom radnog mjesta i financijama ($r = .35$, $p < .01$).

Zadovoljstvo suosjećanjem pokazuje statistički značajne negativne povezanosti s pojedinim dimenzijama izvora profesionalnog stresa. Više razine zadovoljstva suosjećanjem povezane su s nižim rezultatima na dimenzijama organizacije radnog mjesta i financija ($r = -.24$, $p < .01$), sukoba u komunikaciji ($r = -.20$, $p < .01$), smjenskog rada ($r = -.13$, $p < .05$) i obilježja posla ($r = -.15$, $p < .05$). Povezanost zadovoljstva suosjećanjem s prirodom posla nije bila statistički značajna ($r = .06$, $p > .05$).

U području emocionalnog napora, hinjenje emocija pokazuje statistički značajne pozitivne povezanosti sa sagorijevanjem ($r = .49$, $p < .01$) i posrednom traumatizacijom ($r = .46$, $p < .01$), kao i negativnu povezanost sa zadovoljstvom suosjećanjem ($r = -.27$, $p < .01$). Potiskivanje emocija također je pozitivno povezano sa sagorijevanjem ($r = .26$, $p < .01$) i

posrednom traumatizacijom ($r = .25, p < .01$), dok njegova povezanost sa zadovoljstvom suosjećanjem nije statistički značajna ($r = -.07, p > .05$). Uživljavanje u emocije nisko je pozitivno povezano sa sagorijevanjem ($r = .12, p < .05$) i umjerenije s posrednom traumatizacijom ($r = .29, p < .01$), dok povezanost sa zadovoljstvom suosjećanjem nije statistički značajna ($r = .09, p > .05$).

Emocionalna usklađenost pokazuje drukčiji obrazac povezanosti. Ona je statistički značajno negativno povezana sa sagorijevanjem ($r = -.24, p < .01$) i posrednom traumatizacijom ($r = -.20, p < .01$), a pozitivno sa zadovoljstvom suosjećanjem ($r = .33, p < .01$). Takav obrazac upućuje na to da je veća emocionalna usklađenost povezana s povoljnijim profesionalnim ishodima, odnosno s nižim razinama sagorijevanja i posredne traumatizacije te višim zadovoljstvom suosjećanjem.

Povezanosti socijalne podrške s dimenzijama profesionalne kvalitete života uglavnom su niskog intenziteta. Nisu utvrđene statistički značajne povezanosti između izvora socijalne podrške i sagorijevanja. Posredna traumatizacija također nije bila statistički značajno povezana s pojedinim izvorima socijalne podrške. Zadovoljstvo suosjećanjem bilo je statistički značajno pozitivno povezano jedino s podrškom obitelji i bliskih osoba ($r = .19, p < .01$), dok povezanosti s podrškom nadređenih, radnih kolegica i bračnog partnera nisu dosegnule statističku značajnost.

Analizirane su i povezanosti zdravstvene kvalitete života s ostalim varijablama. Mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života pokazuje snažne negativne povezanosti sa sagorijevanjem ($r = -.66, p < .01$) i posrednom traumatizacijom ($r = -.59, p < .01$), dok je pozitivno povezana sa zadovoljstvom suosjećanjem ($r = .39, p < .01$). Mentalno zdravlje također je statistički značajno negativno povezano sa svim dimenzijama izvora profesionalnog stresa, pri čemu su najizraženije povezanosti utvrđene sa sukobima u komunikaciji ($r = -.40, p < .01$), organizacijom radnog mjesta i financijama ($r = -.35, p < .01$) te obilježjima posla ($r = -.28, p < .01$). Od dimenzija emocionalnog napora, mentalno zdravlje pozitivno je povezano s emocionalnom usklađenošću ($r = .23, p < .01$), a negativno s uživljavanjem u emocije ($r = -.14, p < .05$), potiskivanjem emocija ($r = -.22, p < .01$) i hinjenjem emocija ($r = -.41, p < .01$). Povezanosti mentalnog zdravlja s izvorima socijalne podrške nisu bile statistički značajne.

Tjelesna komponenta zdravstvene kvalitete života također pokazuje statistički značajne negativne povezanosti sa sagorijevanjem ($r = -.50, p < .01$) i posrednom traumatizacijom ($r =$

-0.44 , $p < .01$), dok je pozitivno povezana sa zadovoljstvom suosjećanjem ($r = .28$, $p < .01$). Tjelesno zdravlje negativno je povezano sa svim dimenzijama izvora profesionalnog stresa, pri čemu su najizraženije povezanosti utvrđene s organizacijom radnog mjesta i financijama ($r = -0.33$, $p < .01$), sukobima u komunikaciji ($r = -0.31$, $p < .01$) i obilježjima posla ($r = -0.28$, $p < .01$). Od dimenzija emocionalnog napora, tjelesno zdravlje pozitivno je povezano s emocionalnom usklađenošću ($r = .14$, $p < .05$), a negativno s potiskivanjem emocija ($r = -0.14$, $p < .05$) i hinjenjem emocija ($r = -0.20$, $p < .01$). Povezanost tjelesnog zdravlja s uživljavanjem u emocije nije bila statistički značajna ($r = -0.12$, $p > .05$). Od izvora socijalne podrške, jedino je podrška bračnog partnera bila nisko, ali statistički značajno negativno povezana s tjelesnim zdravljem ($r = -0.15$, $p < .05$).

Od sociodemografskih varijabli, radni staž bio je pozitivno povezan s posrednom traumatizacijom ($r = .23$, $p < .01$) i sagorijevanjem ($r = .15$, $p < .05$), a negativno s mentalnom ($r = -0.13$, $p < .05$) i tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života ($r = -0.26$, $p < .01$). Dob je bila pozitivno povezana s posrednom traumatizacijom ($r = .15$, $p < .05$), a negativno s tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života ($r = -0.30$, $p < .01$), dok njezine povezanosti sa sagorijevanjem, zadovoljstvom suosjećanjem i mentalnom komponentom zdravstvene kvalitete života nisu bile statistički značajne. Dob i radni staž bili su međusobno visoko pozitivno povezani ($r = .64$, $p < .01$).

4.2. Hijerarhijske regresijske analize doprinos prediktora u objašnjenju sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem, tjelesne i mentalne zdravstvene kvalitete života

Tablica 8: Hijerarhijska regresijska analiza prediktora sagorijevanja

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β
Sociodemografske varijable				
Dob	-.034	-.046	.047	.056
Radni staž	.167*	.096	.001	.002
Dimenzije izvora profesionalnog stresa				
Organizacija radnog mjesta i financije	—	.096	.122*	.107
Sukobi u komunikaciji	—	.356***	.227***	.241***
Smjenski rad	—	.077	.086	.101*
Priroda rada	—	-.064	-.057	-.053
Obilježja posla	—	.273***	.229***	.240***
Dimenzije emocionalnog napora				
Emocionalna usklađenost	—	—	-.199***	-.198***
Uživljavanje u emocije	—	—	.027	.028
Potiskivanje emocija	—	—	-.061	-.072
Hinjenje emocija	—	—	.333***	.339***
Socijalna podrška				
Nadređeni	—	—	—	-.013
Radne kolege	—	—	—	-.074
Bračni partner	—	—	—	.046
Obitelj i bliski	—	—	—	-.081
R	.148	.595	.692	.701
R²	.022	.354	.478	.492
Korigirani R²	.014	.336	.455	.461
ΔR^2	.022	.332***	.125***	.013
F modela	F(2,259)= 2.886	F(7,254)= 19.851***	F(11,250)= 20.830***	F(15,246)= 15.858***
ΔF	F(2,259)= 2.886	F(5,254)= 26.079***	F(4,250)= 14.924***	F(4, 246) = 1.618

Napomena. Prikazane su standardizirane regresijske težine (β) za svaki korak hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvođeni u model u blokovima: u prvom koraku sociodemografske varijable, u drugom koraku dimenzije izvora profesionalnog stresa, u trećem koraku dimenzije emocionalnog napora, a u četvrtom koraku socijalna podrška iz različitih izvora. R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora u modelu; ΔR^2 = promjena objašnjene varijance; F modela = značajnost ukupnog regresijskog modela u pojedinom koraku; ΔF = F-promjena pri uvođenju novog bloka prediktora. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

U Tablici 8 prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla bilo sagorijevanje. Prediktori su u model uključivani u četiri uzastopna koraka.

U prvom koraku u model su uključene sociodemografske varijable, odnosno dob i radni staž. Ovim modelom objašnjeno je 2.2 % varijance sagorijevanja ($R^2 = .022$; korigirani $R^2 = .014$), pri čemu model kao cjelina nije bio statistički značajan, $F(2, 259) = 2.886$, $p = .058$.

U drugom koraku u model su uključene dimenzije izvora profesionalnog stresa: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi u komunikaciji, smjenski rad, priroda rada i obilježja posla. Uvođenjem ovog bloka prediktora objašnjena varijanca sagorijevanja povećala se na 35.4 % ($R^2 = .354$; korigirani $R^2 = .336$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .332$, $\Delta F(5, 254) = 26.079$, $p < .001$.

U trećem koraku u model su uključene dimenzije emocionalnog napora: emocionalna usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Dimenzije emocionalnog napora uključene su u model kao odvojeni prediktori u skladu s njihovim teorijskim razlikovanjem. Nakon njihova uključivanja ukupno objašnjena varijanca iznosila je 47.8 % ($R^2 = .478$; korigirani $R^2 = .455$), uz dodatno statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .125$, $\Delta F(4, 250) = 14.924$, $p < .001$.

U četvrtom koraku u model su uključeni izvori percipirane socijalne podrške: podrška nadređenih, radnih kolegica, bračnog partnera te obitelji i bliskih osoba. Uvođenjem ovog bloka prediktora ukupno objašnjena varijanca sagorijevanja povećala se na 49.2 % ($R^2 = .492$; korigirani $R^2 = .461$), pri čemu povećanje objašnjene varijance nije bilo statistički značajno, $\Delta R^2 = .013$, $\Delta F(4, 246) = 1.618$, $p = .170$. Završni model kao cjelina bio je statistički značajan, $F(15, 246) = 15.858$, $p < .001$.

U konačnom modelu, uz kontrolu svih uključenih varijabli, statistički značajni prediktori sagorijevanja bili su sukobi u komunikaciji ($\beta = .241$, $p < .001$), obilježja posla ($\beta = .240$, $p < .001$), smjenski rad ($\beta = .101$, $p < .05$), emocionalna usklađenost ($\beta = -.198$, $p < .001$) te hinjenje emocija ($\beta = .339$, $p < .001$). Smjer regresijskih koeficijenata pokazuje da su sukobi u komunikaciji, obilježja posla, smjenski rad i hinjenje emocija pozitivno povezani sa sagorijevanjem, dok je emocionalna usklađenost negativno povezana sa sagorijevanjem.

Tablica 9: Hijerarhijska regresijska analiza prediktora posredne traumatizacije (STS)

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β
Sociodemografske varijable				
Dob	-.005	-.032	.061	.066
Radni staž	.237**	.148*	.058	.055
Dimenzije izvora profesionalnog stresa				
Organizacija radnog mjesta i financije	—	-.008	.020	.019
Sukobi u komunikaciji	—	.303***	.189**	.188**
Smjenski rad	—	.078	.098	.099
Priroda rada	—	.236***	.211***	.212***
Obilježja posla	—	.154*	.104	.102
Dimenzije emocionalnog napora				
Emocionalna usklađenost	—	—	-.171**	-.165**
Uživljavanje u emocije	—	—	.169**	.165**
Potiskivanje emocija	—	—	-.063	-.061
Hinjenje emocija	—	—	.291***	.298***
Socijalna podrška				
Nadređeni	—	—	—	-.062
Radne kolegice	—	—	—	.011
Bračni partner	—	—	—	.014
Obitelj i bliski	—	—	—	.018
R	.234	.589	.686	.689
R²	.055	.347	.471	.475
Korigirani R²	.048	.329	.448	.443
ΔR^2	.055**	.292***	.125***	.003
F modela	F(2,259)= 7.521**	F(7,254)= 19.244***	F(11,250)= 20.252***	F(15,246)= 14.815***
ΔF	F(2,259)= 7.521**	F(5,254)= 22.675***	F(4,250)= 14.732***	F(4, 246) = 0.398

Napomena. Prikazane su standardizirane regresijske težine (β) za svaki korak hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvođeni u model u blokovima: u prvom koraku sociodemografske varijable, u drugom koraku dimenzije izvora profesionalnog stresa, u trećem koraku dimenzije emocionalnog napora, a u četvrtom koraku socijalna podrška iz različitih izvora. R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora u modelu; ΔR^2 = promjena objašnjene varijance; F modela = značajnost ukupnog regresijskog modela u pojedinom koraku; ΔF = F-promjena pri uvođenju novog bloka prediktora. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

U Tablici 9 prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla bila posredna traumatizacija, odnosno sekundarni traumatski stres. Prediktori su u model uključivani u četiri uzastopna koraka.

U prvom koraku u model su uključene sociodemografske varijable, odnosno dob i radni staž. Ovim modelom objašnjeno je 5.5 % varijance posredne traumatizacije ($R^2 = .055$; korigirani $R^2 = .048$), pri čemu je model kao cjelina bio statistički značajan, $F(2, 259) = 7.521$, $p = .001$. U ovom koraku radni staž bio je značajan pozitivan prediktor posredne traumatizacije ($\beta = .237$, $p < .01$), dok dob nije bila značajan prediktor.

U drugom koraku u model su uključene dimenzije izvora profesionalnog stresa: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi u komunikaciji, smjenski rad, priroda rada i obilježja posla. Uvođenjem ovog bloka prediktora objašnjena varijanca posredne traumatizacije povećala se na 34.7 % ($R^2 = .347$; korigirani $R^2 = .329$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .292$, $\Delta F(5, 254) = 22.675$, $p < .001$.

U trećem koraku u model su uključene dimenzije emocionalnog napora: emocionalna usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Nakon njihova uključivanja ukupno objašnjena varijanca iznosila je 47.1 % ($R^2 = .471$; korigirani $R^2 = .448$), uz dodatno statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .125$, $\Delta F(4, 250) = 14.732$, $p < .001$.

U četvrtom koraku u model su uključeni izvori percipirane socijalne podrške: podrška nadređenih, radnih kolegica, bračnog partnera te obitelji i bliskih osoba. Uvođenjem ovog bloka prediktora ukupno objašnjena varijanca posredne traumatizacije povećala se na 47.5 % ($R^2 = .475$; korigirani $R^2 = .443$), pri čemu povećanje objašnjene varijance nije bilo statistički značajno, $\Delta R^2 = .003$, $\Delta F(4, 246) = 0.398$, $p = .810$. Završni model kao cjelina bio je statistički značajan, $F(15, 246) = 14.815$, $p < .001$.

U konačnom modelu, uz kontrolu svih uključenih varijabli, statistički značajni pozitivni prediktori posredne traumatizacije bili su sukobi u komunikaciji ($\beta = .188$, $p = .001$), priroda rada ($\beta = .212$, $p < .001$), uživanje u emocije ($\beta = .165$, $p < .01$) i hinjenje emocija ($\beta = .298$, $p < .001$). Emocionalna usklađenost bila je značajan negativni prediktor posredne traumatizacije ($\beta = -.165$, $p = .001$). Smjer regresijskih koeficijenata pokazuje da su izraženiji sukobi u komunikaciji, zahtjevnija priroda rada, veće uživanje u emocije i izraženije hinjenje emocija povezani s višom razinom posredne traumatizacije, dok je veća emocionalna usklađenost povezana s nižom razinom posredne traumatizacije.

Tablica 10: Hijerarhijska regresijska analiza prediktora zadovoljstva suosjećanjem

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β
Sociodemografske varijable				
Dob	-.001	.000	-.073	-.089
Radni staž	.021	.029	.136	.125
Dimenzije izvora profesionalnog stresa				
Organizacija radnog mjesta i financije	—	-.173*	-.199**	-.179*
Sukobi u komunikaciji	—	-.135	-.027	-.045
Smjenski rad	—	-.079	-.068	-.097
Priroda rada	—	.217**	.196**	.190**
Obilježja posla	—	-.090	-.090	-.120
Dimenzije emocionalnog napora				
Emocionalna usklađenost	—	—	.309***	.330***
Uživljavanje u emocije	—	—	.049	.020
Potiskivanje emocija	—	—	.110	.131*
Hinjenje emocija	—	—	-.273***	-.259***
Socijalna podrška				
Nadređeni	—	—	—	-.113
Radne kolegice	—	—	—	.162*
Bračni partner	—	—	—	.052
Obitelj i bliski	—	—	—	.169**
R	.021	.326	.511	.566
R²	.000	.106	.261	.320
Korigirani R²	-.007	.081	.228	.279
ΔR^2	.000	.106***	.155***	.060***
F modela	F(2, 259) = 0.056	F(7, 254) = 4.304***	F(11, 250) = 8.012***	F(15, 246) = 7.731***
ΔF	F(2, 259) = 0.056	F(5, 254) = 6.002***	F(4, 250) = 13.067***	F(4, 246) = 5.407***

Napomena. Prikazane su standardizirane regresijske težine (β) za svaki korak hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvođeni u model u blokovima: u prvom koraku sociodemografske varijable, u drugom koraku dimenzije izvora profesionalnog stresa, u trećem koraku dimenzije emocionalnog napora, a u četvrtom koraku socijalna podrška iz različitih izvora. R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora u modelu; ΔR^2 = promjena objašnjene varijance; F modela = značajnost ukupnog regresijskog modela u pojedinom koraku; ΔF = F-promjena pri uvođenju novog bloka prediktora. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

U Tablici 10 prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla bila zadovoljstvo suosjećanjem. Prediktori su u model uključivani u četiri uzastopna koraka.

U prvom koraku u model su uključene sociodemografske varijable, odnosno dob i radni staž. Ovim modelom nije objašnjen značajan udio varijance zadovoljstva suosjećanjem ($R^2 = .000$; korigirani $R^2 = -.007$), pri čemu model kao cjelina nije bio statistički značajan, $F(2, 259) = 0.056$, $p = .946$. Dob i radni staž nisu bili značajni prediktori zadovoljstva suosjećanjem.

U drugom koraku u model su uključene dimenzije izvora profesionalnog stresa: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi u komunikaciji, smjenski rad, priroda rada i obilježja posla. Uvođenjem ovog bloka prediktora objašnjena varijanca zadovoljstva suosjećanjem povećala se na 10.6 % ($R^2 = .106$; korigirani $R^2 = .081$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .106$, $\Delta F(5, 254) = 6.002$, $p < .001$.

U trećem koraku u model su uključene dimenzije emocionalnog napora: emocionalna usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Nakon njihova uključivanja ukupno objašnjena varijanca povećala se na 26.1 % ($R^2 = .261$; korigirani $R^2 = .228$), uz dodatno statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .155$, $\Delta F(4, 250) = 13.067$, $p < .001$.

U četvrtom koraku u model su uključeni izvori percipirane socijalne podrške: podrška nadređenih, radnih kolegica, bračnog partnera te obitelji i bliskih osoba. Uvođenjem ovog bloka prediktora ukupno objašnjena varijanca zadovoljstva suosjećanjem povećala se na 32.0 % ($R^2 = .320$; korigirani $R^2 = .279$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .060$, $\Delta F(4, 246) = 5.407$, $p < .001$. Završni model kao cjelina bio je statistički značajan, $F(15, 246) = 7.731$, $p < .001$.

