# Odnos zamora i zadovoljstva suosjećanjem, samosuosjećanja, socijalne podrške i negativne emocionalnosti kod medicinskih sestara

**Deisinger, Helena**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:111:555134

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-28**

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
UNIVERSITY OF ZAGREB
CENTER FOR CROATIAN STUDIES

*Repository / Repozitorij:*

Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Helena Deisinger

# ODNOS ZAMORA I ZADOVOLJSTVA SUOSJEĆANJEM, SAMOSUOSJEĆANJA, SOCIJALNE PODRŠKE I NEGATIVNE EMOCIONALNOSTI KOD MEDICINSKIH SESTARA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

HELENA DEISINGER

# ODNOS ZAMORA I ZADOVOLJSTVA SUOSJEĆANJEM, SAMOSUOSJEĆANJA, SOCIJALNE PODRŠKE I NEGATIVNE EMOCIONALNOSTI KOD MEDICINSKIH SESTARA

DIPLOMSKI RAD

Mentor: doc. dr. sc. Lovorka Brajković

Zagreb, 2020.

*Odnos zamora i zadovoljstva suosjećanjem, samosuosjećanja, socijalne podrške i negativne emocionalnosti kod medicinskih sestara*

**Sažetak**

Istraživanja su pokazala da promatranje tuđe patnje i pomaganje može dovesti do zamora, ali i zadovoljstva suosjećanjem kod pomagača. Ti se osjećaji prema poslu zajedničkim imenom nazivaju profesionalnom kvalitetom života. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi razinu zamora (sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa) i zadovoljstva suosjećanjem kod medicinskih sestara, ispitati njihov odnos kako međusobno tako i sa socijalnom podrškom (privatnom i poslovnom), negativnom emocionalnošću i samosuosjećanjem. Promatrala se i prediktivna uloga navedenih varijabli, a iznad svega doprinos samosuosjećanja. U *online* anketi sudjelovalo je 250 medicinskih sestara. Za prikupljanje podataka korištena je Skala socijalne podrške u obitelji i na poslu (Šimunić, Gregov i Prorokov, 2016), upitnik ProQOL-5 (Stamm, 2010), Skala samosuosjećanja (Neff, 2003) i podljestvica emocionalne negativnosti iz upitnika ličnosti BFI-2 (Soto i John, 2017). Utvrđeno je da su sve tri domene profesionalne kvalitete života umjereno zastupljene. Provedbom triju hijerarhijskih regresijskih analiza zaključeno je da viša negativna emocionalnost i dob uspješno predviđaju višu razinu STS-a. Negativna emocionalnost, niža socijalna podrška, zadovoljstvo suosjećanjem i samosuosjećanje značajno pridonose višim razinama sagorijevanja. Niža socijalna podrška nadređenog i obitelji te samosuosjećanje uspješno predviđaju zadovoljstvo suosjećanjem, a samosuosjećanje pokazuje i medijacijski efekt na odnos negativne emocionalnosti i zadovoljstva suosjećanjem.

**Ključne riječi:** zamor suosjećanja, zadovoljstvo suosjećanjem, samosuosjećanje, socijalna podrška, medicinske sestre

*Relationship between compassion fatigue and satisfaction, self-compassion, social support and negative emotionality among nurses*

**Abstract**

There is a growing body of research suggesting that observing and helping those who suffer results in both compassion fatigue and compassion satisfaction. Together they form the construct called professional quality of life (ProQOL). The goal of this research is to determine the levels of compassion fatigue (burnout and secondary traumatic stress) and compassion satisfaction among nurses; to explore their relationship with social support, negative emotionality, and self-compassion. The role of each variable in predicting the outcomes of professional quality of life was also assessed. 250 registered nurses filled out the online version of the form. The form consisted of the following questionnaires: Scale of Social Support at Work and in the Family (Šimunić, Gregov and Prorokov, 2016), ProQOL-5 (Stamm, 2010), Self-compassion scale (Neff, 2003) and the subscale of Negative Emotionality from the BFI-2 Questionnaire (Soto and John, 2017). All three ProQOL domains were present in moderation. After running three hierarchical regression analyses, it was concluded that higher negative emotionality and age can successfully predict higher levels of STS. Negative emotionality, lower social support, lower self-compassion, and lower compassion satisfaction were significantly related to higher levels of burnout. After testing for their predictive power, they proved to have a significant role in explaining burnout levels. Similarly, negative emotionality and lower social support from their superiors and family were also shown to be significant factors in predicting the levels of compassion satisfaction, while self-compassion proved to be a mediator of the relationship between negative emotionality and compassion satisfaction.

**Key words:** compassion fatigue, compassion satisfaction, self-compassion, social support, nurses

Sadržaj

**1. Uvod** ... 1

1.1. Suosjećanje ... 1

1.2. Profesionalna kvaliteta života ... 2

1.2.1. Zamor suosjećanja ... 2

1.2.2. Zadovoljstvo suosjećanjem ... 4

1.3. Odrednice profesionalne kvalitete života ... 6

1.4. Socijalna podrška ... 7

1.5. Negativna emocionalnost ... 8

1.6. Samosuosjećanje ... 9

1.7. Profesionalna kvaliteta života, samosuosjećanje, socijalna podrška i negativna emocionalnost u okviru hrvatskog zdravstvenog sustava ... 11

**2. Cilj, problemi i hipoteze** ... 11

**3. Metoda** ... 13

3.1. Sudionici ... 13

3.2. Instrument ... 13

3.2.1. Upitnik samosuosjećanja (Self-Compassion Scale - SCS, Neff, 2003) ... 13

3.2.2. Profesionalna kvaliteta života (Professional Quality of Life Questionnaire – ProQOL 5, Stamm, 2010) ... 14

3.2.3. Skala socijalne podrške na poslu i u obitelji (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016) ... 15

3.2.4. Negativna emocionalnost ... 15

3.3. Postupak ... 16

**4. Rezultati** ... 17

**5. Rasprava** ... 24

5.1. Zamor i zadovoljstvo životom u kontekstu medicinskih sestara hrvatskog zdravstvenog sustava ... 24

5.2. Praktične implikacije istraživanja – promjene od vrha prema dnu ... 28

5.3. Osvrt na konstrukt zamora suosjećanja i ProQOL-5 mjeru ... 29

5.4. Ograničenja i preporuke za buduća istraživanja ... 30

**6. Zaključak** ... 32

**7. Literatura** ... 33

## 1. Uvod

Zdravstveno osoblje svakodnevno je izloženo raznovrsnim stresorima na radnom mjestu. Dio tih stresora izvire iz konstantnog izazova zdravstvenih ustanova da osiguraju kvalitetnu skrb za pacijente usprkos financijskim poteškoćama, nedostatku osoblja i neprestanom priljevu pacijenata, što se posljedično odražava na radne uvjete. Ubrzani tempo i veliko radno opterećenje, smjenski rad uz ograničene resurse, izostajanje podrške rukovoditelja i relativno mala mogućnost napretka samo su neke od karakteristika tipičnih za rad u zdravstvenom sustavu. Osim organizacijskih pritisaka, zdravstvenom osoblju dodatan izvor stresa predstavlja i neprestano svjedočenje traumatskim i stresnim događajima koje njihovi pacijenti proživljavaju.