U konačnom modelu, uz kontrolu svih uključenih varijabli, statistički značajni prediktori zadovoljstva suosjećanjem bili su organizacija radnog mjesta i financije ($\beta = -.179$, $p < .05$), priroda rada ($\beta = .190$, $p < .01$), emocionalna usklađenost ($\beta = .330$, $p < .001$), potiskivanje emocija ($\beta = .131$, $p < .05$), hinjenje emocija ($\beta = -.259$, $p < .001$), podrška radnih kolegica ($\beta = .162$, $p < .05$) te podrška obitelji i bliskih osoba ($\beta = .169$, $p < .01$).

Smjer regresijskih koeficijenata pokazuje da su viši rezultati na dimenziji organizacije radnog mjesta i financija te izraženije hinjenje emocija povezani s nižim zadovoljstvom suosjećanjem. S druge strane, viši rezultati na dimenziji prirode rada, veća emocionalna usklađenost, izraženije potiskivanje emocija, veća podrška radnih kolegica te veća podrška obitelji i bliskih osoba povezani su s višim zadovoljstvom suosjećanjem.

Tablica 11: Hijerarhijska regresijska analiza prediktora tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β	6. korak β	7. korak β
Sociodemografske varijable							
Dob	-.227**	-.211**	-.246**	-.226**	-.221**	-.220**	-.225**
Radni staž	-.118	-.074	-.034	-.034	-.026	-.030	-.031
Dimenzije izvora profesionalnog stresa							
Organizacija radnog mjesta i financije	—	-.145*	-.162*	-.109	-.115	-.112	-.098
Sukobi u komunikaciji	—	-.165*	-.126	-.028	-.020	-.023	-.045
Smjenski rad	—	-.006	-.005	.032	.038	.039	.031
Priroda rada	—	.010	.029	.005	.035	.032	.030
Obilježja posla	—	-.130	-.113	-.014	-.017	-.018	-.025
Dimenzije emocionalnog napora							
Emocionalna usklađenost	—	—	.135*	.049	.041	.035	.020
Uživljavanje u emocije	—	—	-.097	-.086	-.066	-.067	-.051
Potiskivanje emocija	—	—	-.028	-.054	-.058	-.060	-.055
Hinjenje emocija	—	—	-.051	.093	.107	.109	.086
Dimenzije profesionalne kvalitete života							
Sagorijevanje	—	—	—	-.433***	-.365***	-.344**	-.308**
Posredna traumatizacija	—	—	—	—	-.126	-.132	-.136
Zadovoljstvo suosjećanjem	—	—	—	—	—	.027	.047
Socijalna podrška							
Nadređeni	—	—	—	—	—	—	.096
Radne kolegice	—	—	—	—	—	—	.036
Bračni partner	—	—	—	—	—	—	-.129*
Obitelj i bliski	—	—	—	—	—	—	.026
R	.316	.467	.497	.587	.592	.593	.612
R²	.100	.218	.247	.345	.351	.351	.374
Korigirani R²	.093	.197	.214	.313	.317	.315	.328
ΔR^2	.100***	.118***	.029†	.098***	.006	.000	.023
F modela	F(2, 259) = 14.373***	F(7, 254) = 10.133***	F(11, 250) = 7.469***	F(12, 249) = 10.929***	F(13, 248) = 10.318***	F(14, 247) = 9.557***	F(18, 243) = 8.073***
ΔF	F(2, 259) = 14.373***	F(5, 254) = 7.695***	F(4, 250) = 2.412†	F(1, 249) = 37.122***	F(1, 248) = 2.295	F(1, 247) = 0.140	F(4, 243) = 2.219

Napomena. Prikazane su standardizirane regresijske težine (β) za svaki korak hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvođeni u model u blokovima: u prvom koraku sociodemografske varijable, u drugom koraku dimenzije izvora profesionalnog stresa, u trećem koraku dimenzije emocionalnog napora, u četvrtom koraku sagorijevanje, u petom koraku posredna traumatizacija, u šestom koraku zadovoljstvo suosjećanjem, a u sedmom koraku socijalna podrška iz različitih izvora. R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora u modelu; ΔR^2 = promjena objašnjene varijance; ΔF = F-promjena pri uvođenju novog bloka prediktora. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p = .050$

U Tablici 11 prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla bila tjelesna komponenta zdravstvene kvalitete života. Prediktori su u model uključivani u sedam uzastopnih koraka.

U prvom koraku u model su uključene sociodemografske varijable, odnosno dob i radni staž. Ovim modelom objašnjeno je 10.0 % varijance tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života ($R^2 = .100$; korigirani $R^2 = .093$), pri čemu je model kao cjelina bio statistički značajan, $F(2, 259) = 14.373$, $p < .001$. U ovom koraku dob je bila značajan negativni prediktor tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života ($\beta = -.227$, $p < .01$), dok radni staž nije bio značajan prediktor.

U drugom koraku u model su uključene dimenzije izvora profesionalnog stresa: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi u komunikaciji, smjenski rad, priroda rada i obilježja posla. Uvođenjem ovog bloka prediktora objašnjena varijanca povećala se na 21.8 % ($R^2 = .218$; korigirani $R^2 = .197$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .118$, $\Delta F(5, 254) = 7.695$, $p < .001$.

U trećem koraku u model su uključene dimenzije emocionalnog napora: emocionalna usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Nakon njihova uključivanja ukupno objašnjena varijanca iznosila je 24.7 % ($R^2 = .247$; korigirani $R^2 = .214$). Povećanje objašnjene varijance bilo je na granici statističke značajnosti, $\Delta R^2 = .029$, $\Delta F(4, 250) = 2.412$, $p = .050$.

U četvrtom koraku u model je uključeno sagorijevanje. Uvođenjem sagorijevanja ukupno objašnjena varijanca povećala se na 34.5 % ($R^2 = .345$; korigirani $R^2 = .313$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .098$, $\Delta F(1, 249) = 37.122$, $p < .001$.

U petom koraku u model je uključena posredna traumatizacija. Nakon njezina uključivanja ukupno objašnjena varijanca iznosila je 35.1 % ($R^2 = .351$; korigirani $R^2 = .317$),

ali povećanje objašnjene varijance nije bilo statistički značajno, $\Delta R^2 = .006$, $\Delta F(1, 248) = 2.295$, $p = .131$.

U šestom koraku u model je uključeno zadovoljstvo suosjećanjem. Njegovo uključivanje nije dovelo do povećanja objašnjene varijance tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života, $\Delta R^2 = .000$, $\Delta F(1, 247) = 0.140$, $p = .709$.

U sedmom koraku u model su uključeni izvori percipirane socijalne podrške: podrška nadređenih, radnih kolegica, bračnog partnera te obitelji i bliskih osoba. Uvođenjem ovog bloka prediktora ukupno objašnjena varijanca povećala se na 37.4 % ($R^2 = .374$; korigirani $R^2 = .328$), pri čemu povećanje objašnjene varijance nije doseglo statističku značajnost, $\Delta R^2 = .023$, $\Delta F(4, 243) = 2.219$, $p = .068$. Završni model kao cjelina bio je statistički značajan, $F(18, 243) = 8.073$, $p < .001$.

U konačnom modelu, uz kontrolu svih uključenih varijabli, statistički značajni prediktori tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života bili su dob ($\beta = -.225$, $p < .01$), sagorijevanje ($\beta = -.308$, $p < .01$) i podrška bračnog partnera ($\beta = -.129$, $p < .05$). Smjer regresijskih koeficijenata pokazuje da su viša dob i više razine sagorijevanja povezane s nižom tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života. Negativan koeficijent podrške bračnog partnera upućuje na to da je, nakon kontrole ostalih prediktora u modelu, veća percipirana podrška bračnog partnera bila povezana s nižom tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života. Taj nalaz potrebno je tumačiti oprezno, osobito s obzirom na multivarijantni kontekst analize i činjenicu da blok socijalne podrške kao cjelina nije ostvario statistički značajan dodatni doprinos objašnjenju kriterija.

Tablica 12: Hijerarhijska regresijska analiza prediktora mentalne komponente zdravstvene kvalitete života

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β	6. korak β	7. korak β
Sociodemografske varijable							
Dob	.036	.059	-.026	-.001	.007	.008	.015
Radni staž	-.153	-.095	-.006	-.006	.007	.004	.009
Dimenzije izvora profesionalnog stresa							
Organizacija radnog mjesta i financije	—	-.146*	-.174*	-.109	-.119	-.117	-.111

Prediktori	1. korak β	2. korak β	3. korak β	4. korak β	5. korak β	6. korak β	7. korak β
Sukobi u komunikaciji	—	-.287***	-.174**	-.052	-.037	-.040	-.046
Smjenski rad	—	-.018	-.026	.021	.032	.033	.034
Priroda rada	—	-.015	-.009	-.039	.016	.013	.009
Obilježja posla	—	-.090	-.049	.073	.069	.067	.071
Dimenzije emocionalnog napora							
Emocionalna usklađenost	—	—	.210***	.103*	.089	.084	.077
Uživljavanje u emocije	—	—	-.076	-.061	-.026	-.027	-.011
Potiskivanje emocija	—	—	.032	-.001	-.008	-.009	-.006
Hinjenje emocija	—	—	-.268***	-.090	-.065	-.063	-.071
Dimenzije profesionalne kvalitete života							
Sagorijevanje	—	—	—	-.535***	-.412***	-.394***	-.382***
Posredna traumatizacija	—	—	—	—	-.228**	-.234**	-.240**
Zadovoljstvo suosjećanjem	—	—	—	—	—	.024	.029
Socijalna podrška							
Nadređeni	—	—	—	—	—	—	-.010
Radne kolegice	—	—	—	—	—	—	-.020
Bračni partner	—	—	—	—	—	—	-.074
Obitelj i bliski	—	—	—	—	—	—	.050
R	.132	.455	.562	.683	.697	.697	.701
R²	.018	.207	.316	.466	.485	.486	.492
Korigirani R²	.010	.185	.286	.440	.458	.457	.454
ΔR^2	.018	.190***	.109***	.149***	.020**	.000	.006
F modela	F(2, 259) = 2.310	F(7, 254) = 9.481***	F(11, 250) = 10.516***	F(12, 249) = 18.094***	F(13, 248) = 17.999***	F(14, 247) = 16.666***	F(18, 243) = 13.066***
ΔF	F(2, 259) = 2.310	F(5, 254) = 12.150***	F(4, 250) = 9.982***	F(1, 249) = 69.675***	F(1, 248) = 9.473**	F(1, 247) = 0.140	F(4, 243) = 0.726

Napomena. Prikazane su standardizirane regresijske težine (β) za svaki korak hijerarhijske regresijske analize. Prediktori su uvođeni u model u blokovima: u prvom koraku sociodemografske varijable, u drugom koraku dimenzije izvora profesionalnog stresa, u trećem koraku dimenzije emocionalnog napora, u četvrtom koraku sagorijevanje, u petom koraku posredna traumatizacija, u šestom koraku zadovoljstvo suosjećanjem, a u sedmom koraku socijalna podrška iz različitih izvora. R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = koeficijent determinacije korigiran za broj prediktora u modelu; ΔR^2 = promjena objašnjene varijance; F modela = značajnost ukupnog regresijskog modela u pojedinom koraku; ΔF = F-promjena pri uvođenju novog bloka prediktora. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

U Tablici 12 prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla bila mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života. Prediktori su u model uključivani u sedam uzastopnih koraka.

U prvom koraku u model su uključene sociodemografske varijable, odnosno dob i radni staž. Ovim modelom objašnjeno je 1.8 % varijance mentalne komponente zdravstvene kvalitete života ($R^2 = .018$; korigirani $R^2 = .010$), pri čemu model kao cjelina nije bio statistički značajan, $F(2, 259) = 2.310$, $p = .101$. Dob i radni staž nisu bili značajni prediktori mentalne komponente zdravstvene kvalitete života.

U drugom koraku u model su uključene dimenzije izvora profesionalnog stresa: organizacija radnog mjesta i financije, sukobi u komunikaciji, smjenski rad, priroda rada i obilježja posla. Uvođenjem ovog bloka prediktora objašnjena varijanca povećala se na 20.7 % ($R^2 = .207$; korigirani $R^2 = .185$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .190$, $\Delta F(5, 254) = 12.150$, $p < .001$.

U trećem koraku u model su uključene dimenzije emocionalnog napora: emocionalna usklađenost, uživanje u emocije, potiskivanje emocija i hinjenje emocija. Nakon njihova uključivanja ukupno objašnjena varijanca iznosila je 31.6 % ($R^2 = .316$; korigirani $R^2 = .286$), uz dodatno statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .109$, $\Delta F(4, 250) = 9.982$, $p < .001$.

U četvrtom koraku u model je uključeno sagorijevanje. Uvođenjem sagorijevanja ukupno objašnjena varijanca povećala se na 46.6 % ($R^2 = .466$; korigirani $R^2 = .440$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .149$, $\Delta F(1, 249) = 69.675$, $p < .001$.

U petom koraku u model je uključena posredna traumatizacija. Nakon njezina uključivanja ukupno objašnjena varijanca povećala se na 48.5 % ($R^2 = .485$; korigirani $R^2 = .458$), uz statistički značajno povećanje objašnjene varijance, $\Delta R^2 = .020$, $\Delta F(1, 248) = 9.473$, $p = .002$.

U šestom koraku u model je uključeno zadovoljstvo suosjećanjem. Njegovo uključivanje nije dovelo do značajnog povećanja objašnjene varijance mentalne komponente zdravstvene kvalitete života, $\Delta R^2 = .000$, $\Delta F(1, 247) = 0.140$, $p = .708$.

U sedmom koraku u model su uključeni izvori percipirane socijalne podrške: podrška nadređenih, radnih kolegica, bračnog partnera te obitelji i bliskih osoba. Uvođenjem ovog bloka prediktora ukupno objašnjena varijanca povećala se na 49.2 % ($R^2 = .492$; korigirani $R^2 = .454$), no povećanje objašnjene varijance nije bilo statistički značajno, $\Delta R^2 = .006$, $\Delta F(4, 243) = 0.726$, $p = .575$. Završni model kao cjelina bio je statistički značajan, $F(18, 243) = 13.066$, $p < .001$.

U konačnom modelu, uz kontrolu svih uključenih varijabli, statistički značajni prediktori mentalne komponente zdravstvene kvalitete života bili su sagorijevanje ($\beta = -.382$, $p < .001$) i posredna traumatizacija ($\beta = -.240$, $p < .01$). Smjer regresijskih koeficijenata pokazuje da su više razine sagorijevanja i posredne traumatizacije povezane s nižom mentalnom komponentom zdravstvene kvalitete života. Ostale varijable u završnom modelu nisu ostvarile statistički značajan jedinstveni doprinos objašnjenju mentalne komponente zdravstvene kvalitete života.

5. RASPRAVA

Polazeći od predloženog teorijskog modela, ovo je istraživanje bilo usmjereno na ispitivanje odnosa između profesionalnog stresa i emocionalnog napora kao ključnih radnih zahtjeva, dimenzija profesionalne kvalitete života kao središnjih profesionalnih ishoda te zdravstvene kvalitete života kao krajnjeg ishoda profesionalnog funkcioniranja medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. U skladu s tom logikom, rezultati se u ovoj raspravi ne promatraju kao izolirani nalazi, nego kao međusobno povezani procesi koji odražavaju specifičnu dinamiku rada u sustavu dugotrajne skrbi. Takav pristup omogućuje da se dobiveni nalazi interpretiraju ne samo deskriptivno i prediktivno, nego i kao dio šireg obrasca odnosa između radnih zahtjeva, emocionalnih procesa, profesionalne kvalitete života i zdravlja.

U istraživanju su sudjelovale pretežno profesionalno iskusnije medicinske sestre i njegovateljice, što potvrđuju prosječna dob od 44 godine i prosječni radni staž od 14 godina, uz činjenicu da ispitanice s manje od 12 mjeseci radnog staža nisu bile uključene u istraživanje. To znači da se dobiveni rezultati mogu promatrati u kontekstu dugotrajnog profesionalnog izlaganja zahtjevima rada u ustanovama dugotrajne skrbi, što se u literaturi povezuje s kumulativnim učinkom profesionalnog stresa i emocionalnog opterećenja (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001). Istodobno, činjenica da u uzorku prevladavaju zaposlenice sa srednjom stručnom spremom odražava realnu strukturu radne snage u sektoru dugotrajne skrbi, u kojem zaposlenici s razinom obrazovanja ISCED 3 (srednjoškolsko obrazovanje) i ISCED 4

(programi prekvalifikacije i usavršavanja odraslih) čine većinu radne snage (OECD, 2020). Visoka zastupljenost smjenskog rada dodatno potvrđuje specifičnost radnog okruženja domova za starije osobe, pri čemu se takva organizacija rada i u ranijim istraživanjima povezuje s većim opterećenjem i nepovoljnijim zdravstvenim ishodima (Costa, 2010). Iako su u istraživanje uključeni i domovi za starije izvan Zagreba, činjenica da najveći udio ispitanica dolazi iz zagrebačkih ustanova (71,27 %) sugerira da dobiveni nalazi u najvećoj mjeri odražavaju organizacijske i radne okolnosti domova na području Zagreba, što treba uzeti u obzir pri njihovoj interpretaciji i generalizaciji na druge sredine.

5.1. Profil profesionalnog iskustva u sustavu dugotrajne skrbi

Prije razmatranja pojedinih komponenti pretpostavljenog modela, potrebno je sagledati osnovni profil profesionalnog iskustva ispitanica koji proizlazi iz deskriptivnih i korelacijskih nalaza. Ovaj analitički korak ima preliminarnu funkciju te služi kao empirijska podloga za kasniju interpretaciju rezultata hijerarhijskih regresijskih analiza.

U skladu s prvim istraživačkim problemom, cilj je bio utvrditi učestalost i strukturu različitih izvora profesionalnog stresa, izraženost emocionalnog napora, sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem, percipirane socijalne podrške te zdravstvene kvalitete života. Dobiveni rezultati potvrđuju prisutnost različitih izvora profesionalnog stresa i izraženog emocionalnog napora, kao i istodobnu prisutnost negativnih i pozitivnih aspekata profesionalne kvalitete života.

Među izvorima profesionalnog stresa najizraženijima su se pokazala obilježja posla te organizacija radnog mjesta i financije. U području emocionalnog napora emocionalna usklađenost bila je relativno visoko izražena, dok se hinjenje emocija posebno istaknulo u kasnijim korelacijskim i regresijskim analizama kao dimenzija najdosljednije povezana s profesionalnim ishodima. Istodobno, kod socijalne podrške najviše su prosječne vrijednosti zabilježene za podršku radnih kolegica i nadređenih.

Ovakav raspored nalaza upućuje na profesionalni kontekst u kojem su radni zahtjevi visoki, emocionalni napor svakodnevan, a pozitivni i negativni aspekti profesionalnog iskustva prisutni istodobno, a ne međusobno isključivo. Takav obrazac u skladu je s modelom profesionalne kvalitete života, koji polazi od pretpostavke da pozitivni i negativni aspekti pomaganja mogu koegzistirati (Stamm, 2010), kao i s istraživanjima koja potvrđuju istodobnu

prisutnost profesionalnog stresa, emocionalnog napora i različitih aspekata profesionalne kvalitete života u pomagačkim zanimanjima (Hunsaker i sur., 2015; McGilton i sur., 2017; White i sur., 2019). Prisutnost emocionalnog napora dodatno se može razumjeti u okviru teorije emocionalnog rada, prema kojoj je regulacija emocionalnog izražavanja sastavni dio profesionalne uloge u pomagačkim zanimanjima (Hochschild, 1983; Brotheridge i Lee, 2002).