Od sveg medicinskog osoblja, s pacijentima najveći dio vremena provode medicinske sestre i tehničari, koji su izloženi njihovim reakcijama i raspoloženjima tijekom dana. Mnoga istraživanja potvrđuju da je za uspostavljanje dobrog odnosa između pacijenata i sestara nužno ne samo brinuti za fizičku komponentu zdravlja, već i pružati razumijevanje za psihološke potrebe pacijenta (Morse, DeLuca Haven i Wilson, 1997). Količina empatije i suosjećanja medicinskih sestara pokazala se važnim faktorom za subjektivnu dobrobit pacijenata, za njihov stav prema terapiji i hospitalizaciji te posljedično za bolji tijek liječenja (Epstein i sur., 2007, prema Duarte i sur., 2016). Medicinske sestre koje više suosjećaju s pacijentima omiljenije su među njima, pacijenti imaju dojam da mogu lakše razgovarati s njima, skloniji su aktivno participirati u svojem liječenju i procjenjuju boravak u bolnici ugodnijim. Samim time, sestre koje pokazuju više suosjećanja procjenjuju da su uspješnije u radu i zadovoljnije svojim radnim učinkom. Zbog povezanosti sa zadovoljstvom pacijenata i medicinskih sestara, suosjećanje postaje sve većim interesom istraživača.

### *1.1. Suosjećanje*

Prema rječniku Američke udruge psihologa, termin suosjećanje odnosi se na „snažne osjećaje brige za tuđe osjećaje, patnju ili nelagodu te uobičajeno uključuje i snažnu želju da se toj osobi pomogne ili je utješi" (APA, b.d.). Suosjećanje se često zamjenjuje za empatiju, no glavna razlika između njih jest to što je suosjećanje empatični odgovor isključivo na patnju ili nevolju druge osobe, dok je empatija sposobnost koja obuhvaća puno širi spektar situacija, ugodnih i neugodnih emocija (Singer, Leiberg, Ricard i Klimecki, 2014). Empatija omogućava prepoznavanje i razumijevanje tuđih i vlastitih emocija. Ako su nam one neugodne, možemo

doživjeti empatički distres i povući se iz neke situacije, a mogu nas i motivirati da pomognemo, odnosno potaknuti pozitivan, suosjećajan odgovor. Prema tome, suosjećanje se više odnosi na samilosne osjećaje i na aktivan doprinos da se osoba s kojom suosjećamo razvedri, da se njena situacija popravi, te se tipično veže uz iskustvo pomaganja i pomagačkih zanimanja.

### *1.2. Profesionalna kvaliteta života*

Mnogi su istraživači primijetili da suosjećanje može na medicinsko osoblje djelovati pozitivno, ali i negativno (Stamm, 2010). Užitak koji pomagači dobivaju iz pomaganja pacijentima naziva se zadovoljstvo zbog suosjećanja i predstavlja pozitivnu posljedicu suosjećanja. Suprotno tome, pomagači se mogu osjećati iscrpljeno i nakon nekog vremena naizgled manje suosjećati s pacijentima, što se naziva zamorom suosjećanja. Prema Stamm (2010), te dvije pojave zajedno tvore konstrukt profesionalne kvalitete života (*ProQOL - Professional Quality of Life*), koja se odnosi na pomagačeve osjećaje prema svojem radu.

#### *1.2.1. Zamor suosjećanja*

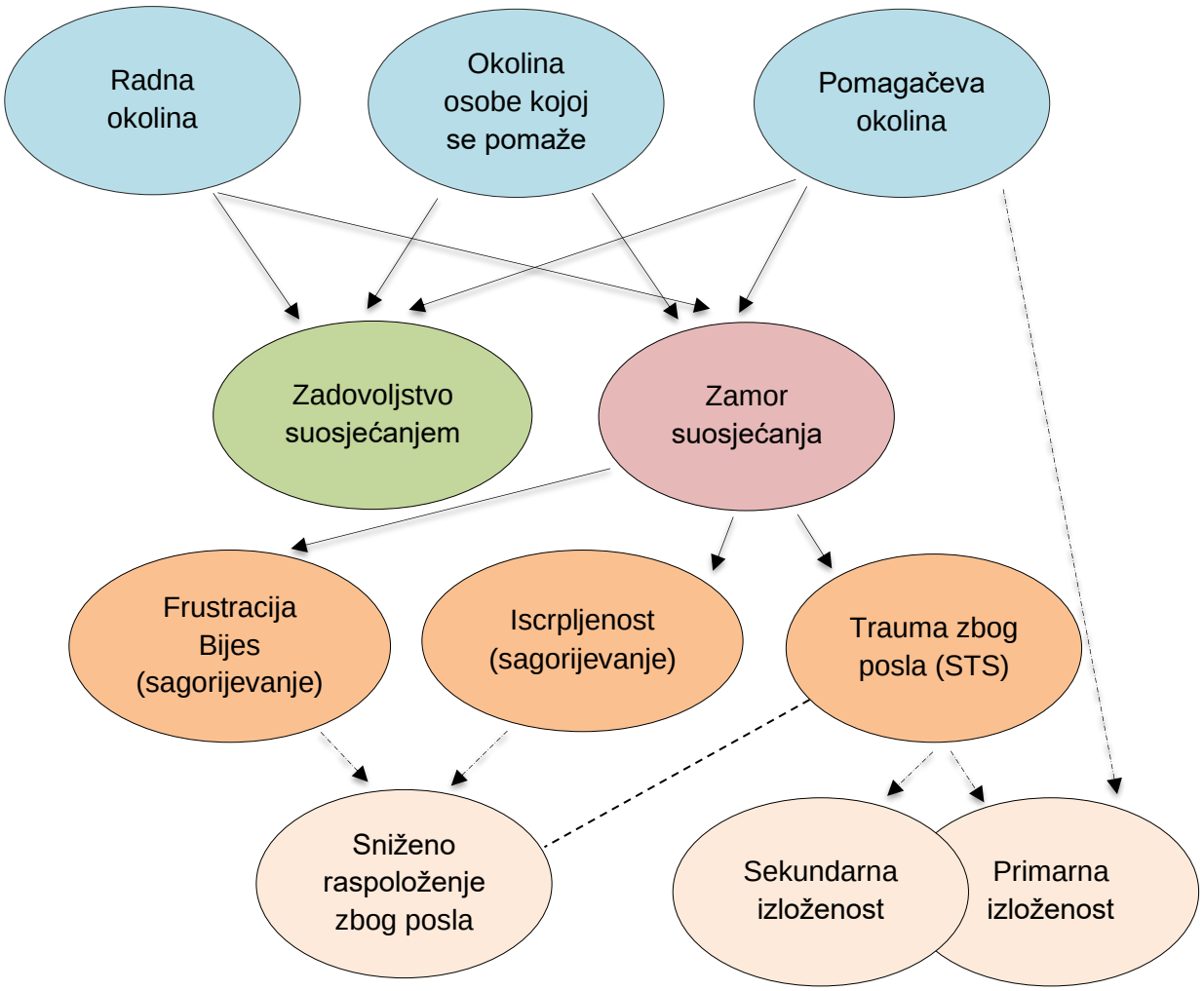
Suvremene definicije govore da je zamor suosjećanja stanje smanjenog suosjećanja prema drugima kao rezultat dugotrajnog i intenzivnog kontakta s pacijentima i izlaganja stresnim situacijama, kada je potrebno učestalo suosjećati (Coetzee i Klopper, 2010). Kod osobe se razvija fizička i emocionalna iscrpljenost, koja postepeno dovodi do smanjenja suosjećanja prema drugima isključivo zbog njenog zanimanja (Sinclair i sur., 2017). Simptomi mogu biti prisutni u gotovo svim područjima svakodnevnog života, a Coetzee i Klopper (2010) grupiraju ih u pet kategorija:

(1) Fizički: umor, iscrpljenost, nesanica, glavobolje i gastrointestinalne smetnje
(2) Emocionalni: smanjeni entuzijazam za posao, desenzitizacija, iritabilnost i osjećaj emocionalne preplavljenosti
(3) Socijalni: izoliranje od drugih ljudi, bilo pacijenata bilo obitelji, kolega i prijatelja, neljubaznost i ravnodušnost prema drugima
(4) Duhovni: smanjen interes za introspekcijom, cinizam, gubitak nade i smisla
(5) Kognitivni: nemogućnost zadržavanja i usmjeravanja pažnje, poteškoće s koncentracijom koje dovode do pogrešaka u radu

Termin „zamor suosjećanja“ prva rabi Johnson 90-ih godina tijekom istraživanja sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara na intenzivnoj njezi kako bi imenovala pojavu smanjenog kapaciteta suosjećanja zbog svjedočenja tuđoj patnji (Perković i Pukljak Iričanin,

2019). Nakon nje, na definiranje konstrukta ponajviše su utjecali Figely, Pearlman i Hudnal Stamm. Charles Figley prilikom proučavanja sindroma sagorijevanja primjećuje da uslijed izloženosti problemima i patnjama pacijenata kod pomagača dolazi do sekundarne traumatizacije te zamor suosjećanja smatra sinonimom sekundarnog stresnog traumatskog poremećaja. S druge strane, za zamor suosjećanja Pearlman (Perković i Pukljak Iričanin, 2019) upotrebljava naziv vikarijska traumatizacija. Za istu pojavu tako postoje tri različita naziva koja se izmjenično upotrebljavaju s čime se neki autori ne slažu, već smatraju da su konstrukti različiti ili da je jedan nadređen drugom.

Hijerarhijsku strukturu ovih pojmova predlaže Stamm (2010) u spomenutom modelu profesionalne kvalitete života, a u nastavku se nalazi njegov grafički prikaz:




Grafički prikaz 1. *Shematski prikaz teorijskog modela profesionalne kvalitete života (Stamm, 2010).*

Profesionalna kvaliteta života sastoji se od zadovoljstva i zamora suosjećanjem, a zamor se kao krovni pojam dijeli na sagorijevanje i sekundarni traumatski stres. Sagorijevanje (*burnout*) je često spominjan i istraživan konstrukt u kontekstu stresa na radnom mjestu (Stamm, 2010). U sklopu profesionalne kvalitete života definira se kao dio zamora suosjećanja koji se odnosi na osjećaje nezadovoljstva, nepovezanosti i ravnodušnosti prema radnoj okolini. Druga je komponenta sekundarni traumatski stres (STS), uslijed kojeg pomagač ne može prestati misliti na osobe kojima pomaže, osjeća se iscrpljeno, preplavljeno i ne može odvojiti poslovno od privatnog. Javljaju se poteškoće sa spavanjem, iritabilnost, zaboravljanje i izbjegavanje situacija povezanih s traumom.

Razlika između sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa jest u traumatskom događaju - sagorijevanje je tipična posljedica dugotrajnog stresa i može se dogoditi na bilo kojem radnom mjestu, a STS je većinom vezan uz pomagačka zanimanja i doživljavaju ga osobe koje svakodnevno promatraju tuđa traumatska iskustva i sudjeluju u njima (Stamm, 2010). Vjerojatnije je da će STS doživjeti medicinska sestra, psiholog, psihijatar, vatrogasac, policajac ili socijalni radnik nego osoba koja nema doticaja s tuđim traumatskim iskustvima. STS izvire iz osjećaja uznemirenosti i doživljaja sekundarne traume na radnom mjestu, koja ponekad može biti povezana i s primarnom traumom iz privatnog života pomagača.

Neovisno o nazivu - zamor suosjećanja ili vikarijska trauma - većina se autora slaže da se radi o pojavi kod pomagačkih zanimanja u kojoj pomagači, uslijed opetovanog izlaganja tuđoj traumi i stresu prelaze svoje kapacitete suosjećanja, što ih dovodi do stanja iscrpljenosti sa smanjenom mogućnosti suosjećanja (Coetzee i Klopper, 2010). Prema Stamm (2010), jedan od najvažnijih zaštitnih faktora u prevenciji zamora suosjećanja jest druga posljedica suosjećanja, a to je zadovoljstvo suosjećanjem.

### *1.2.2. Zadovoljstvo suosjećanjem*

U početnom istraživačkom i praktičnom radu s pomagačima u ratnim područjima Stamm (2002) uočava da nisu svi pomagači isključivo zamoreni suosjećanjem, već dijelu njih pomaganje daje posebnu snagu. Pri ispitivanju zamora suosjećanja usmjeravalo se samo na negativne aspekte pomaganja, bez dobivanja informacija o pozitivnim osjećajima pomagača i o tome što održava njihovu dugogodišnju motivaciju. Autorica zaključuje da suosjećanje nema samo negativne posljedice na pomagača, već i pozitivne u obliku zadovoljstva zbog suosjećanja. Tu domenu uz to dodaje i u nove procjene zamora, odnosno novokomponiranog konstrukta, profesionalne kvalitete života. Kod zadovoljstva suosjećanjem radi se o užitku koji

pomagač dobiva iz osjećaja da dobro radi svoj posao i da je svojim pomaganjem poboljšao nečije trenutno stanje (Stamm, 2010). Ukratko, kada pomagač čini dobro, osjeća se dobro. Vjerojatnije je da će i pozitivnije gledati na svoje kolege, radno okruženje i na svoj doprinos društvu. Istraživanja pokazuju da iskustvo traume može potaknuti i neke pozitivne promjene, koje se nazivaju posttraumatskim rastom (Fahey i Glashofer, 2016, prema Perković i Pukljak Iričanin, 2019). U slučaju pomagača koji posrednim putem doživljava traumu, on također iz tog sekundarnog iskustva može razviti adaptivni, a ne isključivo traumatski odgovor. Promjene koje osoba može doživjeti variraju od poboljšanja međuljudskih odnosa do većeg osjećaja osobnog postignuća, vlastitih snaga i pronalaska osobnog smisla.

Zadovoljstvo suosjećanjem povezano je i s općenitim zadovoljstvom poslom i s većom željom za ostankom u profesiji medicinske sestre (Kelly, Runge i Spencer, 2015; Mangoulia i sur., 2015, prema Sinclair i sur., 2017). Ono je prije svega i jedan od glavnih motivatora za odabir karijere medicinske sestre.