Rezultati korelacijske analize dodatno su razjasnili strukturu odnosa među ključnim varijablama. Sagorijevanje i posredna traumatizacija pokazali su snažnu pozitivnu povezanost, a obje su varijable bile pozitivno povezane s više izvora profesionalnog stresa, osobito sa sukobima u komunikaciji, obilježjima posla i organizacijskim aspektima rada. Zadovoljstvo suosjećanjem pokazalo je suprotan obrazac, odnosno negativne povezanosti sa sagorijevanjem, posrednom traumatizacijom i većinom izvora profesionalnog stresa, dok je pozitivno povezano s emocionalnom usklađenošću. U području emocionalnog napora posebno se ističe da je hinjenje emocija pozitivno povezano sa sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom, dok je emocionalna usklađenost s tim varijablama negativno povezana. Socijalna podrška pokazala je slabiji i selektivniji obrazac povezanosti: nije utvrđena značajna povezanost socijalne podrške sa sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom, dok je podrška obitelji i bliskih osoba bila pozitivno povezana sa zadovoljstvom suosjećanjem. Ovakav obrazac korelacija podupire pretpostavku da su profesionalni stres i emocionalni napor relevantni za razumijevanje profesionalne kvalitete života, dok se dimenzije profesionalne kvalitete života mogu razmatrati kao važni profesionalni ishodi povezani sa širim pokazateljima zdravstvene kvalitete života. Nalazi su pritom u skladu s prethodnim istraživanjima koja potvrđuju povezanost profesionalnog stresa sa sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom te razlikuju nepovoljne učinke površinske emocionalne regulacije od povoljnijih učinaka emocionalne usklađenosti i autentičnijeg emocionalnog izražavanja (Bakker i Demerouti, 2007; Stamm, 2010; Chou, Hecker i Martin, 2012).

Iz tog se početnog profila profesionalnog iskustva može zaključiti da je rad u domovima za starije osobe obilježen istodobnom prisutnošću visokih zahtjeva, stalnog emocionalnog rada i prepoznatljivih izvora profesionalnog smisla. Upravo taj spoj visokog opterećenja i postojanja pozitivnih aspekata rada predstavlja polazišnu točku za razumijevanje dobivenih rezultata.

5.2. Od radnih zahtjeva do profesionalne kvalitete života

U skladu s teorijskim okvirom istraživanja, prvi korak u razumijevanju profesionalnih i zdravstvenih ishoda odnosi se na analizu radnih zahtjeva kojima su ispitanice izložene. U ovom istraživanju profesionalni stres i emocionalni napor mogu se promatrati kao ključni oblici radnih zahtjeva, odnosno kao važni izvori opterećenja povezani s profesionalnim ishodima. Takvo razumijevanje oslanja se na model radnih zahtjeva i resursa (JD-R), prema kojem nepovoljni ishodi ne proizlaze iz jednog izoliranog faktora, već iz kumulativnog djelovanja različitih zahtjeva koji nadilaze raspoložive resurse zaposlenica (Bakker i Demerouti, 2007). U tom smislu, osobito su važni zahtjevi emocionalne i interpersonalne prirode, jer uključuju dodatno ulaganje psiholoških resursa i potencijalno brže dovode do njihova iscrpljivanja (Demerouti i sur., 2001; Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001).

Dobiveni deskriptivni rezultati pokazuju da su među izvorima profesionalnog stresa najizraženija obilježja posla te organizacija radnog mjesta i financije. U području emocionalnog napora važno je razlikovati deskriptivnu izraženost pojedinih dimenzija od njihove prediktorske važnosti: emocionalna usklađenost pokazuje visoku prosječnu izraženost, dok se hinjenje emocija u kasnijim analizama pokazalo osobito važnim za objašnjenje profesionalnih ishoda. Takav obrazac nalaza upućuje na to da, uz organizacijske čimbenike, važnu ulogu imaju i interpersonalni i emocionalni aspekti rada. Drugim riječima, rezultati sugeriraju da radni zahtjevi u ovom kontekstu nisu ograničeni samo na količinu posla, već uključuju i kvalitativne aspekte, poput emocionalne složenosti rada i svakodnevnih interakcija s korisnicima. Upravo ti aspekti mogu biti posebno zahtjevni jer zahtijevaju kontinuiranu regulaciju emocija i upravljanje interpersonalnim odnosima, što dodatno opterećuje zaposlenice (Demerouti i sur., 2001; Maslach i sur., 2001). Slični obrasci zabilježeni su i u istraživanjima u području dugotrajne skrbi i sestrinstva, gdje se naglašava važnost emocionalnih i interpersonalnih zahtjeva kao važnih izvora stresa (Woodhead i sur., 2016; Chou, Hecker i Martin, 2012).

Posebno je važno istaknuti da je hinjenje emocija identificirano kao najizraženija dimenzija emocionalnog napora. Ovakav nalaz može upućivati na čestu uporabu površinskog reguliranja emocija u svakodnevnom radu. Takav način regulacije uključuje izražavanje emocija koje nisu u potpunosti usklađene s unutarnjim doživljajem, što može dovesti do emocionalne disonance i dodatnog psihološkog opterećenja (Grandey, 2003). Dugoročno, takvi procesi mogu pridonijeti iscrpljivanju emocionalnih resursa zaposlenica. U tom smislu, rezultati ovog istraživanja mogu se dovesti u vezu s nalazima koji pokazuju da učestale i zahtjevne interakcije

s korisnicima potiču korištenje emocionalnog rada, pri čemu se površinsko reguliranje emocija povezuje s nepovoljnijim, a dublje emocionalno usklađivanje s povoljnijim profesionalnim ishodima (Chou, Hecker i Martin, 2012). Slični obrasci potvrđeni su i u drugim profesionalnim kontekstima, što dodatno naglašava važnost načina regulacije emocija u razumijevanju profesionalnih ishoda (Zhang, 2025).

Ovi nalazi dodatno dobivaju na značenju kada se promatraju u kontekstu dugotrajne skrbi. Profesionalni stres u ovom istraživanju obuhvaćao je i konkretne emocionalno zahtjevne situacije, poput rada s agresivnim korisnicima, komunikacijskih poteškoća, suočavanja s nezadovoljstvom korisnika i njihovih obitelji te nedostatka vremena za adekvatnu skrb. Takav obrazac u skladu je s istraživanjima koja ističu da su zahtjevne interpersonalne situacije i komunikacijski konflikti važan izvor profesionalnog stresa u ovom području (Abrahamson i sur., 2009). U tom smislu, specifičnost ovog konteksta dodatno naglašava ulogu emocionalnih zahtjeva, budući da zaposlenice uz kvantitativno opterećenje istodobno nose i kontinuirani emocionalni angažman. Ovakvo razumijevanje radnih zahtjeva predstavlja polazište za daljnju analizu njihove povezanosti s profesionalnim i zdravstvenim ishodima.

5.3. Profesionalna kvaliteta života kao višedimenzionalni konstrukt

Nakon utvrđivanja ključnih radnih zahtjeva, sljedeći analitički korak odnosi se na njihovu povezanost s profesionalnim ishodima. Dobiveni rezultati, osobito obrasci korelacija i diferencirani prediktorski odnosi, jasno upućuju na to da profesionalna kvaliteta života ne predstavlja jedinstven konstrukt, već skup međusobno povezanih, ali funkcionalno različitih procesa. Ovakav obrazac nalaza može se interpretirati u okviru JD-R modela, prema kojem radni zahtjevi primarno doprinose iscrpljivanju resursa i razvoju negativnih ishoda, dok resursi potiču razvoj pozitivnih profesionalnih iskustava. U tom se kontekstu sagorijevanje može razumjeti kao indikator iscrpljivanja resursa pod utjecajem radnih zahtjeva, posredna traumatizacija kao specifičan odgovor na kontinuiranu izloženost patnji korisnika, dok zadovoljstvo suosjećanjem odražava pozitivan aspekt profesionalnog iskustva utemeljen na doživljaju smislenosti i kvalitete interpersonalnih odnosa. Različiti obrasci njihove povezanosti s radnim zahtjevima, emocionalnim naporom i dostupnim resursima dodatno potvrđuju da ovi ishodi proizlaze iz djelomično različitih, ali teorijski očekivanih mehanizama, što je u skladu s nalazima prethodnih istraživanja (Nadarajan i sur., 2025; Kelly i sur., 2015; Hunsaker i sur., 2015). Takva interpretacija također je u skladu s ProQOL okvirom, koji naglašava da pozitivni i negativni aspekti profesionalne kvalitete života nisu suprotni polovi istog kontinuuma, već

djelomično neovisne dimenzije s različitim prediktorima i posljedicama (Stamm, 2010). U cilju preciznijeg uvida u doprinos pojedinih prediktora, u nastavku se interpretiraju rezultati hijerarhijskih regresijskih analiza za sagorijevanje, posrednu traumatizaciju i zadovoljstvo suosjećanjem.

5.3.1. Sagorijevanje

Sagledavajući prethodno utvrđenu diferencijaciju dimenzija profesionalne kvalitete života, sljedeći je korak razumjeti na koji se način pojedini radni zahtjevi povezuju s konkretnim profesionalnim ishodima. U okviru ProQOL modela sagorijevanje se definira kao negativna dimenzija profesionalne kvalitete života koja obuhvaća osjećaj iscrpljenosti, frustracije, preopterećenosti i smanjene profesionalne učinkovitosti, a razvija se postupno kao posljedica kroničnih radnih zahtjeva i doživljava da profesionalni naponi ne dovode do očekivanih ishoda ili priznanja (Stamm, 2010). U širem teorijskom okviru, sagorijevanje se konceptualizira kao sindrom koji uključuje emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjeno osobno postignuće (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001).

U ovom istraživanju sagorijevanje se pokazalo kao ishod koji je u najvećoj mjeri povezan s profesionalnim stresorima i obrascima emocionalne regulacije u radu. Rezultati hijerarhijske regresijske analize potvrđuju ovakav obrazac, pri čemu se uvođenjem dimenzija izvora profesionalnog stresa značajno povećala objašnjena varijanca sagorijevanja, dok je uključivanje dimenzija emocionalnog napora dodatno unaprijedilo model.

Dob i radni staž imali su ograničen doprinos u objašnjenju sagorijevanja. Iako je radni staž u prvom koraku bio značajan pozitivan prediktor, taj se učinak izgubio nakon uključivanja dimenzija profesionalnog stresa i emocionalnog napora. Dob nije bila značajan prediktor sagorijevanja ni u jednom koraku analize. Pritom je važno imati na umu da su u modelu od sociodemografskih obilježja bile uključene samo dob i radni staž, koje su međusobno visoko povezane, zbog čega se dobiveni nalaz ne može generalizirati na sociodemografske varijable u širem smislu. Stoga rezultati upućuju prvenstveno na to da dob i radni staž nisu zadržali značajan samostalan doprinos u završnom modelu.

Važno je istaknuti da je završnim regresijskim modelom ukupno je objašnjeno 49.2 % varijance sagorijevanja, dok je korigirani koeficijent determinacije iznosio 46.1 %, što pokazuje da model zadržava visoku prediktivnu vrijednost i nakon korekcije za broj uključenih

prediktora. Multipla korelacija završnog modela iznosila je $R = .701$, što upućuje na snažnu povezanost skupa prediktora sa sagorijevanjem. Ovakav nalaz dodatno potvrđuje važnost dimenzija profesionalnog stresa i emocionalnog napora u razumijevanju sagorijevanja u ispitivanom uzorku. Istodobno, visinu objašnjene varijance potrebno je tumačiti s metodološkim oprezom, s obzirom na moguću sadržajnu bliskost pojedinih prediktora i kriterija te činjenicu da su sve varijable mjerene samoprocjenskim instrumentima. Stoga se dobiveni rezultat može tumačiti kao pokazatelj snažne povezanosti radnih i emocionalnih zahtjeva sa sagorijevanjem, ali ne i kao dokaz uzročnog odnosa.

Kao najizraženiji prediktori sagorijevanja izdvajaju se sukobi u komunikaciji i obilježja posla, dok se smjenski rad pokazao kao slabiji, ali statistički značajan prediktor. Nalaz o značajnosti sukoba u komunikaciji upućuje na to da različiti oblici interpersonalnih napetosti u radnom okruženju mogu imati važnu ulogu u objašnjenju sagorijevanja. U ovom istraživanju konstrukt sukoba u komunikaciji obuhvaća sukobe s kolegicama, drugim suradnicima i nadređenima, kao i poteškoće u svakodnevnoj komunikaciji, što upućuje na širi spektar interpersonalnih izazova u radu. U kontekstu dugotrajne skrbi, zaposlenice su istodobno uključene u odnose s korisnicima, njihovim obiteljima i radnim okruženjem, što može povećati vjerojatnost nesklada u očekivanjima i pojave konflikata. Takav nalaz može se dodatno razumjeti u svjetlu istraživanja koje razlikuje horizontalne i vertikalne sukobe, pri čemu sukobi u odnosima s nadređenima mogu imati izraženiji učinak zbog specifične organizacijske pozicije i ograničenih mogućnosti njihova razrješavanja (Jagodic, Hlebec i Starc, 2020). Ujedno je u skladu s teorijskim pristupom koji naglašava ulogu kroničnih interpersonalnih stresora u razvoju sagorijevanja (Maslach, Schaufeli i Leiter, 2001).

Ovakav obrazac nalaza u skladu je i s istraživanjima koja naglašavaju važnost kvalitete interpersonalnih odnosa u objašnjenju sagorijevanja. Primjerice, Abrahamson i sur. (2009) pokazuju da su konflikti u odnosima s obiteljima korisnika povezani s višim razinama sagorijevanja u uvjetima povećanog radnog opterećenja. Dobiveni nalazi ovog istraživanja nadovezuju se na takve rezultate, upućujući na to da se učinak konflikata ne odnosi samo na specifične odnose, nego na širi spektar svakodnevnih komunikacijskih situacija u radnom okruženju. Obilježja posla također su se pokazala značajnim prediktorom sagorijevanja. Ova dimenzija obuhvaća specifične zahtjeve rada s korisnicima, uključujući nerealna očekivanja, izostanak pozitivne povratne informacije, premještanje nezadovoljstva na zaposlenice te izazove povezane s radom s osobama oboljelima od demencije i Alzheimerove bolesti. Takav

nalaz upućuje na to da sadržaj rada, a ne samo njegovi organizacijski aspekti, ima važnu ulogu u objašnjenju sagorijevanja. U tom smislu, nalazi su u skladu s istraživanjima koja ističu da su bihevioralni i emocionalno zahtjevni aspekti skrbi za osobe s demencijom među važnim izvorima profesionalnog opterećenja (Brodaty i Donkin, 2009; Isaksson, Graneheim i Åström, 2009), kao i s nalazima koji pokazuju povezanost profesionalnog stresa i sagorijevanja u zdravstvenim zanimanjima (Khamisa i sur., 2015; Hunsaker i sur., 2015; Munnangi i sur., 2018; Tucak Junaković, Macuka i Skokandić, 2019).

Smjenski rad dodatno se izdvaja kao značajan, iako slabiji prediktor sagorijevanja, što upućuje na važnost pojedinih organizacijskih aspekata rada. Ovakav nalaz sugerira da raspored radnog vremena i kontinuitet opterećenja mogu predstavljati važnu dimenziju radnog iskustva povezanu s razinom iscrpljenosti zaposlenica. Time se dobiveni rezultati uklapaju u širi okvir istraživanja koja naglašavaju ulogu radnog opterećenja i organizacijskih uvjeta u razvoju sagorijevanja (Dall'Ora i sur., 2023; Qtait, Al Ali i Jaradat, 2025).

Dodatnu razinu objašnjenja sagorijevanja pružaju dimenzije emocionalnog napora. Uključivanjem ovih varijabli model se dodatno poboljšava, pri čemu se hinjenje emocija pokazalo kao pozitivan, a emocionalna usklađenost kao negativan prediktor. Posebno se ističe hinjenje emocija, koje je u završnom modelu bilo najsnažniji pozitivni prediktor sagorijevanja. Ovakav obrazac nalaza upućuje na to da ključni mehanizam nije sama emocionalna uključenost u radu, nego odnos između doživljenih i izraženih emocija. Hinjenje emocija, kao oblik površinske regulacije, podrazumijeva izražavanje emocija koje nisu u skladu s unutarnjim doživljajem (Grandey, 2000), što dovodi do emocionalne disonance i povećanog psihološkog napora. S druge strane, emocionalna usklađenost označava podudarnost između doživljenih i izraženih emocija, čime se smanjuje potreba za regulacijom i posljedično psihološko opterećenje. Ovakva interpretacija u skladu je s nalazima koji pokazuju da površinsko reguliranje emocija ima nepovoljnije učinke na dobrobit zaposlenica, dok autentičniji emocionalni izrazi mogu djelovati zaštitno (Hülshager i Schewe, 2011; Chou, Hecker i Martin, 2012).

Dobiveni nalaz prema kojem je hinjenje emocija značajan prediktor sagorijevanja može se dodatno razumjeti u okviru istraživanja koja pokazuju da površinsko reguliranje emocija povećava razinu emocionalne iscrpljenosti i radnog stresa kod zdravstvenih djelatnica (Yikilmaz i sur., 2024). U tom smislu, hinjenje emocija može se interpretirati kao specifičan oblik emocionalnog zahtjeva koji je povezan s povećanim trošenjem psiholoških resursa.

Ovakav obrazac u skladu je i s modelom radnih zahtjeva i resursa (Demerouti i sur., 2001), kao i s teorijom očuvanja resursa, prema kojima kontinuirano ulaganje emocionalnih resursa u uvjetima visokih zahtjeva može biti povezano s njihovim postupnim iscrpljivanjem.

Suprotno očekivanjima, socijalna podrška nije se pokazala kao značajan prediktor sagorijevanja nakon uključivanja profesionalnih stresora i emocionalnog napora. Iako se u literaturi često ističe kao važan radni resurs, dobiveni rezultati ovog istraživanja upućuju na to da njezin učinak u ovom kontekstu nije izravan ili je slabiji u odnosu na učinke profesionalnih zahtjeva. Takav obrazac može se razumjeti u okviru modela radnih zahtjeva i resursa, prema kojem zahtjevi imaju neposredniji odnos s negativnim ishodima, dok resursi češće djeluju kroz ublažavanje tih učinaka ili su povezani s pozitivnim aspektima rada (Demerouti i sur., 2001). Slične nalaze donose García-Sierra i sur. (2016), dok Woodhead i sur. (2016) pokazuju da učinci socijalne podrške ovise o njezinu izvoru i funkciji te su prvenstveno povezani s pojedinim dimenzijama sagorijevanja, poput emocionalne iscrpljenosti, ali ne nužno i s ukupnim sagorijevanjem.

U konačnici, dobiveni nalazi upućuju na to da se sagorijevanje u ovom uzorku može razumjeti kroz povezanost više razina čimbenika: interpersonalnih odnosa, odnosno sukoba u komunikaciji, sadržajnih zahtjeva rada, odnosno obilježja posla, pojedinih organizacijskih aspekata rada, odnosno smjenskog rada, te emocionalnih procesa, odnosno hinjenja emocija i emocionalne usklađenosti. Sagorijevanje se pritom ne pojavljuje samo kao ishod povezan s opsegom radnog opterećenja, nego kao ishod povezan s odnosom između radnih zahtjeva, organizacijskih uvjeta i načina emocionalne regulacije. Takav zaključak proizlazi iz dobivenih rezultata i naglašava važnost integriranog pristupa u razumijevanju sagorijevanja u kontekstu pomagačkih zanimanja.

5.3.2. Posredna traumatizacija

Za razliku od sagorijevanja, koje se ponajprije povezuje s postupnim iscrpljivanjem profesionalnih resursa, posredna traumatizacija odnosi se na specifičan negativan ishod pomagačkog rada koji proizlazi iz neizravne izloženosti traumatskim iskustvima drugih osoba i empatijske uključenosti u njihovu patnju (Figley, 1995; Stamm, 2010). U tom smislu, posredna traumatizacija obuhvaća traumatsku dimenziju pomagačkog rada te uključuje simptome slične posttraumatskom stresnom poremećaju, ali nastale kroz profesionalni kontakt s traumom, patnjom, gubitkom i smrću korisnika (McCann i Pearlman, 1990).

Dob i radni staž nisu zadržali značajan samostalan doprinos u završnom modelu objašnjenja posredne traumatizacije. Iako je radni staž u prvim koracima analize bio značajan pozitivan prediktor posredne traumatizacije, taj se učinak izgubio nakon uključivanja dimenzija emocionalnog napora. Budući da su u modelu od sociodemografskih obilježja bile uključene samo dob i radni staž, koje su međusobno visoko povezane, ovaj nalaz treba tumačiti prvenstveno kao izostanak njihova samostalnog doprinosa u završnom modelu. Takav nalaz upućuje na to da se posredna traumatizacija u ovom uzorku prije svega može razumjeti u povezanosti s konkretnim radnim iskustvom i svakodnevnim zahtjevima rada.

Važno je istaknuti da je završnim regresijskim modelom ukupno je objašnjeno 47.5 % varijance posredne traumatizacije, dok je korigirani koeficijent determinacije iznosio 44.3 %. Multipla korelacija završnog modela iznosila je $R = .689$, što upućuje na snažnu povezanost skupa prediktora s posrednom traumatizacijom. Ovakav nalaz pokazuje da su dimenzije profesionalnog stresa i emocionalnog napora vrlo relevantne za razumijevanje posredne traumatizacije u ispitivanom uzorku. Istodobno, visinu objašnjene varijance potrebno je tumačiti s metodološkim oprezom, s obzirom na to da su sve varijable mjerene samoprocjenskim instrumentima te da se na temelju presječnog nacрта ne mogu donositi zaključci o uzročnim odnosima.

U završnom modelu kao značajni prediktori posredne traumatizacije izdvojili su se sukobi u komunikaciji, priroda rada, emocionalna usklađenost, uživanje u emocije i hinjenje emocija. Obilježja posla bila su značajan prediktor u modelu u kojem su uključene dimenzije profesionalnog stresa, ali taj doprinos nije ostao značajan nakon uključivanja dimenzija emocionalnog napora. Takav obrazac upućuje na to da se posredna traumatizacija u ovom istraživanju ne povezuje s jednim izoliranim izvorom opterećenja, nego s kombinacijom interpersonalnih zahtjeva, specifične prirode rada i načina emocionalnog funkcioniranja u profesionalnom kontekstu.

Nalaz o sukobima u komunikaciji upućuje na važnost svakodnevnih interpersonalnih odnosa u radnom okruženju. Konfliktna situacija s korisnicima, članovima njihovih obitelji, kolegicama i nadređenima predstavljaju kontinuirani izvor emocionalnog opterećenja, a ne samo sporadične događaje. Ovakav rezultat u skladu je s istraživanjima koja pokazuju da su profesionalni stresori i zahtjevne interpersonalne situacije povezani s nepovoljnim profesionalnim ishodima kod medicinskih sestara (Hunsaker i sur., 2015). Dobiveni nalazi dodatno naglašavaju da u kontekstu dugotrajne skrbi takve situacije mogu imati kumulativni

karakter, budući da se odvijaju u okviru dugotrajnih i ponavljanih odnosa s istim korisnicima i njihovim obiteljima. Time interpersonalni odnosi ne djeluju samo kao kontekst rada, nego kao važan izvor opterećenja koji se s vremenom može akumulirati.

Jednako važan je nalaz o prirodi rada kao značajnom prediktoru posredne traumatizacije. Ova dimenzija obuhvaća izloženost smrti korisnika, osjećaj gubitka, postupanje s umrlima, suočavanje s pitanjima života i smrti, iskustva suicida korisnika te informiranje obitelji o smrti korisnika. Riječ je o sadržajima koji uključuju izravan i ponavljan kontakt s egzistencijalno zahtjevnim iskustvima. Dobiveni rezultati time pokazuju da posredna traumatizacija u ovom kontekstu nije povezana samo s općim radnim stresom, nego i sa specifičnim sadržajima rada koji imaju izražen traumatski potencijal. Takav nalaz u skladu je s teorijskim pristupima koji posrednu traumatizaciju objašnjavaju kao posljedicu internalizacije tuđe traume kroz kontinuirani profesionalni kontakt (Figley, 1995; McCann i Pearlman, 1990).

Obilježja posla odnose se na zahtjeve koji proizlaze iz svakodnevnih interakcija s korisnicima i njihovim obiteljima, uključujući nerealna očekivanja, premještanje nezadovoljstva na zaposlenice, izostanak pozitivne povratne informacije te specifične izazove rada s osobama oboljelima od demencije i Alzheimerove bolesti. Iako je ova dimenzija bila pozitivno povezana s posrednom traumatizacijom i značajna u ranijem koraku regresijske analize, njezin doprinos u završnom modelu nije ostao statistički značajan. To upućuje na mogućnost da je njezina povezanost s posrednom traumatizacijom dijelom zajednička s drugim dimenzijama profesionalnog stresa i emocionalnog napora. Ipak, sadržajno gledano, ovaj nalaz ostaje važan jer pokazuje da se profesionalno opterećenje u dugotrajnoj skrbi ne iscrpljuje samo u izloženosti smrti i gubitku, nego uključuje i svakodnevne emocionalno zahtjevne interakcije s korisnicima i njihovim obiteljima.

Dimenzije emocionalnog napora dodatno razjašnjavaju ovaj obrazac. Uživljavanje u emocije i hinjenje emocija pokazali su se kao rizični čimbenici, dok je emocionalna usklađenost bila negativan prediktor posredne traumatizacije. Ovakav nalaz upućuje na to da za razumijevanje posredne traumatizacije nije važna samo emocionalna izloženost, nego i način na koji se emocije reguliraju u profesionalnom kontekstu. Površinsko reguliranje emocija, koje uključuje izražavanje emocija koje nisu u skladu s unutarnjim doživljajem, povezano je s emocionalnom disonancijom i dodatnim psihološkim naporom (Zapf, 2002), dok istraživanja na medicinskim sestrama pokazuju da takvi procesi doprinose emocionalnoj iscrpljenosti (Chou, Hecker i Martin, 2012). Kvalitativni nalazi iz konteksta domova za starije osobe dodatno

potvrđuju da emocionalni rad u takvom okruženju predstavlja značajan izvor opterećenja (Andrade i Neves, 2023). U tom smislu, dobiveni rezultati sugeriraju da emocionalna uključenost može postati rizična onda kada zahtijeva kontinuirano ulaganje resursa bez mogućnosti njihove adekvatne obnove, dok emocionalna usklađenost može imati zaštitnu ulogu.

Suprotno očekivanjima, socijalna podrška nije se pokazala kao značajan prediktor posredne traumatizacije u multivarijantnom modelu. Iako se u literaturi često ističe njezina zaštitna uloga, dobiveni nalaz upućuje na to da njezin učinak u kontekstu posredne traumatizacije nije nužno izravan. Empirijski nalazi pokazuju da socijalna podrška može biti povezana sa sekundarnim traumatskim stresom i sagorijevanjem, ali pritom djeluje kroz složenije mehanizme, primjerice kao medijator (Shaqiqi i Abou El-Soud, 2024). U tom smislu, izostanak njezina izravnog učinka u ovom istraživanju može se razumjeti kao posljedica dominantnog utjecaja profesionalnih stresora i emocionalnog napora, a ne kao pokazatelj njezine nevažnosti.

Ovakav obrazac dodatno je razumljiv u okviru teorije očuvanja resursa, prema kojoj intenzivni i dugotrajni zahtjevi rada dovode do postupnog iscrpljivanja emocionalnih i kognitivnih resursa (Hobfoll, 1989). U kontekstu dugotrajne skrbi, gdje su zaposlenice kontinuirano izložene smrti, gubitku, zahtjevnim ponašanjima korisnika i složenim interpersonalnim odnosima, učinci takvih zahtjeva mogu nadjačati zaštitni potencijal socijalnih resursa. Time dobiveni nalaz ne dovodi u pitanje važnost socijalne podrške, nego upućuje na ograničenja njezina izravnog djelovanja u uvjetima visoke i kronične izloženosti emocionalno zahtjevnim situacijama.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja pokazuju da se posredna traumatizacija u kontekstu dugotrajne skrbi može razumjeti kroz povezanost specifičnih profesionalnih stresora i načina emocionalne regulacije. Ključna vrijednost dobivenih nalaza jest u tome što identificiraju konkretne izvore opterećenja: izloženost smrti i gubitku, zahtjevne odnose s korisnicima i njihovim obiteljima, komunikacijske konflikte te emocionalni napor koji zajedno oblikuju rizik za razvoj posredne traumatizacije. Time se dodatno naglašava da se ovaj fenomen u promatranom kontekstu ne može svesti na opći profesionalni stres, nego zahtijeva razumijevanje specifičnih uvjeta rada i emocionalnih procesa koji su za njega karakteristični.

5.3.3. Zadovoljstvo suosjećanjem

Zadovoljstvo suosjećanjem definira se kao pozitivan aspekt profesionalne kvalitete života koji proizlazi iz doživljaja da osoba uspješno obavlja svoj pomagački posao, učinkovito pomaže drugima te svojim radom doprinosi dobrobiti korisnika, kolegica i šireg radnog okruženja (Stamm, 2010). U skladu s četvrtim istraživačkim problemom, cilj ovog dijela istraživanja bio je ispitati doprinos sociodemografskih obilježja, izvora profesionalnog stresa, emocionalnog napora i percipirane socijalne podrške u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem.

Dobiveni rezultati pokazuju da dob i radni staž nisu imali značajan doprinos u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem ni u početnom ni u završnom modelu, dok je uključivanje izvora profesionalnog stresa, dimenzija emocionalnog napora i socijalne podrške dovelo do postupnog i statistički značajnog povećanja objašnjene varijance. Završni model objasnio je 32.0 % varijance zadovoljstva suosjećanjem, odnosno 27.9 % nakon korekcije za broj uključenih prediktora. Takav nalaz upućuje na to da se zadovoljstvo suosjećanjem u ovom uzorku u većoj mjeri oblikuje kroz obilježja radnog konteksta, načine emocionalnog funkcioniranja u radu i dostupne izvore podrške, a manje kroz stabilna sociodemografska obilježja zaposlenica, odnosno dob i radni staž. Ovakav obrazac u skladu je s istraživanjima koja naglašavaju važnost radnih uvjeta i psiholoških resursa u objašnjenju profesionalne kvalitete života (Yu, Qiao i Gui, 2021; Nadarajan i sur., 2023).

Analiza pojedinačnih prediktora pokazuje relativno jasan, ali istodobno teorijski zanimljiv obrazac nalaza. Kao negativni prediktori zadovoljstva suosjećanjem izdvajaju se organizacija radnog mjesta i financije te hinjenje emocija. Ovakav nalaz upućuje na to da nepovoljni organizacijski uvjeti i strukturna ograničenja rada, kao i strategije emocionalne regulacije koje uključuju emocionalnu disonancu, mogu umanjiti doživljaj profesionalne ispunjenosti. Kada su radni uvjeti percipirani kao nepovoljni ili nedovoljno podržavajući, smanjuje se mogućnost doživljaja smislenosti i zadovoljstva u radu. Slično tome, hinjenje emocija kao površinska strategija regulacije može narušiti autentičnost odnosa s korisnicima. Ovakav obrazac u skladu je s istraživanjima koja pokazuju da povećani radni zahtjevi i nepovoljni uvjeti rada umanjuju zadovoljstvo suosjećanjem (Ruiz-Fernández i sur., 2020), dok dodatno ukazuju da pojedine dimenzije radnog stresa, osobito konflikt i preopterećenje ulogom, imaju izraženije negativne učinke (Barr, 2017).

S druge strane, pozitivni prediktori zadovoljstva suosjećanjem uključuju emocionalnu usklađenost, prirodu rada, potiskivanje emocija, podršku radnih kolegica te podršku obitelji i bliskih osoba. Emocionalna usklađenost pritom se pokazala kao najsnažniji pozitivan prediktor, što upućuje na važnost autentične emocionalne uključenosti u radu s korisnicima. Kada postoji podudarnost između doživljenih i izraženih emocija, odnos s korisnicima može biti kvalitetniji i manje opterećen emocionalnom disonancijom. Ovakav nalaz dobro se uklapa u teorijske okvire emocionalnog rada (Hochschild, 1983; Grandey, 2000), kao i u empirijske nalaze koji pokazuju da dublje, autentične strategije regulacije emocija doprinose pozitivnim profesionalnim ishodima (Brotheridge i Grandey, 2002). Suprotno tome, negativan doprinos hinenja emocija dodatno potvrđuje diferenciranu ulogu načina emocionalne regulacije u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem.

Posebno je zanimljiv, ali i interpretativno zahtjevan nalaz o pozitivnom doprinosu potiskivanja emocija. U korelacijskoj analizi potiskivanje emocija nije bilo značajno povezano sa zadovoljstvom suosjećanjem, dok se u završnom regresijskom modelu pokazalo kao slab, ali statistički značajan pozitivan prediktor. Takav obrazac upućuje na to da se ovaj učinak javlja tek nakon kontrole ostalih prediktora, osobito drugih dimenzija emocionalnog napora. Moguće je da potiskivanje emocija u ovom specifičnom profesionalnom kontekstu ima kratkoročnu adaptivnu funkciju, jer u situacijama visoke emocionalne zahtjevnosti i česte izloženosti patnji korisnika može omogućiti privremeno očuvanje profesionalnog funkcioniranja i sprječavanje neposrednog emocionalnog preopterećenja. Istodobno, važno je naglasiti da se ovakav nalaz odnosi na specifičan multivarijatan kontekst te ne implicira univerzalno pozitivan učinak ove strategije, što je u skladu s pristupima koji emocionalnu regulaciju promatraju kao kontekstualno uvjetovan proces (Wang i sur., 2023).

Nalaz o pozitivnom doprinosu prirode rada dodatno naglašava složenost odnosa između radnih zahtjeva i profesionalnih ishoda. Iako se izloženost teškim aspektima skrbi često promatra kao izvor stresa, dobiveni nalazi upućuju na to da takva iskustva, nakon kontrole ostalih prediktora, mogu biti povezana i s većim doživljajem profesionalnog smisla. Priroda rada u ovom istraživanju obuhvaća suočavanje sa smrću, gubitkom i egzistencijalno zahtjevnim situacijama, što može povećati emocionalno opterećenje, ali istodobno može pridonijeti osjećaju svrhovitosti i važnosti profesionalne uloge. Ovakva interpretacija u skladu je s istraživanjima koja pokazuju da složenost i zahtjevnost skrbi, uz odgovarajuće resurse, mogu imati i pozitivne profesionalne učinke (Sacco i sur., 2015; Potter i sur., 2010). I ovaj je nalaz

potrebno tumačiti oprezno, jer priroda rada nije bila značajno bivarijatno povezana sa zadovoljstvom suosjećanjem, nego je njezin pozitivan doprinos postao vidljiv u multivarijatnom modelu.

Socijalna podrška u ovom se istraživanju pokazala kao važan pozitivan prediktor zadovoljstva suosjećanjem, ali ne jednako za sve izvore podrške. Konkretno, značajnima su se pokazale podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba, dok podrška nadređenih i bračnog partnera nije imala značajan samostalan doprinos. Ovakav nalaz upućuje na diferenciranu ulogu izvora socijalne podrške. Podrška radnih kolegica ima specifičnu vrijednost jer proizlazi iz zajedničkog profesionalnog iskustva i omogućuje dijeljenje zahtjevnih radnih situacija, dok podrška obitelji i bliskih osoba može doprinosti oporavku, emocionalnoj stabilizaciji i očuvanju pozitivnog doživljaja profesionalne uloge. U skladu s prethodnim istraživanjima, socijalna podrška može djelovati i izravno i posredno, ublažavajući negativne učinke radnog stresa i pridonoseći višim razinama zadovoljstva suosjećanjem (Barr, 2017; Wang i sur., 2023). Važno je naglasiti da dobiveni nalazi ne ukazuju na jedinstven mehanizam djelovanja, već na paralelno djelovanje više međusobno povezanih procesa.

U cjelini, dobiveni rezultati pokazuju da se zadovoljstvo suosjećanjem ne može objasniti jednim skupom čimbenika, već proizlazi iz povezanosti radnih uvjeta, emocionalnih procesa i dostupnih resursa. Pritom se posebno ističe da način na koji zaposlenice reguliraju emocije i percipiraju podršku u svojoj okolini ima važnu ulogu u očuvanju pozitivnog aspekta profesionalne kvalitete života. Istodobno, nepovoljni organizacijski uvjeti i emocionalna disonanca mogu narušiti doživljaj profesionalne ispunjenosti.

5.4. Uloga profesionalne kvalitete života u objašnjenju zdravstvenih ishoda

Nakon razmatranja profesionalnih ishoda, sljedeći korak u interpretaciji rezultata odnosi se na njihovu povezanost sa zdravstvenom kvalitetom života. Dobiveni rezultati upućuju na to da se povezanost radnih zahtjeva i zdravlja može teorijski razumjeti kroz procese profesionalnog iscrpljivanja i negativne dimenzije profesionalne kvalitete života, osobito kroz sagorijevanje. Takva interpretacija u skladu je s JD-R modelom, prema kojem se nepovoljni zdravstveni ishodi mogu razvijati kroz proces iscrpljivanja resursa u uvjetima visokih radnih zahtjeva (Bakker i Demerouti, 2007; 2017). Pritom je važno naglasiti da u ovom istraživanju taj odnos nije izravno testiran kao medijacijski, nego se interpretira teorijski, na temelju obrasca dobivenih hijerarhijskih regresijskih analiza.

U skladu s petim i šestim istraživačkim problemom analiziran je doprinos sociodemografskih obilježja, izvora profesionalnog stresa, emocionalnog napora, socijalne podrške i dimenzija profesionalne kvalitete života u objašnjenju tjelesne i mentalne zdravstvene kvalitete života. Rezultati pokazuju da se objašnjena varijanca tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života povećavala uključivanjem različitih skupina prediktora, pri čemu je ključni pomak zabilježen nakon uključivanja sagorijevanja. Završni model objasnio je 37.4 % varijance tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života, odnosno 32.8 % nakon korekcije za broj uključenih prediktora.

U konačnom modelu kao značajni prediktori tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života izdvojili su se dob, sagorijevanje i podrška bračnog partnera. Sagorijevanje se pritom potvrđuje kao najvažniji negativni profesionalni prediktor tjelesnog zdravlja, što upućuje na njegovu važnu povezanost s tjelesnim funkcioniranjem u ovom uzorku. Ovakav nalaz u skladu je s istraživanjima koja pokazuju povezanost sagorijevanja s narušenim fizičkim i mentalnim zdravljem te kvalitetom života (Salvagioni i sur., 2017; Hunsaker i sur., 2015; Khatatbeh i sur., 2022). Dodatno, nalazi integrativnih pregleda ukazuju da radni zahtjevi, osobito fizički i emocionalni, doprinose zdravstvenim poteškoćama, dok radni resursi mogu imati zaštitnu ulogu (Petersen, Muller i Melzer, 2025). Ovi nalazi podupiru interpretaciju prema kojoj je sagorijevanje važan profesionalni ishod povezan s tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života.