Čak i nakon dodavanja skale zadovoljstva u ispitivanje zamora, u pregledu literature uočeno je da su se empirijska istraživanja i pregledni radovi profesionalne kvalitete života najviše fokusirali na zamor, a manje su pažnje posvećivali zadovoljstvu suosjećanjem. Međutim, značajan broj istraživanja ukazuje na to da je odnos zamora i zadovoljstva puno zamršeniji te da suosjećanje nije samo jednodimenzionalan konstrukt sa zamorom i zadovoljstvom kao polaritetima (Duarte i sur., 2017, prema Ortega-Campos i sur., 2019; Sacco i suradnici, 2017, prema Pukljan Iričanin i Perković, 2019). Zadovoljstvo i zamor odvojene su pojave (i skale u ProQOL upitniku) te istraživanja pokazuju da zadovoljstvo ima potencijalno moderatorsku ulogu u pojavi zamora (Stamm, 2010). Sestre s višim zadovoljstvom suosjećanjem u nekim istraživanjima pokazuju i manji zamor suosjećanjem (Duarte i sur., 2016, prema Ortega-Campos i sur., 2019), no moguće je i koegzistiranje jednakih razina zadovoljstva i zamora suosjećanjem (Duarte i sur., 2017, prema Ortega-Campos i sur., 2019; Sacco i suradnici, 2017, prema Pukljan Iričanin i Perković, 2019). Sestre s visokim zadovoljstvom suosjećanjem mogu istovremeno pokazivati znakove sagorijevanja i imati veće rezultate na podljestvici sekundarnog stresa. Te se razlike mogu pripisati specifičnostima bolničkih odjela s kojih sestre dolaze. Primjerice, na uzorku sestara hitne pomoći zabilježeno je nisko zadovoljstvo suosjećanjem, najviše sagorijevanje, ali i nizak STS, dok medicinske sestre na odjelima intenzivne skrbi pokazuju više zadovoljstvo suosjećanjem, a niže izgaranje (Wulandari i sur., 2018, prema Pukljan Iričanin i Perković, 2019). Autori pretpostavljaju da do međuodjelnih razlika možda dolazi zbog različite vremenske izloženosti traumatskim

slučajevima, no rezultati nisu konzistentni kroz istraživanja te se ne pronalaze kontinuirane značajne povezanosti (Sinclair i sur., 2017).

### *1.3. Odrednice profesionalne kvalitete života*

Rezultati meta-analiza ukazuju na to da na profesionalnu kvalitetu života medicinskih sestara djeluju i organizacijski i osobni faktori (Cavanagh i sur., 2019; Sinclair i sur., 2017; Yilmaz i Ustun, 2018), a najčešće isticani faktori jesu dob i radno iskustvo. Značajno su povezani s profesionalnom kvalitetom života, no njihov odnos nije konzistentan kroz istraživanja. Primjerice, u meta-analizi 71 rada (Cavanagh i sur., 2019) i pregledu literature, u dijelu istraživanja zamor je negativno povezan s dobi i iskustvom, zadovoljstvo pozitivno, a u drugima je pak dobiven suprotan odnos. U prvom slučaju, istraživanja pokazuju da su mlađe sestre s kraćim stažem sklonije većem sagorijevanju i STS-u od starijih i iskusnijih sestara (Berger i sur., 2015, Hunsaker i sur., 2015, prema Sinclair i sur., 2017). Mlađe sestre s visokim zamorom ujedno i češće razmišljaju o promjeni karijere te je kod njih povećana fluktuacija (Kelly, Runge i Spencer, 2015), a zamor je manji kod sestara s više od 10 godina iskustva (Al-Majid i suradnici, 2018, prema Ortega-Campos i sur., 2019). Takva povezanost objašnjava se postupnim razvijanjem otpornosti na stresore, odnosno time da su se medicinske sestre s vremenom navikle na promatranje traumatskih iskustava, pa su tako i efekti sagorijevanja i STS-a manje zastupljeni nego kod sestara koje su tek na početku karijere. S druge strane, autori istraživanja koja pokazuju da su starije i iskusnije sestre u većem riziku od zamora smatraju da s vremenom ne dolazi do navikavanja na stresore, već do akumulacije stresnih događaja, što rezultira većom razinom zamora suosjećanja, posebice sagorijevanjem (Mohsin, Shahed i Sohail, 2017; Ortega-Campos i sur., 2019; Severn i sur., 2012; Yu i sur., 2016, prema Cavanagh i sur., 2019).

Što se tiče zadovoljstva suosjećanjem, također su pronađena istraživanja u kojima je njegov odnos i s dobi i stažem pozitivan (Hunsaker i sur., 2015; Jang, Kim i Kim, 2016), no i ona gdje je zadovoljstvo suosjećanjem ujedno negativno povezano s radnim stažem, ali i pozitivno s dobi, odnosno s pripadanjem dobnoj skupini od 50 do 65 godina (Kelly, Runge i Spencer, 2015). Istovremeno postoje istraživanja koja nisu pronašla nijednu statistički značajnu povezanost između demografskih podataka i profesionalne kvalitete života (Bellolio i sur., 2014, Hegney i sur., 2014, Meadors i sur., Yoder, 2010, prema Sinclair i sur., 2017). Uz to, u validaciji ProQOL-5 upitnika autori ne pronalaze statistički značajnu razliku u domenama kvalitete života s obzirom na dobnu skupinu i na duljinu radnog staža (Stamm, 2010). Takvi

nejednoznačni rezultati ukazuju na to da zamor i zadovoljstvo nisu isključivo produkti proteka vremena, već da na njih djeluje više faktora.

Sinclair i suradnici (2017) u svojem meta-narativnom pregledu 90 istraživanja sa zdravstvenim djelatnicima navode da su rizični faktori za razvoj zamora, uz godine iskustva, većinom oni vezani uz radnu okolinu, ali i niže kvalifikacije. Najčešće spominjani organizacijski faktori povezani s profesionalnom kvalitetom života jesu ukupni radni sati, smjenski rad, nepodržavajuća radna okolina i odnos s nadređenim. Yilmaz i Ustun (2018) u pregledu faktora koji djeluju na zamor navode da su zamoru sklonije medicinske sestre koje rade više od 12 sati dnevno na posebno zahtjevnim odjelima, koje nisu sklone komuniciranju o teškim slučajevima i nalaze se u nepodržavajućoj radnoj okolini s narušenim međuljudskim odnosima. Navode i splet brojnih drugih osobnih i profesionalnih varijabli, koje grupiraju u četiri šira faktora: neuspješni mehanizmi nošenja s emocionalnim situacijama, neriješena trauma, loše nošenje sa stresom na poslu i smanjeno radno zadovoljstvo. Kao i iz grafičkog prikaza modela profesionalne kvalitete života (grafički prikaz 1), vidljivo je da na nju djeluju i karakteristike osobe i njene okoline. Bilo to iskustvo osobne traume (Abendroth i Flannery, 2006, prema Yilmaz i Ustun, 2018), anksioznost, ekstremna razina empatije, niska potreba za samoočuvanjem ili životni stresori (Li, Early, Mahrer i Klaristenfeld, 2014, prema Yilmaz i Ustun, 2018), ti čimbenici nose rizik za povećani osjećaj zamora.

### *1.4. Socijalna podrška*

U istraživanjima djelovanja stresa na radnom mjestu na pojedinca, neophodno je ispitati i percipiranu socijalnu podršku. Ona označava skup svih povoljnih učinaka koji za pojedinca proizlaze iz bliskih odnosa te mu pomažu u suočavanju s krizama i stresom (Petz, 2005).

Istraživati se može više vrsta socijalne podrške, no fokus ovog istraživanja je na emocionalnoj i instrumentalnoj podršci, i to na onoj dobivenoj iz četiriju izvora: nadređeni, kolege, obitelj i partner. Instrumentalna se podrška odnosi na pomoć u konkretnim akcijama, a emocionalna na razumijevanje i utjehu. Ti se konstrukti ispituju Skalom socijalne podrške na poslu i u obitelji, koju su Šimunić, Gregov i Proroković (2016) konstruirale i validirale na hrvatskom uzorku. Premisa tako postavljene skale jest da se promatranjem navedenih podataka stječe uvid u konflikt između radne i obiteljske uloge medicinskih sestara, odnosno u razlike percipirane socijalne podrške s obzirom na njen izvor. Izraženiji konflikt radne i obiteljske uloge izravno se odražava na smanjeno zadovoljstvo radom (Alazzam, Abualrub i Nazzal, 2017).