Za razliku od sagorijevanja, posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem nisu pokazali statistički značajan samostalan doprinos tjelesnom zdravlju nakon uključivanja ostalih varijabli. Ovakav nalaz sugerira da u ovom uzorku iscrpljenost predstavlja dominantan proces povezan s tjelesnim ishodima, dok ostali aspekti profesionalne kvalitete života imaju ograničen ili neizravan doprinos tjelesnoj komponenti zdravstvene kvalitete života.

Posebno je relevantan nalaz o podršci bračnog partnera, koja je u završnom modelu bila negativno povezana s tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života. S obzirom na presječni nacrt istraživanja, ovaj rezultat nije moguće interpretirati kauzalno. Jedno od mogućih objašnjenja jest obrnuti smjer povezanosti, pri čemu osobe narušenijeg tjelesnog zdravlja primaju ili percipiraju više podrške bračnog partnera, što je u skladu s nalazima koji ukazuju da se socijalna podrška često mobilizira kao odgovor na stres i poteškoće (Bolger i Amarel, 2007).

Ovakav nalaz odstupa od dominantnih nalaza o zaštitnoj ulozi socijalne podrške (Khatatbeh i sur., 2021; Ruiz-Fernández i sur., 2020), što upućuje na potrebu diferenciranog promatranja izvora podrške. Moguće je da različiti izvori podrške imaju različite funkcije, pri čemu podrška iz privatne sfere ne djeluje nužno jednako kao radni resurs u smislu ublažavanja učinaka radnih zahtjeva. U tom kontekstu važno je istaknuti da socijalna podrška u ovom istraživanju nije pokazala očekivani zaštitni učinak na zdravstvene ishode. Iako se u JD-R modelu smatra važnim resursom (Bakker i Demerouti, 2007; 2017), dobiveni nalazi upućuju na to da njezini učinci ovise o kontekstu, vrsti i funkciji podrške, što može objasniti odstupanje od nalaza prethodnih istraživanja.

Mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života pokazuje drukčiji obrazac. Završni model objasnio je 49.2 % varijance mentalne komponente zdravstvene kvalitete života, odnosno 45.4 % nakon korekcije za broj uključenih prediktora, što upućuje na visoku objašnjavajuću vrijednost modela. U konačnom modelu kao značajni prediktori izdvojili su se sagorijevanje i posredna traumatizacija, oba s negativnim predznakom. Sagorijevanje se ponovno potvrđuje kao najsnažniji prediktor, dok posredna traumatizacija daje dodatni doprinos objašnjenju mentalnog zdravlja. Ovakav nalaz u skladu je s ProQOL modelom (Stamm, 2010), ali i s istraživanjima koja pokazuju da su sagorijevanje i posredna traumatizacija povezani s depresivnošću, anksioznošću i općim narušenim psihološkim funkcioniranjem (Ruiz-Fernández i sur., 2020; Zhang i sur., 2023).

Posebno je važno osvrnuti se na visoku povezanost sagorijevanja i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. U korelacijskoj analizi sagorijevanje je bilo snažno negativno povezano s mentalnim zdravljem ($r = -.66$), a nakon njegova uključivanja u hijerarhijski regresijski model došlo je do znatnog povećanja objašnjene varijance mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. Takav nalaz potvrđuje važnost sagorijevanja za razumijevanje mentalnog zdravlja zaposlenica, ali istodobno zahtijeva oprez u interpretaciji. Naime, sagorijevanje i mentalna komponenta zdravstvene kvalitete života sadržajno su djelomično bliski konstrukti jer oba uključuju aspekte psihološkog funkcioniranja, emocionalne iscrpljenosti, energije, subjektivne dobrobiti i teškoća u svakodnevnom funkcioniranju. Stoga visoka povezanost ne mora odražavati samo snažan odnos između dvaju potpuno odvojenih fenomena, nego može upućivati i na djelomično preklapanje operacionalizacije mjerenih konstrukata.

Ovakav obrazac ima posljedice i za interpretaciju hijerarhijske regresijske analize. Nakon uključivanja sagorijevanja u model, doprinos prethodno značajnih skupina prediktora, poput izvora profesionalnog stresa i emocionalnog napora, znatno se smanjuje. To upućuje na to da sagorijevanje obuhvaća dio varijance mentalnog zdravlja koji je prethodno bio povezan s radnim zahtjevima i emocionalnim naporom. Međutim, budući da u ovom istraživanju nisu provedene medijacijske analize, ovaj se obrazac može interpretirati samo teorijski, a ne kao dokaz posredničke uloge sagorijevanja.

Nalazi se dodatno mogu razumjeti u kontekstu radnog okruženja koje uključuje kontinuiranu izloženost emocionalno zahtjevnim situacijama. Istraživanja pokazuju da rad s teško bolesnim korisnicima, suočavanje sa smrću i ponavljana izloženost stresnim događajima predstavljaju važne izvore i sagorijevanja i posredne traumatizacije (Getie i sur., 2025; Morrison i Joy, 2016). Takvi uvjeti upućuju na moguće kumulativno djelovanje radnih zahtjeva na mentalnu komponentu zdravstvene kvalitete života.

Važno je naglasiti da su izvori profesionalnog stresa i emocionalni napor bili statistički značajni u ranijim koracima analize, ali su izgubili značajnost nakon uključivanja sagorijevanja i posredne traumatizacije. Ovakav obrazac upućuje na to da njihov doprinos objašnjenju mentalnog zdravlja nije neovisan o negativnim profesionalnim ishodima, osobito sagorijevanju i posrednoj traumatizaciji. Time se dodatno podupire teorijska pretpostavka JD-R modela o ulozi procesa iscrpljivanja resursa (Bakker i Demerouti, 2007; Yom, 2013), uz napomenu da takav odnos u ovom istraživanju nije formalno testiran kao medijacijski.

Dodatno, nalazi iz literature ukazuju da narušeno fizičko i mentalno zdravlje ima i neposredne posljedice na radno funkcioniranje. Letvak, Ruhm i Gupta (2012) pokazali su da su mišićno-koštana bol i depresija povezane s prezenteizmom, koji je dalje povezan s lošijom kvalitetom skrbi i većim brojem pogrešaka. Iako ovo istraživanje ne ispituje izravno prezenteizam, kvalitetu skrbi ni radne pogreške, njegovi nalazi naglašavaju važnost očuvanog zdravstvenog funkcioniranja za profesionalno djelovanje zaposlenica u sustavu dugotrajne skrbi.

Zaključno, rezultati ukazuju na diferenciran obrazac povezanosti profesionalnih ishoda i zdravlja. Sagorijevanje se potvrđuje kao središnji čimbenik povezan s oba aspekta zdravstvene kvalitete života, dok posredna traumatizacija dodatno doprinosi objašnjenju mentalne komponente zdravlja. Dobiveni nalazi podupiru pretpostavku da negativni aspekti profesionalne kvalitete života imaju izraženiju povezanost sa zdravstvenim ishodima u odnosu

na pozitivne dimenzije. Ipak, nalaz o snažnoj povezanosti sagorijevanja i mentalnog zdravlja potrebno je tumačiti oprezno zbog mogućeg djelomičnog sadržajnog preklapanja mjerenih konstrukata i presječnog nacrtu istraživanja. Ovakav obrazac upućuje na to da intervencije usmjerene isključivo na smanjenje radnih zahtjeva mogu biti nedostatne ako istodobno ne adresiraju procese iscrpljivanja i emocionalne obrade radnog iskustva. Time se naglašava potreba za integriranim pristupom očuvanju zdravlja zaposlenica koji uključuje i organizacijske i individualne razine djelovanja. Na kraju je važno naglasiti ograničenja presječnog nacrtu istraživanja i specifičnosti konteksta dugotrajne skrbi, zbog čega nalaze nije moguće interpretirati kauzalno niti jednoznačno generalizirati. U skladu s time, peta i šesta hipoteza mogu se smatrati djelomično potvrđenima.

5.5. Uloga socijalne podrške kao selektivnog resursa

U kontekstu dobivenih nalaza o povezanosti profesionalne kvalitete života i zdravstvenih ishoda, posebno se izdvaja uloga socijalne podrške, čiji se učinak u ovom istraživanju pokazao složenijim od jednostavne pretpostavke o njezinoj univerzalnoj zaštitnoj ulozi. Iako je socijalna podrška uključena kao zasebna skupina prediktora, nije se pokazala značajnom u objašnjenju sagorijevanja i posredne traumatizacije u multivarijantnim modelima. Također, blok socijalne podrške nije ostvario statistički značajan dodatni doprinos u objašnjenju mentalne i tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života. Nasuprot tome, socijalna podrška imala je značajan doprinos u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem, pri čemu su se kao značajni pozitivni prediktori izdvojile podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba. Ovakav obrazac upućuje na to da socijalna podrška u ovom istraživanju ne djeluje kao opći zaštitni čimbenik za sve ishode, nego kao selektivan resurs čija je uloga izraženija u objašnjenju pozitivnih aspekata profesionalnog iskustva.

Takav obrazac nalaza može se interpretirati u okviru modela radnih zahtjeva i resursa (JD-R), prema kojem radni zahtjevi imaju izravniji i intenzivniji učinak na negativne ishode, dok resursi djeluju kontekstualno i uvjetovano (Bakker i Demerouti, 2017). Iako model pretpostavlja ublažavajuću ulogu resursa, empirijski nalazi pokazuju da taj učinak može varirati ovisno o razini radnih zahtjeva, osobito u uvjetima njihove visoke izraženosti (Bakker, Demerouti i Euwema, 2005). U tom smislu, izostanak značajnog učinka socijalne podrške na sagorijevanje, posrednu traumatizaciju i zdravstvene ishode u ovom istraživanju može se razumjeti kao pokazatelj da dostupna podrška nije bila dovoljna da ostvari samostalan zaštitni učinak u uvjetima izraženih profesionalnih stresora i emocionalnog napora.

Dodatni uvid pružaju bivarijatne analize koje pokazuju slab i selektivan obrazac povezanosti socijalne podrške s profesionalnim ishodima. Socijalna podrška nije bila značajno povezana sa sagorijevanjem ni posrednom traumatizacijom, dok je zadovoljstvo suosjećanjem bilo pozitivno povezano s podrškom obitelji i bliskih osoba. U multivarijatnom modelu zadovoljstva suosjećanjem dodatno su se kao značajni pozitivni prediktori izdvojile podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba. Ovakav obrazac sugerira da socijalna podrška ima izraženiju ulogu u području pozitivnih i relacijskih aspekata profesionalnog iskustva, dok je njezin doprinos u objašnjenju negativnih ishoda ograničen i ovisan o drugim radnim karakteristikama.

Ovakva selektivnost učinka socijalne podrške potvrđena je i meta-analitičkim nalazima, koji upućuju na to da njezina povezanost sa sagorijevanjem varira ovisno o izvoru i kontekstu podrške (Halbesleben, 2006). Nadalje, istraživanja u sestrijskom kontekstu pokazuju da interpersonalni i organizacijski čimbenici radnog okruženja, uključujući podršku nadređenih i kvalitetu timskih odnosa, imaju važnu ulogu u radnom iskustvu, ali njihov učinak na sagorijevanje može biti manje izražen u odnosu na radne zahtjeve i organizacijske karakteristike rada (Van Bogaert i sur., 2013). Ovi nalazi dodatno podupiru interpretaciju dobivenih rezultata.

Izostanak značajnog učinka socijalne podrške na negativne profesionalne i zdravstvene ishode može se dodatno razumjeti u kontekstu specifičnih obilježja rada u sustavu dugotrajne skrbi. Ovaj kontekst karakterizira kontinuirana izloženost emocionalno zahtjevnim situacijama, uključujući rad s kronično bolesnim korisnicima, suočavanje sa smrću i dugotrajnu emocionalnu uključenost u skrb. U takvim uvjetima učinci socijalne podrške mogu biti ograničeni, osobito kada su istodobno prisutni intenzivni i kronični izvori profesionalnog stresa, što je u skladu s nalazima koji ukazuju na varijabilnost zaštitnog učinka radnih resursa ovisno o razini zahtjeva (Bakker, Demerouti i Euwema, 2005). Dodatno, podrška izvan radnog okruženja nije nužno usmjerena na specifične profesionalne zahtjeve, što može objasniti njezin slabiji odnos s negativnim profesionalnim ishodima, budući da učinkovitost socijalne podrške ovisi o njezinoj usklađenosti s vrstom i izvorom stresora (Kossek i sur., 2011).

Dobiveni nalazi također upućuju na asimetriju u djelovanju interpersonalnih odnosa. Dok se socijalna podrška nije pokazala značajnim prediktorom sagorijevanja i posredne traumatizacije u multivarijatnim modelima, sukobi u komunikaciji izdvojili su se kao važan čimbenik povezan s negativnim profesionalnim ishodima. To sugerira da negativne interpersonalne interakcije mogu imati izraženiji i neposredniji odnos s psihološkim ishodima, dok pozitivni aspekti

odnosa djeluju suptilnije i u većoj mjeri ovise o kontekstu, izvoru podrške i intenzitetu radnih zahtjeva.

Nalazi ovog istraživanja mogu se dodatno razumjeti u svjetlu istraživanja koja ukazuju na posrednu ulogu socijalne podrške. Primjerice, Zhang (2023) pokazuje da je socijalna podrška djelomični medijator između empatije i zamora suosjećanja, pri čemu ublažava negativne učinke visoke emocionalne uključenosti. Iako takav odnos u ovom istraživanju nije izravno testiran, ovi nalazi pružaju teorijski okvir za razumijevanje potencijalnih mehanizama putem kojih socijalna podrška može djelovati, ne nužno kao izravan, nego kao posredan ili kontekstualno uvjetovan zaštitni čimbenik.

Posebno treba istaknuti da se socijalna podrška u ovom istraživanju najjasnije pokazala relevantnom za zadovoljstvo suosjećanjem. Podrška radnih kolegica može imati specifičnu vrijednost jer proizlazi iz zajedničkog profesionalnog iskustva, razumijevanja radnih zahtjeva i mogućnosti dijeljenja emocionalno zahtjevnih situacija. Podrška obitelji i bliskih osoba može, s druge strane, doprinosti emocionalnom oporavku izvan radnog okruženja i očuvanju pozitivnog doživljaja profesionalne uloge. Takav obrazac upućuje na to da socijalna podrška u ovom kontekstu prije pridonosi održavanju pozitivnih profesionalnih iskustava nego izravnom smanjenju negativnih ishoda.

Zaključno, rezultati ovog istraživanja upućuju na to da socijalna podrška ne djeluje kao univerzalni zaštitni čimbenik za negativne profesionalne i zdravstvene ishode, nego kao selektivan i kontekstualno uvjetovan resurs. Njezina se uloga jasnije očituje u području pozitivnih aspekata profesionalnog iskustva, osobito zadovoljstva suosjećanjem, dok je njezin doprinos u objašnjenju sagorijevanja, posredne traumatizacije i zdravstvene kvalitete života ograničen u uvjetima snažnih i kroničnih radnih zahtjeva. U kontekstu dugotrajne skrbi, ovi nalazi dodatno naglašavaju važnost razlikovanja vrste, izvora i funkcije socijalne podrške, kao i potrebu za usmjeravanjem intervencija na smanjenje radnih zahtjeva i profesionalnog opterećenja, uz istodobno jačanje funkcionalno relevantnih oblika podrške. Ovi nalazi ne dovode u pitanje važnost socijalne podrške, već upućuju na potrebu njezina preciznijeg konceptualiziranja unutar modela radnih zahtjeva i resursa. Konkretno, rezultati sugeriraju da socijalna podrška u kontekstu dugotrajne skrbi ne djeluje primarno kao zaštitni čimbenik za negativne profesionalne ishode, već kao selektivan resurs čiji su učinci najvidljiviji u očuvanju pozitivnih aspekata profesionalne kvalitete života.

5.6. Integracija nalaza u teorijski okvir profesionalnog funkcioniranja i zdravlja

Dobiveni nalazi mogu se smjestiti u teorijski okvir na kojem se istraživanje temelji, pri čemu se posebno ističe međusobna nadopuna modela radnih zahtjeva i resursa, modela profesionalne kvalitete života i teorije emocionalnog rada. U skladu s modelom radnih zahtjeva i resursa, profesionalni stres i emocionalni napor pokazali su se važnima za objašnjenje negativnih profesionalnih ishoda, dok se sagorijevanje dosljedno izdvaja kao središnji profesionalni ishod povezan s mentalnom i tjelesnom komponentom zdravstvene kvalitete života. Ovakav obrazac nalaza upućuje na to da se povezanost radnih zahtjeva i zdravstvenih ishoda u ovom uzorku može teorijski razumjeti u kontekstu procesa profesionalnog iscrpljivanja, pri čemu je važno naglasiti da posredni odnosi nisu izravno testirani medijacijskim analizama.

Među dimenzijama profesionalnog stresa posebno se izdvajaju sukobi u komunikaciji, koji su pokazali dosljedne povezanosti s nepovoljnim profesionalnim i zdravstvenim ishodima, što upućuje na važnost interpersonalne i organizacijske klime u domovima za starije osobe.

U okviru modela profesionalne kvalitete života rezultati dodatno razgraničavaju različite dimenzije profesionalnog iskustva. Sagorijevanje i posredna traumatizacija snažno su povezani, ali upućuju na djelomično različite psihološke procese. Sagorijevanje se potvrđuje kao opći pokazatelj profesionalnog iscrpljivanja povezan s narušenim mentalnim i tjelesnim zdravljem, dok posredna traumatizacija predstavlja specifičniji negativan aspekt profesionalne kvalitete života, povezan s izloženošću patnji, gubitku i emocionalno zahtjevnim iskustvima korisnika, te dodatno doprinosi objašnjenju mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. Istodobno, zadovoljstvo suosjećanjem potvrđuje se kao zasebna pozitivna dimenzija profesionalnog iskustva. Iako je u bivarijantnim analizama bilo povezano s boljim mentalnim i tjelesnim zdravljem, u završnim regresijskim modelima nije ostvarilo značajan samostalan doprinos objašnjenju zdravstvenih ishoda. Time se dodatno naglašava razlika između pozitivnih i negativnih aspekata profesionalne kvalitete života.

Nalazi se dodatno mogu razumjeti u okviru teorije emocionalnog rada, pri čemu se važnim pokazuje način regulacije emocija. Među dimenzijama emocionalnog napora hinjenje emocija pokazalo se kao najdosljednije povezano s profesionalnim ishodima, što potvrđuje važnost emocionalne disonance u razumijevanju profesionalnog funkcioniranja zaposlenica. Hinjenje emocija povezano je s nepovoljnijim profesionalnim ishodima, odnosno višim sagorijevanjem i posrednom traumatizacijom te nižim zadovoljstvom suosjećanjem, dok se emocionalna

usklađenost pokazala kao povoljniji oblik emocionalnog funkcioniranja. Ona je bila povezana s nižim razinama sagorijevanja i posredne traumatizacije te višim zadovoljstvom suosjećanjem. Međutim, povezanost uživljavanja u emocije s posrednom traumatizacijom upućuje na to da emocionalna uključenost, iako potencijalno adaptivna, u uvjetima dugotrajne i intenzivne izloženosti emocionalno zahtjevnim situacijama može predstavljati dodatni izvor rizika.

Nalazi vezani uz socijalnu podršku dodatno doprinose razumijevanju uloge radnih i osobnih resursa. U ovom istraživanju socijalna podrška nije se pokazala značajnim prediktorom sagorijevanja, posredne traumatizacije ni mentalne komponente zdravstvene kvalitete života nakon uključivanja ostalih varijabli. U objašnjenju tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života blok socijalne podrške kao cjelina također nije ostvario statistički značajan dodatni doprinos, iako se podrška bračnog partnera u završnom modelu izdvojila kao značajan, ali negativan prediktor, što zahtijeva opreznu interpretaciju. Nasuprot tome, socijalna podrška imala je jasniju ulogu u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem, pri čemu su podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba bile pozitivni prediktori. Ovakav obrazac sugerira da socijalna podrška u ovom kontekstu ne djeluje kao univerzalni zaštitni čimbenik, nego kao selektivan i kontekstualno uvjetovan resurs, čiji su učinci izraženiji u području pozitivnih aspekata profesionalnog iskustva.

U konačnici, dobiveni rezultati upućuju na to da se profesionalno funkcioniranje i zdravlje zaposlenica u sustavu dugotrajne skrbi oblikuju kroz povezanost radnih zahtjeva, emocionalnih procesa i dostupnih resursa. Profesionalni stres i emocionalni napor povezani su s profesionalnim i zdravstvenim ishodima, pri čemu se sagorijevanje izdvaja kao središnji negativni profesionalni ishod povezan s općim narušavanjem zdravstvene kvalitete života, dok posredna traumatizacija predstavlja dodatni, specifičniji čimbenik povezan ponajprije s mentalnom komponentom zdravlja.

Ovakav obrazac nalaza ima i šire implikacije za razumijevanje profesionalnog funkcioniranja u sustavu dugotrajne skrbi. Rezultati sugeriraju da intervencije usmjerene isključivo na jačanje pojedinačnih resursa, poput socijalne podrške, vjerojatno neće biti dovoljne ako se istodobno ne adresiraju i izvori profesionalnog opterećenja u samom radnom okruženju. Time se dodatno naglašava važnost integriranog pristupa koji uključuje smanjenje radnih zahtjeva, razvoj emocionalnih kompetencija i unaprjeđenje organizacijskih uvjeta rada. U teorijskom smislu, dobiveni nalazi ne dovode u pitanje postojeće modele, ali ukazuju na potrebu njihova preciznijeg razumijevanja u specifičnim i visoko zahtjevnim radnim kontekstima.

6. METODOLOŠKA OGRANIČENJA

Ovo istraživanje ima nekoliko metodoloških ograničenja koja valja uzeti u obzir pri interpretaciji dobivenih nalaza. Prije svega, istraživanje je provedeno presječnim istraživačkim nacrtom, što ne omogućuje donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim odnosima između profesionalnog stresa, emocionalnog napora, profesionalne kvalitete života i zdravstvene kvalitete života, nego isključivo o njihovim međusobnim povezanostima u jednoj vremenskoj točki. Stoga se nalazi dobiveni hijerarhijskim regresijskim analizama mogu tumačiti kao pokazatelji povezanosti i relativnog doprinosa pojedinih skupina prediktora, ali ne i kao dokaz uzročnih odnosa ili posredničkih mehanizama.

Nadalje, svi podaci prikupljeni su metodom samoprocjene, što može uključivati utjecaj subjektivnih procjena sudionica, socijalno poželjnih odgovora i zajedničke metode mjerenja. Dobiveni nalazi stoga odražavaju percipirano profesionalno i zdravstveno funkcioniranje ispitanica, a ne objektivne pokazatelje radnih uvjeta, radnog opterećenja ili zdravstvenog statusa. Budući da su sve ključne varijable mjerene upitničkim samoprocjenskim mjerama, moguće je da je dio povezanosti među konstruktima pojačan zajedničkim načinom mjerenja.

Jedno od važnih metodoloških ograničenja odnosi se na visoku povezanost pojedinih skupova prediktora sa sagorijevanjem. Završni model objašnjava gotovo polovinu varijance sagorijevanja, što upućuje na snažnu povezanost radnih zahtjeva, emocionalnog napora i sagorijevanja, ali može odražavati i djelomično sadržajno preklapanje pojedinih konstrukata. Visinu objašnjene varijance stoga treba tumačiti kao pokazatelj snažne povezanosti uključenih varijabli sa sagorijevanjem, a ne kao dokaz uzročnog odnosa. Osim toga, visoka objašnjena varijanca može upućivati na to da pojedini prediktori i kriteriji dijele slične sadržajne elemente, osobito u području emocionalnog opterećenja, iscrpljenosti i subjektivne procjene radnog funkcioniranja.

Posebno ograničenje odnosi se na visoku povezanost između sagorijevanja i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. Iako je teorijski riječ o različitim konstruktima, njihova operacionalizacija može uključivati djelomično preklapajuće sadržaje, osobito u području emocionalne iscrpljenosti, smanjene energije, psihološke dobrobiti i svakodnevnog funkcioniranja. Zbog toga je moguće da dio visoke povezanosti između sagorijevanja i mentalnog zdravlja proizlazi iz sadržajne bliskosti mjernih instrumenata, a ne isključivo iz odnosa između dvaju potpuno odvojenih fenomena. Ovaj je nalaz osobito važan za

interpretaciju hijerarhijskih regresijskih analiza, jer uključivanje tako snažnog prediktora u model smanjuje mogućnost da ostali prediktori objasne dodatnu jedinstvenu varijancu kriterija. Stoga rezultate koji se odnose na doprinos sagorijevanja mentalnoj komponenti zdravstvene kvalitete života treba tumačiti kao pokazatelj snažne povezanosti i djelomičnog preklapanja profesionalnog i zdravstvenog funkcioniranja, a ne kao dokaz uzročnog odnosa.

Povezano s time, jedno od bitnih ograničenja istraživanja odnosi se na potencijalno preklapanje pojedinih konstrukata unutar područja profesionalne i zdravstvene kvalitete života. Takvo preklapanje može smanjiti mogućnost jasnog razdvajanja jedinstvenog doprinosa pojedinih varijabli u hijerarhijskim regresijskim modelima. Drugim riječima, kada su prediktori i kriteriji sadržajno bliski, pojedine varijable mogu dijeliti znatan dio zajedničke varijance, čime se smanjuje kapacitet modela za detekciju dodatnog samostalnog doprinosa kasnije uključenih prediktora. Ovaj nalaz upućuje na potrebu dodatnog konceptualnog razjašnjavanja odnosa između sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem i zdravstvene kvalitete života u budućim istraživanjima.

Dodatno ograničenje odnosi se na činjenicu da u ovom istraživanju nisu formalno testirani medijacijski ni moderacijski odnosi. Iako je teorijski okvir istraživanja pretpostavljao povezanost radnih zahtjeva, resursa, profesionalne kvalitete života i zdravstvenih ishoda, empirijska provjera provedena je nizom hijerarhijskih regresijskih analiza. Stoga se nalazi mogu interpretirati u smislu dodatnog doprinosa pojedinih skupina prediktora objašnjenju kriterijskih varijabli, ali ne i kao dokaz medijacijskih, moderacijskih ili strukturnih odnosa među varijablama. Posebno, socijalna podrška u ovom istraživanju nije analizirana kao moderator odnosa između profesionalnog stresa, emocionalnog napora i ishoda, nego kao zasebna prediktorska varijabla.

Uzorak istraživanja obuhvaća medicinske sestre i njegovateljice zaposlene u domovima za starije osobe, zbog čega je mogućnost generalizacije rezultata ograničena na slične institucionalne i organizacijske kontekste. S obzirom na način odabira ustanova i sudionica, riječ je o prigodnom uzorku domova za starije osobe i zaposlenica koje su bile dostupne i voljne sudjelovati u istraživanju. Rezultati se stoga ne mogu izravno prenositi na druge zdravstvene ili socijalne ustanove koje se razlikuju prema strukturi korisnika, radnim zahtjevima i organizaciji rada. Dodatno, regionalna zastupljenost uzorka nije ujednačena, budući da najveći udio ispitanica dolazi iz zagrebačkih domova, što upućuje na potrebu opreznijeg tumačenja nalaza u odnosu na druge regionalne kontekste.

Metodološko ograničenje predstavlja i primjena novo konstruiranog Upitnika učestalosti različitih stresora. Iako je instrument razvijen na temelju postojećih mjernih instrumenata i relevantnih empirijskih nalaza te pokazuje zadovoljavajuću do visoku unutarnju konzistenciju, njegova je psihometrijska provjera zasad preliminarna. Prihvatljivo pristajanje petofaktorskog modela postignuto je nakon uvođenja većeg broja korelacija među rezidualima, a vrijednosti CFI i TLI ostale su ispod strože preporučene granice od 0,90, zbog čega dobivenu faktorsku strukturu treba tumačiti s određenim oprezom. Budući da struktura instrumenta nije provjerena na neovisnom uzorku te da nisu dodatno ispitani drugi aspekti valjanosti i vremenska stabilnost mjerenja, nalazi dobiveni primjenom tog upitnika trebaju se smatrati preliminarnim doprinosom razumijevanju profesionalnih stresora u kontekstu domova za starije osobe.

Dodatno ograničenje odnosi se na uključivanje sociodemografskih varijabli u regresijske analize. Pojedine sociodemografske varijable bile su kategorijalne prirode i neravnomjerno raspoređene po kategorijama, što je onemogućilo njihovo metodološki opravdano uključivanje u multivarijatne modele. Stoga su u regresijske analize uključene samo kontinuirane sociodemografske varijable s dostatnom varijabilnošću, odnosno dob i radni staž, dok su ostale korištene isključivo u deskriptivnoj analizi uzorka. Pritom je važno napomenuti da su dob i radni staž međusobno visoko povezani, što dodatno ograničava mogućnost jasnog razdvajanja njihova samostalnog doprinosa u regresijskim modelima. Zbog toga se nalazi koji se odnose na sociodemografske varijable trebaju tumačiti oprezno i ne mogu se generalizirati na sociodemografska obilježja u širem smislu.

Naposljetku, u istraživanju nisu korišteni objektivni pokazatelji zdravstvenog stanja niti radnog opterećenja, čime je ograničena mogućnost potpunijeg razumijevanja odnosa između profesionalnih zahtjeva i zdravstvenih ishoda. U budućim istraživanjima bilo bi korisno uključiti longitudinalne nacрте, objektivne pokazatelje radnog opterećenja i zdravstvenog statusa, kao i dodatne izvore podataka, primjerice procjene nadređenih, organizacijske pokazatelje ili podatke o bolovanjima i fluktuaciji zaposlenica. Takav pristup omogućio bi preciznije razlikovanje uzročnih smjerova, provjeru mogućih medijacijskih i moderacijskih mehanizama te jasnije razgraničenje sadržajno bliskih konstrukata.

Unatoč navedenim ograničenjima, rezultati istraživanja pružaju empirijski utemeljen uvid u međusobne odnose profesionalnog stresa, emocionalnog napora, profesionalne kvalitete života i zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Nalazi predstavljaju relevantnu osnovu za daljnja istraživanja u

ovom području, osobito ona usmjerena na preciznije razumijevanje odnosa između radnih zahtjeva, emocionalne regulacije, sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem i zdravstvenih ishoda u sustavu dugotrajne skrbi.

7. DOPRINOS ISTRAŽIVANJA

Ovo istraživanje predstavlja izvorni doprinos području društvenih znanosti, osobito socijalnih djelatnosti, socijalne politike i sustava dugotrajne skrbi za starije osobe, jer empirijski razmatra odnose između radnih uvjeta, profesionalnog opterećenja, profesionalne kvalitete života i zdravstvenih ishoda zaposlenih u institucijama dugotrajne skrbi. Time se dodatno potvrđuje da kvaliteta skrbi za starije osobe ne može biti promatrana odvojeno od dobrobiti, profesionalne održivosti i zdravstvenog funkcioniranja radne snage koja tu skrb pruža.

Poseban empirijski doprinos istraživanja očituje se u tome što se u domaćem kontekstu cjelovito ispituju odnosi između profesionalnih stresora, emocionalnog napora, sagorijevanja, posredne traumatizacije, zadovoljstva suosjećanjem, socijalne podrške i zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Na taj se način proširuje dosadašnji fokus domaćih istraživanja, koja su se češće usmjeravala na pojedinačne aspekte radnog opterećenja ili profesionalnog stresa, dok se u ovom radu navedeni konstrukti razmatraju unutar jedinstvenog analitičkog okvira.

Metodološki doprinos rada posebno se očituje u razvoju i validaciji Upitnika učestalosti i jačine profesionalnih stresora medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Riječ je o mjernom instrumentu razvijenom specifično za institucionalni kontekst dugotrajne skrbi, u kojem se preklapaju zdravstvene, socijalne i organizacijske dimenzije rada. Time se omogućuje preciznije empirijsko mapiranje strukturnih, organizacijskih i interpersonalnih izvora profesionalnog opterećenja u ustanovama socijalne skrbi, za koje u domaćoj literaturi do sada nije postojao odgovarajući specifični standardizirani instrument.

Dodatni teorijsko-metodološki doprinos rada odnosi se na uključivanje emocionalnog napora kao sastavnog dijela modela profesionalnog opterećenja u sustavu dugotrajne skrbi. Emocionalni napor pritom nije promatran kao jedinstven konstrukt, nego kao višedimenzionalni fenomen koji uključuje različite strategije emocionalne regulacije s različitim implikacijama za profesionalne i zdravstvene ishode. Takav pristup omogućuje

preciznije razumijevanje emocionalnog rada kao važnog, ali često nedovoljno vidljivog aspekta skrbi za starije osobe.

Doprinos rada očituje se i u načinu operacionalizacije socijalne podrške, koja je razmatrana kao višedimenzionalni konstrukt kroz više izvora podrške u radnom i privatnom okruženju. Time se nadilazi redukcionističko shvaćanje socijalne podrške kao jedinstvene varijable te se omogućuje nijansiranije razumijevanje njezine selektivne i kontekstualno uvjetovane uloge u objašnjenju profesionalnih i zdravstvenih ishoda zaposlenih u dugotrajnoj skrbi.

Poseban teorijski doprinos istraživanja odnosi se na primjenu i konceptualno prilagođavanje modela radnih zahtjeva i resursa (JD-R) kontekstu dugotrajne skrbi za starije osobe. U ovom radu JD-R model koristi se ne samo kao okvir za tumačenje individualnih psiholoških ishoda, nego i kao analitički alat za razumijevanje strukturnih i organizacijskih obilježja rada u institucijama dugotrajne skrbi, s naglaskom na odnos između profesionalnih zahtjeva, emocionalnog napora, raspoloživih resursa i profesionalne kvalitete života zaposlenih. Dodatnim povezivanjem JD-R modela s modelom profesionalne kvalitete života i teorijom emocionalnog rada oblikovan je integrirani okvir koji omogućuje cjelovitije razumijevanje profesionalnog funkcioniranja zaposlenih u sustavu dugotrajne skrbi.

Empirijski nalazi rada dodatno preciziraju ovaj teorijski okvir. Rezultati pokazuju da profesionalni stres i emocionalni napor djeluju kao početni prediktori, dok se sagorijevanje izdvaja kao središnji mehanizam putem kojeg se njihov učinak prenosi na zdravstvene ishode. Posredna traumatizacija dodatno doprinosi objašnjenju mentalnog zdravlja, dok se socijalna podrška nije potvrdila kao univerzalni zaštitni čimbenik, nego kao selektivni resurs povezan ponajprije s pozitivnim aspektima profesionalnog iskustva. Time rad ne samo da primjenjuje postojeće teorijske modele, nego ih i dodatno diferencira u skladu sa specifičnostima rada u dugotrajnoj skrbi.

Primijenjeni doprinos istraživanja očituje se u mogućnosti izravne primjene dobivenih nalaza u planiranju, razvoju i evaluaciji preventivnih i intervencijskih programa usmjerenih na očuvanje profesionalne i zdravstvene kvalitete života medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u domovima za starije osobe. Rezultati pružaju empirijski utemeljenu osnovu za prepoznavanje ključnih profesionalnih rizika, zaštitnih čimbenika i prioriternih područja intervencije. Posebno mogu poslužiti kao polazište za razvoj programa prevencije profesionalnog stresa, sagorijevanja i posredne traumatizacije, kao i za osmišljavanje

intervencija usmjerenih na jačanje emocionalnih kompetencija i podržavajućih aspekata radnog okruženja. U tom smislu, doprinos rada nije ograničen na teorijsko razumijevanje profesionalne kvalitete života, nego uključuje i jasne implikacije za unapređenje prakse, kvalitete rada i kvalitete skrbi u sustavu dugotrajne skrbi za starije osobe.

8. ZAKLJUČCI

1. Medicinske sestre i negovateljice zaposlene u domovima za starije osobe izložene su različitim izvorima profesionalnog stresa te istodobno doživljavaju emocionalni napor i različite aspekte profesionalne kvalitete života. Dobiveni rezultati potvrđuju prisutnost negativnih aspekata profesionalnog iskustva, odnosno sagorijevanja i posredne traumatizacije, kao i pozitivnog aspekta profesionalne kvalitete života, odnosno zadovoljstva suosjećanjem, što upućuje na njihovu istodobnu koegzistenciju. Deskriptivni nalazi dodatno pokazuju da su među izvorima profesionalnog stresa najizraženija obilježja posla te organizacija radnog mjesta i financije. U području emocionalnog napora važno je razlikovati deskriptivnu izraženost pojedinih dimenzija od njihove prediktorske važnosti; emocionalna usklađenost pokazuje visoku prosječnu izraženost, dok se hinjenje emocija u korelacijskim i regresijskim analizama pokazalo kao dimenzija najdosljednije povezana s profesionalnim ishodima. Ovakav obrazac nalaza upućuje na kompleksnost profesionalnog funkcioniranja zaposlenica u sustavu dugotrajne skrbi.
2. Rezultati pokazuju da dimenzije izvora profesionalnog stresa i dimenzije emocionalnog napora značajno doprinose objašnjenju sagorijevanja kod medicinskih sestara i negovateljica, povrh dobi i radnog staža. U završnom modelu značajni prediktori sagorijevanja bili su sukobi u komunikaciji, obilježja posla, smjenski rad, emocionalna usklađenost i hinjenje emocija. Sukobi u komunikaciji i obilježja posla izdvajaju se kao važni izvori profesionalnog stresa, dok se smjenski rad pokazao kao slabiji, ali statistički značajan prediktor. U području emocionalnog napora, hinjenje emocija pokazalo je značajan pozitivan doprinos, dok je emocionalna usklađenost imala negativan doprinos objašnjenju sagorijevanja. Dob i radni staž nisu zadržali značajan samostalan doprinos u završnom modelu. Suprotno očekivanjima, percipirana socijalna podrška nije se pokazala kao značajan prediktor sagorijevanja nakon uključivanja profesionalnih stresora i emocionalnog napora. Ovakav nalaz upućuje na to da u ovom modelu profesionalni zahtjevi i emocionalni napor imaju dominantniju ulogu u objašnjenju

sagorijevanja od socijalne podrške. S obzirom na navedeno, pretpostavljeni odnos može se smatrati djelomično potvrđenim.