Razdvajanjem izvora socijalne podrške detaljnije se može proučiti i povezanost pojedinog izvora s profesionalnom kvalitetom života medicinskih sestara. Dosadašnja istraživanja s medicinskim sestrama upućuju na to da je socijalna podrška od kolega i nadređenih značajan prediktor zamora i zadovoljstva suosjećanjem (Abualrub, 2004; Cavanagh i sur., 2019; Yu, Jiang, i Shen, 2016) i to povrh sociodemografskih varijabli (Hunsaker i sur., 2015). Istraživanje s medicinskim sestrama u javnim ustanovama nije pronašlo značajnu povezanost između zamora suosjećanja i socijalne podrške, ali jest značajnu nisku pozitivnu ($r$ = .22) između socijalne podrške i zadovoljstva suosjećanjem (Mohsin, Shahed i Salil, 2017). No u tom istraživanju mjerila se isključivo socijalna podrška dobivena od partnera, obitelji i prijatelja, nije uključena ona s radnog mjesta. Ti rezultati pokazuju da bi važan faktor u prevenciji zamora bili dobri međuljudski odnosi na radnom mjestu te nadređena osoba koja osigurava podržavajuću i ugodnu radnu okolinu. U ovom se istraživanju želi provjeriti povezanost između svih izvora socijalne podrške te zamora i zadovoljstva suosjećanjem. Dobivanje uvida u odnos podrške s obzirom na njen izvor i profesionalne kvalitete života može predstavljati temelj za buduće intervencije, pogotovo ako se radi o socijalnoj podršci kolega i nadređenog, na čemu se može poraditi kroz organizacijsku politiku, selekciju i edukaciju.

### *1.5. Negativna emocionalnost*

Dosadašnja istraživanja profesionalne kvalitete života promatrala su i njen odnos s osobinama ličnosti. Kako bi se doznalo nešto više o pozitivnim i negativnim osjećajima prema radnom mjestu i što sve utječe na njih, važno je dobiti sliku o tome koliko je pojedinac u uobičajenim situacijama sklon negativnim, odnosno pozitivnim afektima. Istraživanja ukazuju na postojanje povezanosti pojedinih osobina ličnosti petofaktorskog modela i zamora, odnosno zadovoljstva suosjećanjem. Konkretno, radi se o značajnoj pozitivnoj povezanosti između visoke ugodnosti ($r$ = .31), ekstraverzije ($r$ = .33), savjesnosti ($r$ = .29) i emocionalne stabilnosti (odnosno niskog neuroticizma, $r$ = -.32) sa zadovoljstvom suosjećanjem i negativne povezanosti sa zamorom (Somoray i sur., 2016). Što se tiče zamora suosjećanja i rezultata povezanosti sagorijevanja i STS-a s osobinama ličnosti, rezultati istraživanja dosljedno ukazuju na značajnu pozitivnu povezanost neuroticizma i oba konstrukta zamora na način da osobe koje imaju viši rezultat na ljestvici neuroticizma imaju i izraženiji zamor suosjećanja (Măirean, 2014; Barr, 2018). Takvi nalazi u skladu su s implicitnim očekivanjima budući da su osobe sklonije neuroticizmu po definiciji ujedno sklonije i doživljavanju neugodnih emocija. Na uzorku onkoloških sestara pronađeno je da neuroticizam objašnjava 24.2 % varijance STS-a,

odnosno 19.8 % sagorijevanja (Yu, Jiang, i Shen, 2016). Kada se uspoređuje prediktivna uloga osobina ličnosti i osjećaja pripadanja i poštovanja na radnom mjestu, pokazalo se da percipirani pozitivni odnos organizacije prema pojedincu značajno predviđa visoko zadovoljstvo suosjećanjem i nisku razinu sagorijevanja te objašnjava dodatnih 9 % varijance povrh osobina ličnosti, ali nije značajan prediktor sekundarnog traumatskog stresa naspram neuroticizma ($\beta_{neuroticizam} = .43$, $p < .001$, Somoray i sur., 2016).

Ovisno o modelu i teoriji ličnosti, za neuroticizam postoji više naziva i određenih sadržajnih razlika. U ovom će se istraživanju koristiti osobina neuroticizma iz modela Velikih pet, točnije iz verzije upitnika BFI-2 Sota i Johna (2017), u kojem se naziva negativna emocionalnost. Promjena naziva proizlazi iz želje autora da se naglasi komponenta negativnih emocionalnih iskustava, a izbjegnu tradicionalne kliničke konotacije termina „neuroticizam". Negativna emocionalnost tako predstavlja individualne razlike u učestalosti i intenzitetu negativnog afekta te obuhvaća facete anksioznosti, depresivnosti i emocionalne volatilnosti (promjene raspoloženja) (Soto i John, 2017). Briga, iritabilnost i depresivnost, kao i socijalna inhibicija povezuju se uz izraženije negativne emocije prema radnom mjestu, pa tako i sa smanjenim zadovoljstvom suosjećanjem, a povećanim sagorijevanjem i sekundarnim traumatskim stresom. Pokazalo se da je profesionalna kvaliteta života povezana i s prethodnom dijagnozom depresije i anksioznih poremećaja, to jest osobe kod kojih postoji ta dijagnoza sklonije su osjećaju zamora suosjećanja (Cavanagh i sur., 2019).

### *1.6. Samosuosjećanje*

Istraživanja suosjećanja pokazala su da je suosjećanje koje pokazujemo prema drugima povezano i s onim koje pokazujemo prema samom sebi u izazovnim situacijama (Neff, 2003). Takvo se suosjećanje naziva samosuosjećanje, a odnosi se na razumijevanje i otvorenost prema vlastitoj patnji te želji da ublažimo svoju patnju. Pojednostavljeno, samosuosjećanje je kada sebi pokazujemo jednako suosjećanje kao i prijatelju. Kada samosuosjećamo, dajemo si priliku da objektivno sagledamo svoju patnju i nedostatke, da budemo blagi prema sebi i ne izbjegavamo suočavanje s negativnim osjećajima. Taj nam proces razumijevanja omogućava da procesuiramo svoje iskustvo i stavimo ga u kontekst šire slike iskustava većine ljudi.

Kristin Neff (2003) definira i operacionalizira konstrukt samosuosjećanja te konstruira Skalu samosuosjećanja (*Self-Compassion Scale*). Prema njoj, konstrukt samosuosjećanja sastoji se od tri glavne komponente koje se opisuju u suprotnostima:

(1) emocionalni odgovor (razumijevanje samog sebe naspram samokritike),

(2) kognitivno razumijevanje (smatranje vlastitih iskustava dijelom svih iskustava kroz koje ljudi prolaze naspram izoliranja i odvajanja) te

(3) usmjeravanje pažnje na vlastitu patnju (*mindfulness* naspram pretjerane identifikacije).

Emocionalni odgovor odnosi se na razumijevanje i pokazivanje brige prema sebi u teškim vremenima, za razliku od osuđivanja i strogog kritiziranja vlastitih postupaka.