3. Rezultati pokazuju da dimenzije profesionalnog stresa i emocionalnog napora značajno doprinose objašnjenju posredne traumatizacije kod medicinskih sestara i njegovateljica. U završnom modelu kao značajni prediktori izdvojili su se sukobi u komunikaciji, priroda rada, emocionalna usklađenost, uživanje u emocije i hinjenje emocija. Priroda rada, koja uključuje izloženost smrti, gubitku i drugim egzistencijalno zahtjevnim situacijama, pokazala se osobito važnom za razumijevanje posredne traumatizacije. Obilježja posla bila su značajna u ranijem koraku regresijske analize, ali njihov doprinos nije ostao značajan u završnom modelu nakon uključivanja dimenzija emocionalnog napora. Hinjenje emocija i uživanje u emocije povezani su s višim razinama posredne traumatizacije, dok je emocionalna usklađenost imala negativan doprinos. Suprotno očekivanjima, percipirana socijalna podrška nije se pokazala kao značajan prediktor posredne traumatizacije niti je njezino uključivanje dovelo do značajnog povećanja objašnjene varijance. Ovakav nalaz upućuje na to da u ovom modelu profesionalni zahtjevi i način emocionalne regulacije imaju izraženiju ulogu u objašnjenju posredne traumatizacije u odnosu na socijalne resurse. S obzirom na navedeno, pretpostavljeni odnos može se smatrati djelomično potvrđenim.
4. Rezultati pokazuju da se zadovoljstvo suosjećanjem objašnjava drukčijim obrascem prediktora u odnosu na negativne dimenzije profesionalne kvalitete života. U završnom modelu značajni prediktori zadovoljstva suosjećanjem bili su organizacija radnog mjesta i financije, priroda rada, emocionalna usklađenost, potiskivanje emocija, hinjenje emocija, podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba. Emocionalna usklađenost izdvojila se kao najsnažniji pozitivan prediktor, što upućuje na važnost autentične emocionalne uključenosti u radu s korisnicima. Hinjenje emocija pokazalo je negativan doprinos, što potvrđuje nepovoljan učinak površinske emocionalne regulacije na pozitivne profesionalne ishode. Potiskivanje emocija pokazalo je slab, ali statistički značajan pozitivan doprinos, što treba tumačiti oprezno jer se ovaj učinak javlja u multivarijatnom modelu. Socijalna podrška imala je selektivan doprinos, pri čemu su podrška radnih kolegica te podrška obitelji i bliskih osoba bile značajni pozitivni prediktori zadovoljstva suosjećanjem, dok podrška nadređenih i bračnog partnera nisu pokazale značajan samostalan doprinos. S obzirom na navedeno, pretpostavljeni odnos može se smatrati djelomično potvrđenim.

5. Rezultati pokazuju da negativne dimenzije profesionalne kvalitete života imaju važnu ulogu u objašnjenju zdravstvene kvalitete života. Sagorijevanje se izdvojilo kao značajan negativni prediktor i tjelesne i mentalne komponente zdravstvene kvalitete života. U modelu tjelesne komponente zdravstvene kvalitete života značajni prediktori bili su dob, sagorijevanje i podrška bračnog partnera, pri čemu je nalaz o negativnom doprinosu podrške bračnog partnera potrebno tumačiti oprezno. Posredna traumatizacija i zadovoljstvo suosjećanjem nisu pokazali značajan samostalan doprinos objašnjenju tjelesne komponente zdravlja nakon kontrole ostalih varijabli. U modelu mentalne komponente zdravstvene kvalitete života značajni negativni prediktori bili su sagorijevanje i posredna traumatizacija, dok zadovoljstvo suosjećanjem nije ostvarilo značajan samostalan doprinos u završnom modelu. Ovakav obrazac nalaza upućuje na to da su negativni aspekti profesionalne kvalitete života snažnije povezani sa zdravstvenim ishodima od pozitivnog aspekta profesionalne kvalitete života. S obzirom na navedeno, pretpostavljeni odnos može se smatrati djelomično potvrđenim.

Ukupno gledano, dobiveni nalazi ukazuju na relativno konzistentan obrazac odnosa između radnih zahtjeva, emocionalnih procesa, profesionalne kvalitete života i zdravstvenih ishoda medicinskih sestara i njegovateljica zaposlenih u sustavu dugotrajne skrbi. Profesionalni stres i emocionalni napor pokazali su se važnima za objašnjenje profesionalnih ishoda, pri čemu se sagorijevanje izdvojilo kao središnji negativni profesionalni ishod povezan i s tjelesnom i s mentalnom komponentom zdravstvene kvalitete života. Posredna traumatizacija dodatno doprinosi objašnjenju mentalne komponente zdravlja, dok zadovoljstvo suosjećanjem predstavlja zaseban pozitivan aspekt profesionalnog iskustva koji u završnim modelima nije imao značajan samostalan doprinos objašnjenju zdravstvenih ishoda. Socijalna podrška pokazala je selektivnu, ali ne i univerzalnu zaštitnu ulogu, pri čemu je njezin doprinos najjasnije vidljiv u objašnjenju zadovoljstva suosjećanjem. Ovakav obrazac nalaza podupire integrirani teorijski okvir istraživanja, ali istodobno upućuje na potrebu opreznog tumačenja zbog presječnog nacrt, mogućeg sadržajnog preklapanja pojedinih konstrukata i činjenice da medijacijski i moderacijski odnosi nisu formalno testirani. Rezultati naglašavaju potrebu za sustavnim pristupom očuvanju profesionalne održivosti i zdravlja zaposlenica u sustavu dugotrajne skrbi, koji bi istodobno uključivao smanjenje radnih zahtjeva, razvoj emocionalnih kompetencija i jačanje funkcionalno relevantnih oblika podrške.

6. LITERATURA

1. Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 124(2), 229.
2. Abrahamson, K., Anderson, R. A., Anderson, J. G., McDaniel, R. R., i Muia, M. J. (2009). Interpersonal conflict and licensed practical nurse turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 49(3), 404–412.
3. Abualrub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73–78.
4. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A. P., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. i Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
5. Alreshidi, S. M., i Rayani, A. M. (2023). Predictors of compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among nursing professionals in a medical City in Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2883-2892.
6. Andela, M., Truchot, D. i Van der Doef, M. (2016). Job stressors and burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, 23(3), 298–317.
7. Andrade, C., i Neves, P. C. (2023). A qualitative study on emotional labor and work-family conflict in caregivers working in nursing homes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 39(3), 458-464.
8. Ashforth, B. E. i Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88–115.
9. Asmar, N. E., Yazbeck Karam, V., Sakr, R., Khoury Malhame, M. E., Chatila, R. i Akiki, Z. (2025). Assessing burnout and quality of life among residents and fellows in a high-stress environment: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 13(1), 557.
10. Bađun, M. (2020). Kako privući i zadržati zaposlene u sustavu dugotrajne skrbi za starije osobe? *Aktualni osvrti*, 13(115), 1–2.
11. Bađun, M. (2017). Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 24(1), 19–42.

12. Bađun, M. (2024). Long-Term Care Workforce in Croatia: A Qualitative Study on the Potential Role of Immigration. *Revija za socijalnu politiku*, 31(3), 261–278.
13. Bahari, G., Asiri, K., Nouh, N., i Alqahtani, N. (2022). Professional quality of life among nurses: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress: a multisite study. *SAGE Open Nursing*, 8.
14. Bakker, A. B. (2014). Job demands-resources theory. U: P. Y. Chen i C. L. Cooper (ur.), *Wellbeing: A complete reference guide* (sv. 3, str. 37–64). Wiley-Blackwell.
15. Bakker, A. B., Demerouti, E., i Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.
16. Bakker, A. B. i Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
17. Bakker, A. B. i Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209–223.
18. Bakker, A. B. i Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.
19. Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E. i Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274–284.
20. Barnett, M. D., Hays, K. N., i Cantu, C. (2022). Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses. *Death Studies*, 46(2), 290–296.
21. Barr, P. (2017). Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: Relationships with work stress and perceived social support. *Traumatology*, 23(2), 214.
22. Barrera, M., Jr. (2000). Social support research in community psychology. U: J. Rappaport i E. Seidman (ur.), *Handbook of community psychology* (str. 215–245). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
23. Bolger, N., i Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of personality and social psychology*, 92(3), 458.
24. Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K. i Riggs, C. J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 366–376.

25. Brodaty, H., i Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228.
26. Brough, P., Timms, C., Siu, O. L., Kalliath, T., O'Driscoll, M. P., Sit, C. H. i sur. (2013). Validation of the job demands-resources model in cross-national samples. *Work & Stress*, 27(3), 212-232.
27. Brotheridge, C. M. i Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 57-67.
28. Brotheridge, C. M., i Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39.
29. Browne, M. W., i Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological methods & research*, 21(2), 230-258.
30. Brook, P. (2009). In critical defence of 'emotional labour': Refuting Bolton's critique of Hochschild's concept. *Work, Employment and Society*, 23(3), 531-548.
31. Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
32. Castle, N. G. i Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical Care*, 43(6), 616-626.
33. Cilar, L., Spevan, M., Musović, K., i Štiglic, G. (2021). Validation of the Professional Quality of Life Scale among Slovenian and Croatian nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 333-341.
34. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
35. Chou, H. Y., Hecker, R. i Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2670-2681.
36. Coetzee, S. K. i Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243.
37. Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
38. Costa, G. (2010). Shift work and health. *Methods of Information in Medicine*, 49(4), 334-343.
39. Čavar, M., i Petrak, O. (2018). Percepcija sukoba i emocionalni napor u sestrinstvu. *Croatian Nursing Journal*, 2(1), 21-32.

40. Dall'Ora, C., Ejebu, O. Z., Ball, J., i Griffiths, P. (2023). Shift work characteristics and burnout among nurses: cross-sectional survey. *Occupational Medicine*, 73(4), 199-204.
41. Demerouti, E. i Bakker, A. B. (2023). Job demands–resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25–53.
42. Demerouti, E., Bakker, A. B., De Jonge, J., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 279-286.
43. Đapić-Kolak, D. i Antičević, V. (2018). Kompetencije medicinskih sestara u domovima za starije osobe. *Sestrinski glasnik*, 23(1), 21–25.
44. Europska komisija. (2022, 7. rujna). A European Care Strategy for caregivers and care receivers. Employment, Social Affairs and Inclusion.
45. Europska komisija. (n.d.). Long-term care. Employment, Social Affairs and Inclusion.
46. Figley, C. R. (ur.) (1995). *Compassion fatigue*. Brunner/Mazel.
47. Flarity, K., Gentry, J. E. i Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247–258.
48. Frey, R., Robinson, J., Wong, C. i Gott, M. (2015). Burnout, compassion fatigue and resilience. *BMC Palliative Care*, 14, 41.
49. Ganster, D. C. i Victor, B. (1988). The impact of social support. *Journal of Organizational Behavior*, 9(1), 17–36.
50. García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., i Martínez-Zaragoza, F. (2016). Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement?. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 780-788.
51. Geiger-Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J. i Trinkoff, A. (2006). Demanding work schedules. *Work & Stress*, 18(4), 292–304.
52. Getie, A., Ayenew, T., Amlak, B. T., Gedfew, M., Edmealem, A., i Kebede, W. M. (2025). Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. *BMC nursing*, 24(1), 596.
53. Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendin-Garcia, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., i Canadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical care nurse*, 37(5), e1-e9.

54. Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110.
55. Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, 46(1), 86-96.
56. Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B. i Ahola, K. (2008). The job demands-resources model. *Work & Stress*, 22(3), 224–241.
57. Halbesleben, J. R. (2006). Sources of social support and burnout. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134–1145.
58. Hamaideh, S. H. (2011). Stressors and social support. *Applied Nursing Research*, 24(1), 51–58.
59. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
60. Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. University of California Press.
61. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
62. House, J. S., i Wells, J. A. (1978). Occupational stress, social support and health.
63. Hu, L. T., i Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
64. Huang, S. Y. B., Huang, C. H., i Chang, T. W. (2022). A new concept of work engagement theory in cognitive engagement, emotional engagement, and physical engagement. *Frontiers in Psychology*, 12, 663440.
65. Hudek-Knežević, J., Krapić, N. i Rajter, L. (2005). Emocionalna kontrola i sagorijevanje. *Psihologijske teme*, 14(2), 41–54.
66. Hülsheger, U. R., i Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology*, 16(3), 361.
67. Hunsaker, S., Chenuo, H., Maughan, D. i Heaston, S. (2015). Factors that influence compassion fatigue. *Journal of Nursing Administration*, 45(4), 186–191
68. Isaksson, U., Graneheim, U. H., i Åström, S. (2009). Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 46-53.

69. Jagodic, G., Hlebec, V., i Starc, G. (2020). Interpersonal disagreements as stressors in the work of healthcare professionals. *Slovenian Journal of Public Health*, 59(3), 154–161.
70. Jeung, D. Y., Kim, C. i Chang, S. J. (2018). Emotional labor and burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1143.
71. Jiang, X. i Shen, Y. (2016). Job satisfaction and social support. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), 450–456.
72. Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–118.
73. Karasek, R. A. (1979). Job demands. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
74. Karasek, R., i Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Book
75. Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19(3), 200-205.
76. Kelly, L., Runge, J., i Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing scholarship*, 47(6), 522-528.
77. Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., i Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666.
78. Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2022). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing open*, 9(3), 1564-1574.
79. Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.
80. Kossek, E. E., Pichler, S., Bodner, T., i Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work–family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. *Personnel psychology*, 64(2), 289-313.
81. Kuzmić, M. i Lapat, G. (2019). Institucionalna skrb. *Napredak*, 160(3–4), 387–408.
82. Lee, R. T. i Ashforth, B. E. (1996). Job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123–133.
83. Lesener, T., Gusy, B. i Wolter, C. (2019). JD-R meta-analysis. *Work & Stress*, 33(1), 76–103.

84. Letvak, S. A., Ruhm, C. J., i Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.
85. Marsh, H. W., Hau, K. T., i Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural equation modeling*, 11(3), 320-341.
86. Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & health*, 16(5), 607-611.
87. Maslach, C., Jackson, S. E. i Leiter, M. P. (1996). *MBI manual*. Consulting Psychologists Press.
88. Maslach, C., i Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
89. Maslach, C., Jackson, S. E., i Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3. izd.). Consulting Psychologists Press.
90. Maslach, C., Schaufeli, W. B., i Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(2001), 397-422.
91. McCann, I. L., i Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
92. McGilton, K. S., Boscart, V. M., Brown, M., i Bowers, B. (2014). Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff. *International journal of nursing studies*, 51(6), 917-926.
93. Mikšić, Š. (2018). *Profesionalna kvaliteta života medicinskih sestara* (Doktorska disertacija). Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku.
94. Mikšić, Š., Miškić, B., Včev, A., Jakab, J., Rauker, M., i Štefanić, M. (2022). Health-related quality of life in nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14382.
95. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. (2021). Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021. do 2027. godine. [Službeni dokument].
96. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. (2022). Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga. Narodne novine, 110/2022.

97. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. (2023a). Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u 2022. godini.
98. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. (2023b). Godišnje statističko izvješće o zaposlenicima u ustanovama socijalne skrbi u 2022. godini.
99. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. (2017). Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017.–2020.
100. Mohsin, H., Shahed, S. i Salil, A. (2017). Professional quality of life. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(2), 405–423.
101. Morris, J. A., i Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
102. Morrison, L. E., i Joy, J. P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2894-2906.
103. Morris, J. A., i Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
104. Munnangi, S., Dupiton, L., Boutin, A., i Angus, L. G. (2018). Burnout, perceived stress, and job satisfaction among trauma nurses at a level I safety-net trauma center. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 25(1), 4-13.
105. Nadarajan, S. S., Chui, P. L., Lee, W. L., i Zaini, N. H. (2025). Factors influencing compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a study in a tertiary hospital. *BMC nursing*, 24(1), 93.
106. Näring, G., Briët, M., i Brouwers, A. (2007). Validation of the Dutch questionnaire on emotional labor (D-QEL) in nurses and teachers. *Psychosocial resources in human services work*, 21(39), 135-145.
107. OECD. (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Publishing.
108. Ortega-Campos, E., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., i de la Fuente-Solana, E. I. (2019). A multicentre study of psychological variables and the prevalence of burnout among primary health care nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3242.

109. Perković, L. i Pukljak Iričanin, Z. (2019). Posljedice suosjećanja kod medicinskih sestara: zamor i zadovoljstvo. *SHOCK – Stručno informativno glasilo*, 11(2), str. 17-25.
110. Petersen, J., Müller, H., i Melzer, M. (2025). Job demands and resources in relation to nurses' health in home care: an integrative literature review. *Health & Social Care in the Community*, 2025(1), 7605478.
111. Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., i Bertini, M. (2016). Job characteristics, personal resources, and worker well-being within the Job Demands-Resources model: A study of Italian nurses. *Journal of Occupational Health*, 58(1), 26–36.
112. Potter, P. (2010). Compassion fatigue and burnout. *Clinical journal of oncology nursing*.
113. Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Health Progress (Saint Louis, Mo.)*, 92(4), 46-50.
114. Puljak, A., Kolarić, B., Rusac, S., i Štajduhar, D. (2025). Professional stress and burnout in nursing homes during the COVID-19 pandemic in Zagreb. *Geriatric Nursing*, 65, 103491.
115. Puljak, A., Rusac, S., Štajduhar, D., i Kolarić, B. (2026). Experience Related to the Earthquake Among the Nurses of Nursing Homes in Zagreb 2020. *Public health nursing*, 43(1), 38-48.
116. Qtait, M., Al Ali, M. F., i Jaradat, Y. (2025). The impact of rotating shift work on nurse burnout: A systematic review of contributing factors and organizational strategies. *SAGE Open Nursing*, 11, 23779608251374232.
117. Rattrie, L. T., Kittler, M. G., & Paul, K. I. (2020). Culture, burnout, and engagement: A meta-analysis on national cultural values as moderators in JD-R theory. *Applied Psychology*, 69(1), 176-220.
118. Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., i Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1253.
119. Rusac, S., Bošnjak, M., i Radović, M. K. (2017). Professional stress of nurses in homes for the elderly. *Journal for Safety in the Working and Living Environment*, 59(1), 7-18.

120. Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., i Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical care nurse*, 35(4), 32-42.
121. Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., i De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS one*, 12(10), e0185781.
122. Sarason, B. R., Sarason, I. G., i Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In B. R. Sarason & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 15–41). Wiley.
123. Schaufeli, W. B. i Taris, T. W. (2014). JD-R review. *Springer*.
124. Shaqiqi, W., i Abou El-Soud, F. A. (2024). The mediating role of social support on the relationship between secondary traumatic stress and burnout of nurses caring for COVID-19 patients: A cross-sectional study. *Applied Nursing Research*, 79, 151844.
125. Shirey, M. R. (2004). Social support in the workplace: nurse leader implications. *Nursing Economic*, 22(6).
126. Siegrist, J. (1998). Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance at Work: Theory, Empirical Support, and Implications. *Theories of organizational stress*, 190.
127. Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing: its impact on interpersonal relations, management and educational environment*. Bloomsbury Publishing.
128. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. i Smith-Macdonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
129. Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org
130. Stijepović, L., i Rusac, S. (2019). Supervizija u domovima za starije osobe u Gradu Zagrebu: iskustva medicinskih sestara. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 5(2), 171-186.
131. Takemura, N., Fong, D. Y. T., i Lin, C. C. (2022). Evaluating end-of-life care capacity building training for home care nurses. *Nurse education today*, 117, 105478.
132. Thapa, D. R. i sur. (2022). Job demands. *BMC Nursing*, 21(1), 1–13.