Kognitivno razumijevanje označava uvid u vlastitu patnju i smještanje pojedinčevog iskustva u kontekst cijelog čovječanstva. Suprotnost tome bilo bi osamljivanje ukoliko pojedinac ne doživljava svoju patnju kao univerzalni i neizbježni dio ljudskog postojanja, već se želi otuđiti od ostalih jer se osjeća kao da zbog svoje patnje ne pripada svojoj okolini.

Posljednja komponenta označava da osobe koje visoko samosuosjećaju na adaptivan način pristupaju svojim bolnim mislima, ne ruminiraju u začaranom krugu nego se svjesno usmjeravaju na svoje misli kako bi se izbjegla pretjerana identifikacija.

Navedene su komponente neovisne na teorijskoj razini, no svakako su u interakciji. Primjerice, ukoliko osoba uvidi da i drugi ljudi dijele njena bolna iskustva do određene mjere (kognitivna komponenta), vjerojatno neće stavljati tolik pritisak na sebe i osuđivati svoje emocije i ponašanje (emocionalna komponenta) budući da će prihvatiti uvjerenje da i drugi ljudi prolaze kroz slične situacije te da prolazi kroz uobičajeno ljudsko iskustvo.

Istraživanja su pokazala da osobe s višom razinom samosuosjećanja i empatije osjećaju i veće zadovoljstvo suosjećanjem (Richardson i sur., 2016). Manja briga za druge i sebe predviđala je i više razine sagorijevanja ($\beta_{\text{samosuosjećanje}}$ = -.375, $\beta_{\text{empatija}}$= -.227, $p < .01$). Slični su rezultati dobiveni i kod studentica primaljstva - one s većom razinom samosuosjećanja imale su i veću razinu percipirane dobrobiti, zadovoljstva zbog suosjećanja, a niže razine sagorijevanja i STS-a (Beaumont, Durkin, Martin, i Carson, 2016). Duarte i Pinto-Gouveia (2016) u svojem su istraživanju također promatrali odnos između empatije, zamora i zadovoljstva suosjećanjem te samosuosjećanja. Njihovi rezultati ukazuju na to da je povećana empatija zapravo rizični faktor za razvoj zamora te da je važan medijator tog odnosa samosuosjećanje. Osobe koje su sklonije suosjećanju u riziku su od doživljavanja sagorijevanja i STS-a ukoliko istovremeno ne pokazuju i visoku razinu suosjećanja prema sebi. Isti se autori ponovo posvećuju ovoj temi te objavljuju rad s onkološkim sestrama u kojem pokušavaju detaljnije proučiti odnos empatije, samosuosjećanja i profesionalne kvalitete života (Duarte, Pinto-Gouveia i Cruz, 2017). Razlučivanjem empatije na komponente 1) usmjerenosti na sebe, 2) na druge i 3) mogućnosti preuzimanja tuđe perspektive, dobivaju da one sestre koje imaju poteškoća s regulacijom svojih negativnih reakcija na tuđu patnju i manje se usmjeravaju na

druge, ujedno imaju i veću sklonost zamoru. Iznova se potvrdilo zaštitno djelovanje samosuosjećanja na zamor, odnosno njegova snažna prediktivna uloga na povećano zadovoljstvo suosjećanjem.

### *1.7. Profesionalna kvaliteta života, samosuosjećanje, socijalna podrška i negativna emocionalnost u okviru hrvatskog zdravstvenog sustava*

Koliko je autorici poznato, u ovom trenutku nema istraživanja na hrvatskom uzorku koje je ispitivalo profesionalnu kvalitetu života, kao ni njen odnos s percipiranom socijalnom podrškom, samosuosjećanjem i negativnom emocionalnošću. Uvidom u dostupnu literaturu pronađen je pregledni rad Grubić i Sedmak (2018) o zamoru liječnika pedijatrijske skrbi te pregledni rad Perković i Pukljak Iričanin (2019) na temu profesionalne kvalitete života kod medicinskih sestara, a koji potvrđuje da se pojava zamora suosjećanja u okviru profesionalne kvalitete života do sada nije istraživala na hrvatskoj populaciji.

Namjera je ovog rada utvrditi razinu zamora i zadovoljstva suosjećanjem medicinskih sestara, ali i ispitati odnos između tih posljedica suosjećanja s odabranim čimbenicima. Kako bi se stekao bolji uvid u zamor i zadovoljstvo suosjećanjem koje sestre osjećaju na poslu, ispitat će se njihova sklonost doživljavanja negativnih emocija, koliku podršku dobivaju poslovno i privatno i koliko suosjećanja daju same sebi.

## 2. Cilj, problemi i hipoteze

Cilj je ovog rada ispitati odnos između zamora (sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa) i zadovoljstva suosjećanjem, percipirane socijalne podrške, samosuosjećanja i negativne emocionalnosti kod medicinskih sestara. Promatrat će se i doprinos percipirane socijalne podrške, samosuosjećanja i negativne emocionalnosti u objašnjavanju zamora i zadovoljstva suosjećanjem. Na temelju dosadašnjih istraživanja i pretpostavki, postavljeni su sljedeći problemi i hipoteze:

1: Utvrditi zastupljenost zamora (sagorijevanja i STS-a) i zadovoljstva suosjećanjem kod medicinskih sestara.
Hipoteza 1: Očekuje se umjeren stupanj zamora i zadovoljstva suosjećanjem.

2: Ispitati povezanost između zamora i zadovoljstva suosjećanjem, percipirane socijalne podrške, samosuosjećanja, negativne emocionalnosti te određenih sociodemografskih obilježja kod medicinskih sestara.

Hipoteza 2: Zamor suosjećanja statistički je značajno negativno povezan sa zadovoljstvom zbog suosjećanja, samosuosjećanjem, percipiranom socijalnom podrškom, a pozitivno s negativnom emocionalnošću.

Hipoteza 3: Mlađe medicinske sestre s kraćim radnim stažem sklonije su zamoru suosjećanja, a starije sestre s duljim radnim stažem imaju veće razine zadovoljstva suosjećanjem.

Hipoteza 4: Zadovoljstvo suosjećanjem statistički je značajno povezano sa samosuosjećanjem, socijalnom podrškom i negativnom emocionalnošću.

3: Ispitati doprinos samosuosjećanja, socijalne podrške, negativne emocionalnosti i sociodemografskih faktora u predviđanju zamora i zadovoljstva suosjećanjem.

Hipoteza 5: Očekuje se značajan doprinos samosuosjećanja, zadovoljstva suosjećanjem, socijalne podrške, negativne emocionalnosti i sociodemografskih faktora u objašnjavanju sagorijevanja.

Hipoteza 6: Očekuje se značajan doprinos samosuosjećanja, zadovoljstva suosjećanjem, socijalne podrške, negativne emocionalnosti i sociodemografskih faktora u objašnjavanju STS-a.

Hipoteza 7: Očekuje se značajan doprinos samosuosjećanja, socijalne podrške, negativne emocionalnosti i sociodemografskih faktora u objašnjavanju zadovoljstva suosjećanjem.

## 3. Metoda

### *3.1. Sudionici*

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 250 medicinskih sestara i tehničara. Očekivano, većinu uzorka sačinjavaju medicinske sestre, njih 236, a svega 14 otpada na medicinske tehničare. Radi jednostavnosti, u ovom radu koristit će se termin „medicinske sestre" za oba roda jer je termin uvriježen i osim toga, većinu uzorka čine žene (94.4 %). Prosječna dob sudionika iznosila je 37.44 godina (*SD* = 10.54), a prosječan broj godina radnog iskustva iznosio je 16.79 (*SD* = 10.96). U pogledu obrazovanja, 44.4 % sudionika je srednje stručne spreme, 36 % više, a njih 19.2 % je visoke stručne spreme. Najveći broj sestara je u braku ili životnom partnerstvu, njih 64.8 %, 15.2 % je u vezi, 11.6 % uzorka nije u vezi, 4 % je u izvanbračnoj zajednici, a 4.4 % je rastavljeno ili udovljeno. Što se tiče zastupljenosti po odjelima, sestre u ovom uzorku rade na više od 22 odjela kliničko-bolničkih centara te u poliklinikama, staračkim domovima i ostalim ustanovama. Najviše sestara radi na odjelu kirurgije (N = 29), zatim intenzivnom (N = 26), hitne medicine (N = 23), psihijatrijske medicine (N = 14), odjelu za dijalizu (N = 14) , pedijatriji (N = 10) te ordinacijama opće medicine (N = 10). Ostali odjeli i ustanove zastupljeni su s manje od 10 sudionika po jedinici. Od cijelog uzorka, samo 20.4 % sudionika ima organiziranu superviziju i od toga ih svega 10 % redovito pohađa. Svi su sudionici ispunili upitnik u cijelosti.

### *3.2. Instrument*

Za potrebe istraživanja sastavljena je anketa koja je sadržavala sociodemografska pitanja, Upitnik samosuosjećanja (Neff, 2003), ProQOL 5 upitnik (Stamm, 2010), Skalu socijalne podrške na poslu i u obitelji (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016) i podljestvicu Emocionalne negativnosti preuzetu iz BFI-2 ljestvice osobina ličnosti (Soto i John, 2017).

Kroz sociodemografska pitanja prikupljeni su podaci o rodu, dobi, razini obrazovanja i bračnom statusu. Uz to, sudionici su dali informacije o odjelu na kojem rade, godinama staža, postoji li redovita supervizija i pohađaju li je redovito.

#### *3.2.1. Upitnik samosuosjećanja (Self-Compassion Scale - SCS, Neff, 2003)*

Upitnik samosuosjećanja sastoji se od 26 tvrdnji koje govore o tipičnom ponašanju prema samom sebi u teškim vremenima. Odabirom broja od 1 (gotovo nikada) do 5 (gotovo uvijek) sudionik izražava svoje slaganje s pojedinom tvrdnjom. Primjer tvrdnje koja se odnosi na

brižnost prema samom sebi jest: „Pokušavam biti pun/puna ljubavi prema sebi kada osjećam emocionalnu bol". Odgovori se mogu promatrati u kontekstu cijele ljestvice, a mogu se izraziti i preko šest podljestvica, odnosno faktora. Radi se o istim faktorima koji su objašnjeni u uvodu u terminima suprotnosti, a to su: razumijevanje samog sebe (5 čestica), samokritičnost (5 čestica), smatranje vlastitih iskustava dijelom ljudskih iskustava, izoliranje, *mindfulness* i pretjerana identifikacija (svaka po 4 čestice).

Ukupna razina samosuosjećanja dobiva se sumom svih aritmetičkih sredina odgovora na čestice po faktorima (nakon rekodiranja tri negativno usmjerena faktora: izoliranje, samokritičnost i pretjerana identifikacija). Može se izraziti i pojedinačno za svaki od šest faktora s pripadajućom aritmetičkom sredinom. Konačan rezultat u ovom istraživanju formiran je u ukupnom obliku, odnosno uzimanjem zbroja svih aritmetičkih sredina faktora. Što je viši rezultat, veća je i razina samosuosjećanja. Provedbom test-retest analize pouzdanosti, autorica skale dobila je visok koeficijent pouzdanosti od .93 (Neff, 2003). Skala je već primjenjivana na hrvatskom uzorku gdje su dobiveni zadovoljavajući Cronbach alfa koeficijenti pouzdanosti od .89 (Lazanski, 2015). Za potrebe ovog istraživanja, skala je prevedena metodom dvostrukog prijevoda i dobiven je koeficijent pouzdanosti od .87 što se smatra zadovoljavajućim za nastavak analiza.

### *3.2.2. Profesionalna kvaliteta života (Professional Quality of Life Questionnaire – ProQOL 5, Stamm, 2010)*

Najčešća mjera zamora suosjećanja svakako je Skala profesionalne kvalitete života, odnosno ProQOL-5. Konstruirana je kako bi izmjerila profesionalnu kvalitetu života u tri domene: sekundarni traumatski stres, sagorijevanje i zadovoljstvo zbog suosjećanja. U prošlim verzijama ProQOL-a, domena sekundarnog traumatskog stresa samostalno se nazivala zamorom suosjećanja, a u posljednjoj je verziji taj odnos jasnije definiran, iako neka istraživanja i dalje koriste naziv zamor umjesto STS-a. Skala ima 30 tvrdnji, za svaku domenu po 10, a rezultat se računa sumiranjem odgovora na ljestvici 1 (nikad) do 5 (jako često) zasebno za svaki faktor. Zadovoljstvo suosjećanjem ispituje se pomoću tvrdnji poput: „Osjećam zadovoljstvo pomažući drugima", tvrdnja karakteristična za STS bi bila: „Mislim da je na mene možda utjecao traumatski stres mojih pacijenata", a za sagorijevanje: „Osjećam se istrošeno zbog svojeg posla". Teorijski raspon za pojedini konstrukt kreće se od 10 do 50, a veći rezultat ukazuje na izraženije simptome. Ne postoji jedinstveni rezultat koji ukazuje na zamor suosjećanja, već se promatra rezultat odvojeno za sagorijevanje i za STS.

Pouzdanost ljestvice validirana je u više od 4200 radova, a vrijednosti koeficijenta Cronbach alfa iz priručnika instrumenta iznose .88 za zadovoljstvo suosjećanjem, .81 za STS i .75 za sagorijevanje (Stamm, 2010), a zadovoljavajuće razine postignute su i u ovom istraživanju. Cronbachov alfa koeficijent iznosio je .90 za ljestvicu zadovoljstva suosjećanjem, te .80 za ljestvice i sagorijevanja i STS-a.

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

Ova je skala konstruirana upravo da bi se ispitala instrumentalna i emocionalna podrška koju medicinske sestre percipiraju iz četiri izvora socijalne podrške: od nadređene osobe, kolega, obitelji i partnera. Svaki od navedenih izvora podrške ispituje se s 9 čestica, pa tako ukupna skala broji 36 čestica. Čestice su iste za svaku skalu, samo prilagođene izvoru podrške. Primjer za česticu percipirane socijalne podrške od nadređenog bila bi: „Moj nadređeni prepoznaje kada dobro obavim posao". Sudionik izražava svoje slaganje s pojedinim tvrdnjama na ljestvici od 1 (uopće se ne slažem) do 7 (u potpunosti se slažem). U svakom je setu pitanja njih pet formulirano afirmativno, a četiri u suprotnom smjeru. Nakon rekodiranja negativno usmjerenih tvrdnji, rezultat se formira kao aritmetička sredina odgovora na pitanja svake podljestvice. Što je veći prosječni odgovor sudionika na pojedinoj ljestvici, veća je i percipirana socijalna podrška tog izvora.