133. Thoits, P. A. (1982). Social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145–159.
134. Trinkoff, A. M., Brady, B., i Nielsen, K. (2003). Workplace prevention and musculoskeletal injuries in nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(3), 153-158.
135. Trinkoff, A. M., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J. A., i Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? *The American Journal of Nursing*, 106(4), 60–71.
136. Tucak Junaković, I., Macuka, I., i Skokandić, L. (2019). Profesionalni stres, zadovoljstvo poslom i sagorijevanje medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u području palijativne skrbi. *Medica Jadertina*, 49(3-4), 157-171.
137. Upadyaya, K. i sur. (2016). Job design. *Journal of Occupational Psychology*, 89(4), 771–793.
138. Wang, J., Su, M., Chang, W., Hu, Y., Ma, Y., Tang, P., & Sun, J. (2023). Factors associated with compassion fatigue and compassion satisfaction in obstetrics and gynaecology nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(8), 5509-5520.
139. Ware, J. E., Kosinski, M., i Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220-233.
140. White, C. L. i sur. (2019). Stress and resilience. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 60–65.
141. Woodhead, E. L., Northrop, L., i Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84–105.
142. Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., i Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1667-1677.
143. Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., i Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing outlook*, 64(6), 542-556.
144. Vuković, D. i Bošnjaković, J. (2016). Empatija i suosjećanje. *Bogoslovska smotra*, 86(3), 731–756.

145. Xanthopoulou, D. i sur. (2007). Personal resources. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121–141.
146. Yang, Y. H., i Jung, H. Y. (2012). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(3), 320–328.
147. Yu, H., Qiao, A., i Gui, L. (2021). Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *International emergency nursing*, 55, 100961.
148. Yikilmaz, I., Surucu, L., Maslakci, A., Dalmis, A. B., i Toros, E. (2024). Exploring the relationship between surface acting, job stress, and emotional exhaustion in health professionals: the moderating role of LMX. *Behavioral Sciences*, 14(8), 637.
149. Yılmaz, G., i Üstün, B. (2018). Professional quality of life in nurses: Compassion satisfaction and compassion fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 205–211.
150. Yom, Y. H. (2013). Analysis of burnout and job satisfaction among nurses based on the job demand-resource model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(1), 114-122.
151. Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.
152. Zhang, J., Wang, X., Chen, O., Li, J., Li, Y., Chen, Y., i Zhang, J. (2023). Social support, empathy and compassion fatigue among clinical nurses: structural equation modeling. *BMC nursing*, 22(1), 425.

7. PRILOG

Prilog 1: Upitnici korišteni u istraživanju

„Poštovana/i,

Upitnik koji se nalazi pred Vama se provodi u okviru istraživanja čiji je cilj ispitati stres na radnom mjestu, sagorijevanje, sekundarni traumatski stres, emocionalni napor, socijalnu podršku i zdravstveni status. Vaše sudjelovanje je dobrovoljno i anonimno pa Vas stoga molim da iskreno odgovorite na postavljena pitanja. Obzirom da je Vaše sudjelovanje dobrovoljno u bilo kojem trenutku možete odustati od sudjelovanja u istraživanju. Prikupljeni podaci koristiti će se u znanstvene svrhe i nitko osim istraživača neće imati uvid u vaše pojedinačne odgovore. Rezultati ovog istraživanja poslužiti će za planiranje programa prevencije profesionalnog stresa medicinskih sestara i njegovateljica u domovima za starije osobe kao i za praćenje preventivnih aktivnosti i drugih nesistematskih čimbenika u okruženju medicinskih sestara i njegovateljica koji su povezani sa zdravljem i sagorijevanjem na poslu. Molim Vas da Upitnik ne ispunjavate ukoliko imate manje od 12 mjeseci radnoga staža u poslu medicinske sestre/njegovateljice u Domu.

Ukoliko zbog odgovaranja na pitanja u ovom Upitniku budete osjećali bilo kakve psihičke poteškoće za pomoć se možete javiti stručnjacima telefona za psihološku pomoć „Tesa“ na broj 01/48 28 888 ili samom autoru istraživanja na mail adresu: lucarupic@gmail.com

Uputa:

Slijedeća pitanja odnose se na **čimbenike stresa** na Vašem radnom mjestu. Za svaki navedeni čimbenik molimo Vas procijenite koliko često je prisutan u Vašem radu. Brojevi na skalama znače slijedeće:

1- uopće nije prisutno
2- ponekad je prisutno
3- često je prisutno
4- uvijek je prisutno

1.	Neadekvatna osobna primanja	1	2	3	4
2.	Neadekvatna materijalna sredstva za primjeren rad (financijska ograničenja)	1	2	3	4
3.	Neadekvatan radni prostor	1	2	3	4
4.	Mala mogućnost napredovanja	1	2	3	4
5.	Oskudna komunikacija s nadređenima	1	2	3	4
6.	Nedostatan broj djelatnika	1	2	3	4
7.	Loša organizacija posla	1	2	3	4
8.	Svakodnevne nepredviđene situacije	1	2	3	4
9.	Administrativni poslovi	1	2	3	4
10.	Preopterećenost poslom	1	2	3	4
11.	Sukobi s kolegama	1	2	3	4
12.	Sukobi s drugim suradnicima	1	2	3	4
13.	Oskudna komunikacija s kolegama	1	2	3	4
14.	Sukobi s nadređenim	1	2	3	4
15.	Noćni rad	1	2	3	4
16.	Smjenski rad	1	2	3	4
17.	Prekovremeni rad	1	2	3	4
18.	Dežurstva (24 sata)	1	2	3	4
19.	Osjećaj gubitka nakon smrti korisnika	1	2	3	4
20.	Postupak s umrlim korisnikom	1	2	3	4
21.	Razmišljanje o pitanjima života i smrti	1	2	3	4
22.	Suicid korisnika	1	2	3	4
23.	Informiranje obitelji o smrti korisnika	1	2	3	4
24.	Nerealna očekivanja korisnika	1	2	3	4
25.	Premještanje nezadovoljstva korisnika sa obitelji na djelatnike Doma	1	2	3	4
26.	Izostanak pozitivne povratne informacije (pohvale) od strane korisnika	1	2	3	4
27.	Nedostatak vremena za rad s drugim korisnicima radi zahtjevnosti skrbi korisnika s demencijom/Alzheimerom	1	2	3	4
28.	Agresivnost korisnika	1	2	3	4
29.	Bijeg korisnika iz Doma	1	2	3	4
30.	Otežana komunikacija s korisnicima	1	2	3	4
31.	Nerealna očekivanja obitelji korisnika	1	2	3	4
32.	Psihički pritisak obitelji korisnika	1	2	3	4
33.	Nedostatak suradnje s obitelji korisnika	1	2	3	4

Sljedeće tvrdnje se odnose na Vaše doživljavanje i regulaciju emocija na poslu, u svrhu njegovog obavljanja na najbolji mogući način. Molim označite koliko često izražavate i regulirate Vaše emocije biranjem određenog broja od 1="nikad" do 5="uvijek".

1	2	3	4	5
Nikad	Rijetko	Katkad	Često	Uvijek

1.	Reagiram na korisnikove emocije prirodno i lako.	1	2	3	4	5
2.	Lako izražavam pozitivne emocije prema korisnicima kao što se i očekuje u mom poslu.	1	2	3	4	5
3.	Trudim se osjetiti emocije koje trebam pokazati drugima.	1	2	3	4	5
4.	Skrivam svoj bijes u svezi nečeg što je korisnik uradio.	1	2	3	4	5
5.	Pretvaram se na poslu.	1	2	3	4	5
6.	Skrivam svoje gađenje prema određenom postupku druge osobe.	1	2	3	4	5
7.	Stavljam "masku" s ciljem izražavanja ispravnih emocija u svom poslu.	1	2	3	4	5
8.	Pretvaram se da imam emocije koje moram prikazati u svom poslu.	1	2	3	4	5
9.	Glumim kako bih postupao/la s korisnicima na odgovarajući način.	1	2	3	4	5
10.	Ulažem napor s ciljem što vjernijeg proživljavanja emocija koje trebam pokazati prema drugima.	1	2	3	4	5
11.	Glumim dobro raspoloženje.	1	2	3	4	5
12.	Skrivam svoj strah od korisnika koji mi izgleda prijeteći.	1	2	3	4	5
13.	Radim na suočavanju sa osjećajima koje trebam pokazati korisnicima.	1	2	3	4	5

Pred Vama se nalazi niz skala na kojima trebate procijeniti u kojoj mjeri se slažete s dolje navedenim tvrdnjama, koje se odnose na karakteristike posla koji obavljate i općenito usklađivanje profesionalne i obiteljske uloge. Molimo Vas da na skalama koje se nalaze uz svaku tvrdnju zaokruživanjem određenog broja odredite stupanj slaganja s predloženim tvrdnjama. Brojevi na skali znače sljedeće:

1	2	3	4	5	6	7
Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Donekle se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Donekle se slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem

SPP1

1.	Moj nadređeni čini sve što može da bi mi olakšao korektno obaviti posao.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sa mojim nadređenim nije lako razgovarati.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Moj nadređeni ima realna očekivanja od mene na poslu.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moj nadređeni prepoznaje kada dobro obavim posao.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Moj nadređeni me ne podržava kad imam problema na poslu.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Moj nadređeni nema razumijevanja za moje osobne i obiteljske potrebe.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Moj nadređeni mi iziđe u susret kad mi iskrsne neka obiteljska obaveza.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mogu spominjati obitelj nadređenom bez ikakvog osjećaja neugode.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Moj nadređeni smatra da je usklađivanje obiteljskih i radnih obaveza isključivo moj problem.	1	2	3	4	5	6	7

SPP2

1.	Moje radne kolege čine sve što može da bi mi olakšali korektno obaviti posao.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Sa mojim radnim kolegama nije lako razgovarati.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Moje radne kolege imaju realna očekivanja od mene na poslu.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moje radne kolege prepoznaju kada dobro obavim posao.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Moje radne kolege me ne podržavaju kad imam problema na poslu.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Moje radne kolege nemaju razumijevanja za moje osobne i obiteljske potrebe.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Moje radne kolege mi iziđu u susret kad mi iskrсне neka obiteljska obaveza.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mogu spominjati obitelj radnim kolegama bez ikakvog osjećaja neugode.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Moje radne kolege smatraju da je usklađivanje obiteljskih i radnih obaveza isključivo moj problem.	1	2	3	4	5	6	7

SPO1

1.	Moj bračni partner čini sve što može da bi mi olakšao da korektno i u cijelosti obavljam svoj posao.	1	2	3	4	5	6	7
2.	S bračnim partnerom mogu o svemu razgovarati.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Moj bračni partner ima nerealistična očekivanja u vezi mogućnosti da mu se posvetim.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Moj bračni partner ne prepoznaje kad nešto dobro napravim za njega.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Moj me bračni partner podržava i pomaže mi kad imam problem s izvršavanjem obiteljskih/kućanskih obaveza.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Moj bračni partner nema razumijevanja za moje osobne i poslovne probleme.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Bračni partner mi ne izlazi u susret kad imam poslovne obaveze.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mogu spominjati posao svom bračnom partneru bez ikakvog osjećaja neugode.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Moj bračni partner smatra da mi može pomoći kod usklađivanja obiteljskih i radnih obaveza.	1	2	3	4	5	6	7

SPO2

1.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe čine sve što mogu da bi mi olakšali da korektno i u cijelosti obavljam svoj posao.	1	2	3	4	5	6	7
2.	S drugim članovima moje obitelji i bliskim osobama mogu o svemu razgovarati.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe imaju nerealistična očekivanja u vezi mogućnosti da im se posvetim.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe ne prepoznaju kad nešto dobro napravim za njih.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe me podržavaju i pomažu mi kad imam problem s izvršavanjem obiteljskih/kućanskih obaveza.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe nemaju razumijevanja za moje osobne i poslovne probleme.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe mi ne izlaze u susret kad imam poslovne obaveze.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mogu spominjati posao drugim članovima moje obitelji i bliskim osobama bez ikakvog osjećaja neugode.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Drugi članovi moje obitelji i bliske osobe smatraju da mi mogu pomoći kod usklađivanja obiteljskih i radnih obaveza.	1	2	3	4	5	6	7

Kada pomažete ljudima sa čijim životima imate direktan kontakt, mogli ste doživjeti kako Vaše suosjećanje prema osobama kojima pomažete može na Vas imati pozitivan ili negativan utjecaj. Ispod se nalaze pitanja vezana za Vaša iskustva medicinske sestre/njegovateljice, kako pozitivna tako i negativna. Razmislite o svakom pitanju i odaberite odgovor koji iskreno odražava koliko ste često imali takva iskustva u posljednjih mjesec dana. Brojevi na skali znače slijedeće:

1	2	3	4	5
Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Vrlo često

1.	Sretan sam.	1	2	3	4	5
2.	Preokupiran/a sam sa više korisnika kojima pomažem.	1	2	3	4	5
3.	Osjećam zadovoljstvo kada sam u mogućnosti pomoći.	1	2	3	4	5
4.	Osjećam povezanost s drugima.	1	2	3	4	5
5.	Prestraše me neočekivani zvukovi.	1	2	3	4	5
6.	Osjećam se ispunjeno nakon rada sa korisnicima.	1	2	3	4	5
7.	Imam poteškoća odvojiti privatni život od uloge medicinske sestre/njegovateljice (radne uloge).	1	2	3	4	5
8.	Manje sam produktivna na poslu zbog gubitka sna radi trauma korisnika kojima pomažem.	1	2	3	4	5
9.	Mislim da traumatski stres korisnika ima utjecaja na mene.	1	2	3	4	5
10.	Osjećam se „zarobljeno“ mojim poslom pomagača.	1	2	3	4	5
11.	Zbog moje uloge medicinske sestre/njegovateljice, osjećao sam se „na rubu“ u raznim situacijama.	1	2	3	4	5
12.	Volim svoj posao medicinske sestre/njegovateljice.	1	2	3	4	5
13.	Osjećam se depresivno radi traumatskih iskustava korisnika kojima pomažem.	1	2	3	4	5
14.	Osjećam kao da ja osobno proživljavam traume korisnika kojima pomažem.	1	2	3	4	5
15.	Imam vjerovanja koja me podržavaju.	1	2	3	4	5

16.	Zadovoljan sam kako mogu pratiti nove tehnike i protokole pomaganja.	1	2	3	4	5
17.	Ja sam osoba kakva sam oduvijek željela biti.	1	2	3	4	5
18.	Zbog mog rada osjećam se zadovoljno.	1	2	3	4	5
19.	Osjećam se iscrpljeno zbog mog posla medicinske sestre/njegovateljice.	1	2	3	4	5
20.	Imam pozitivne misli i osjećaje prema korisnicima kojima pomažem i načinu na koji im mogu pomoći.	1	2	3	4	5
21.	Osjećam se preopterećeno jer se teret mog posla čini beskrajan.	1	2	3	4	5
22.	Vjerujem da mogu napraviti razliku kroz svoj rad.	1	2	3	4	5
23.	Izbjegavam određene aktivnosti i događaje koje me podsjećaju na zastrašujuća iskustva korisnika kojima pomažem.	1	2	3	4	5
24.	Ponosna sam na ono što mogu učiniti da pomognem.	1	2	3	4	5
25.	Kao rezultat mog posla/pomaganja imam nametljive i zastrašujuće misli.	1	2	3	4	5
26.	Osjećam se „zaglavljeno“ u sustavu.	1	2	3	4	5
27.	Osjećam se uspješno kao medicinska sestra/njegovateljica.	1	2	3	4	5
28.	Ne mogu se prisjetiti važnih dijelova mog rada sa korisnicima koji su doživjeli traume.	1	2	3	4	5
29.	Ja sam vrlo brižna osoba.	1	2	3	4	5
30.	Sretna sam da sam izabrala ovo zanimanje.	1	2	3	4	5

Ovim će Vas se upitnikom pitati kako gledate na svoje zdravlje. To će Vam pomoći da pratite kako se osjećate i koliko dobro obavljate svoje uobičajene aktivnosti.

Molimo Vas da u svakom od sljedećih pitanja prekrižite kružić koji najbolje opisuje Vaš odgovor.

1. Općenito, biste li rekli da vam je zdravlje:

odlično	vrlo dobro	dobro	zadovoljavajuće	loše
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Sljedeća se pitanja odnose na aktivnosti koje možda obavljate tijekom jednog tipičnog dana. Ograničava li vas Vaše sadašnje zdravlje u obavljanju tih aktivnosti? Ako da, u kojoj mjeri?

	da, jako me ograničava	da, malo me ograničava	ne, nimalo me ne ograničava
<u>umjereno naporne aktivnosti</u> , npr. pomicanje stola, rad s usisavačem, boćanje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
uspinjanje uz <u>nekoliko katova</u> stepenica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Koliko ste često, tijekom protekla 4 tjedna, na poslu ili u drugim redovitim dnevnim aktivnostima, imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja?

	stalno	skoro uvijek	povremeno	rijetko	nikad
<u>obavili ste manje</u> nego što ste željeli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Koliko ste često, tijekom protekla 4 tjedna, imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema (npr. osjećaja potištenosti ili tjeskobe)?

	stalno	skoro uvijek	povremeno	rijetko	nikad
<u>obavili ste manje</u> nego što ste željeli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niste obavljali posao ili druge aktivnosti pažljivo kao inače	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. U kojoj su mjeri, tijekom protekla 4 tjedna, bolovi ometali Vaš uobičajeni rad (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)?

uopće ne malo umjereno prilično izrazito

6. Ova se pitanja odnose na to kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molimo Vas da za svako pitanje označite odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali. Koliko ste se često tijekom protekla 4 tjedna...

	stalno	skoro uvijek	povremeno	rijetko	nikad
osjećali mirno i spokojno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bili puni energije?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
osjećali malodušno i tužno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Koliko su Vas često, u protekla 4 tjedna, Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjet rodbini, prijateljima, itd.)?

stalno skoro uvijek povremeno rijetko nikad

Za kraj molimo Vas da ispunite nekoliko pitanja vezano uz Vas osobno:

1. **Dob** (u godinama): _____

2. **Zaposlena sam kao:**

- a. Medicinska sestra
- b. Njegovateljica
- c. Ostalo _____

3. **Bračni status**

- a. neudana
- b. udana
- c. izvanbračna zajednica
- d. udovica
- e. razvedena

4. Broj djece_____

5. Stručna sprema:

- a. SSS
- b. VŠS
- c. VSS
- d. Ostalo_____

6. Navedite gdje ste stekli obrazovanje za njegovatelja_____

7. Radni staž u poslu medicinske sestre/njegovateljice u Domu za starije osobe (u godinama): _____

8. Obrazovanje za medicinsku sestru/njegovateljicu stekla sam u

9. Radim prekovremeno:

- a. nikad
- b. rijetko
- c. povremeno
- d. skoro uvijek
- e. stalno

10. Radim u smjenama:

- a. nikad
- b. rijetko
- c. povremeno
- d. skoro uvijek
- e. stalno

Zahvaljujem Vam na sudjelovanju!

ŽIVOTOPIS AUTORICE

Lucijana Rupić Krstić rođena je 27. ožujka 1985. godine u Šibeniku. Diplomirala je psihologiju na Sveučilištu u Zadru 2009. godine. Od iste godine zaposlena je u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan, gdje radi kao psihologinja. Završila je poslijediplomski specijalistički studij Supervizije u psihosocijalnom radu pri Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu te stekla akademski naziv sveučilišne specijalistice supervizije psihosocijalnog rada obranom specijalističkog rada „Neka obilježja posla i potreba za supervizijom medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim bolnicama“. Priznat joj je status kliničke psihologinje te djeluje kao stalna sudska vještakinja. Radi i kao terapeutkinja u Klubu liječenih alkoholičara Zadar. Završila je dva stupnja edukacije iz kognitivno-bihevioralne terapije i dva stupnja EMDR terapije, a trenutno je u edukaciji iz psihodrame. Autorica je i koautorica znanstvenih i stručnih publikacija te više kongresnih i konferencijskih priopćenja iz područja kliničke psihologije, mentalnog zdravlja, supervizije i zdravstvene skrbi.