Valja napomenuti da instrument daje informaciju isključivo o razini percipirane instrumentalne i emocionalne socijalne podrške, ne i o zadovoljstvu tom istom podrškom. Skala je konstruirana i validirana na hrvatskom uzorku te imaju zadovoljavajuću faktorsku strukturu (Šimunić, Gregov i Proroković, 2016). Pouzdanost skale u izvornom istraživanju izražena u Cronbach alfa koeficijentu iznosila je .86 za podršku nadređenog, .85 za radne kolege, .87 za druge članove obitelji i bliske osobe te .85 za partnera. Slično tome, u ovom su radu tri skale imale istu pouzdanost od .86 (nadređeni, partner i obitelj), a skala podrške od kolega je imala koeficijent .81.

### *3.2.4. Negativna emocionalnost*

Za dobivanje podataka o sklonosti doživljavanja negativnih emocija korištena je skala negativne emocionalnosti iz Petofaktorskog upitnika ličnosti 2 (Big Five Inventory, BFI-2, Soto i John, 2017). Skala je prevedena u sklopu kolegija Procjena i mjerenje ličnosti na Hrvatskim studijima. Bazira se na petfaktorskom modelu ličnosti čije su dimenzije: savjesnost, ugodnost, ekstraverzija, otvorenost i negativna emocionalnost. Svaka dimenzija je zastupljena s 12

čestica, a u ovom istraživanju se koristila samo skala koja se odnosi na negativnu emocionalnost. Zadatak je sudionika da odrede u kojoj se mjeri slažu ili ne slažu da se pojedine tvrdnje odnose na njih na Likertovoj skali od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Konačna razina negativne emocionalnosti računa se sumom čestica nakon rekodiranja. Viši rezultat ukazuje na višu razinu negativne emocionalnosti. Rezultat svakog sudionika može se proučavati i na razini triju faceta, to su: anksioznost, depresivnost i emocionalna volatilnost. Primjer čestice za facetu anksioznosti bio bi: „smatram da sam osoba koja je opuštena, dobro se nosi sa stresom", za facetu depresivnosti: „smatram da sam osoba koja ostaje optimistična nakon suočavanja s preprekom" i za facetu emocionalne volatilnosti: „smatram da sam osoba koja je promjenjivog raspoloženja". Pouzdanost skale negativne emocionalnosti u istraživanju Soto i John (2017) izražena Cronbach alfa koeficijentom iznosila je .85, a u trenutnom radu .83 što se smatra dobrom pouzdanošću.

### *3.3. Postupak*

Istraživanje je provedeno *online* u svibnju 2020. godine. Budući da su podaci prikupljeni tijekom prvog vala pandemije COVID-19 te pristupanje sudionicima uživo na radnom mjestu nije bilo moguće, regrutirani su isključivo preko poznanika metodom snježne grude i društvenih mreža, u najvećoj mjeri u grupi na Facebooku koja okuplja medicinske sestre i tehničare. Prije sudjelovanja sudionici su informirani o svrsi istraživanja. S obzirom na to da je *Google forms* obrazac postavljen u veliku grupu medicinskih sestara i tehničara, članovi su zamoljeni da ispunjavaju anketu isključivo ukoliko trenutno rade na poziciji medicinske sestre ili tehničara te su morali obavezno napisati odjel s kojeg dolaze. U uputi je također naglašeno da je njihovo sudjelovanje anonimno, dobrovoljno i u svakom trenutku mogu odustati od istraživanja. Nakon što su dali svoj pristanak, pristupili su ispunjavanju cijele ankete. Prije svakog upitnika sudionicima je dana uputa na koji se način ispunjava, a nakon ispunjavanja mogli su odgovorom na otvoreno pitanje ostaviti komentar na anketu, prijedlog za poboljšanje i vidjeti podatke istraživača, kojem su se mogli obratiti u slučaju bilo kakvih dodatnih pitanja.

## 4. Rezultati

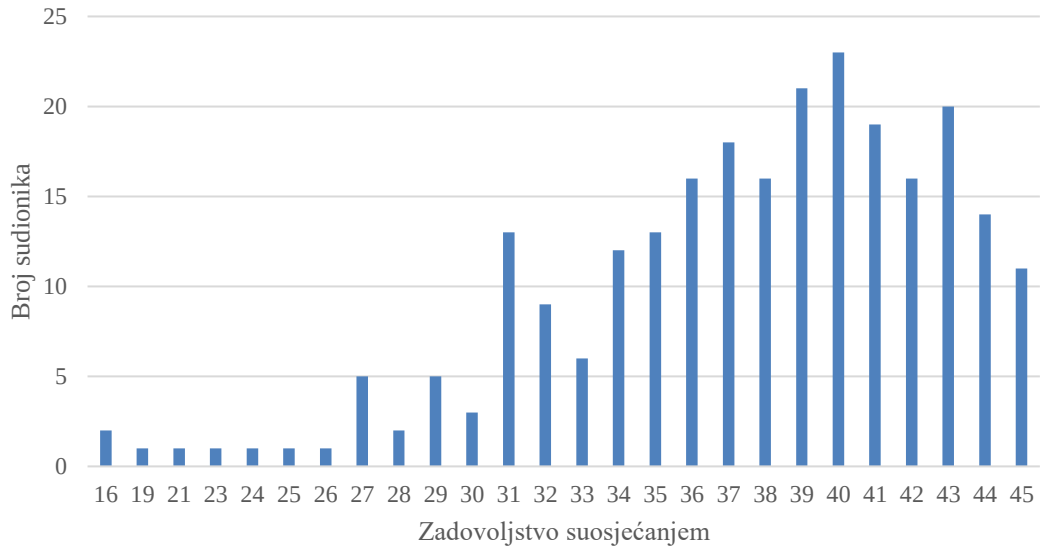
Kako bi se odgovorilo na postavljene probleme ovog istraživanja, nakon prikupljanja podataka provedeno je nekoliko analiza. Prvo će se izložiti utvrđeni deskriptivni podatci kroz tablicu 1 i tri grafička prikaza raspodjele rezultata sudionika na ProQOL domenama. Zatim će se predstaviti rezultati hijerarhijske analize svake od domena s pripadajućim prediktorima.

Tablica 1. *Deskriptivni podatci rezultata profesionalne kvalitete života, samosuosjećanja, negativne emocionalnosti i percipirane socijalne podrške (N=250).*

| | | | | | Asimetrija | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *min* | *max* | *M* | *SD* | koeficijent | standardna pogreška | *K-S* |
| Zadovoljstvo suosjećanjem | 16 | 45 | 37.44 | 5.399 | -1.080 | 1.632 | .111** |
| STS | 10 | 47 | 24.21 | 6.045 | .507 | .154 | .088** |
| Sagorijevanje | 12 | 44 | 24.23 | 6.124 | .207 | .154 | .063* |
| Samosuosjećanje | 8.05 | 27.20 | 19.15 | 3.138 | -.090 | .154 | .048 |
| Negativna emocionalnost | 18 | 59 | 33.64 | 7.839 | .339 | .154 | .068* |
| Podrška obitelji | 1.33 | 7 | 5.33 | 1.201 | -.392 | .154 | .108** |
| Podrška partnera | 1.78 | 7 | 5.47 | 1.264 | -.755 | .168 | .112** |
| Podrška kolege | 1.11 | 7 | 4.95 | 1.099 | -.024 | .154 | .093** |
| Podrška nadređenog | 1 | 7 | 4.63 | 1.256 | .014 | .154 | .083** |

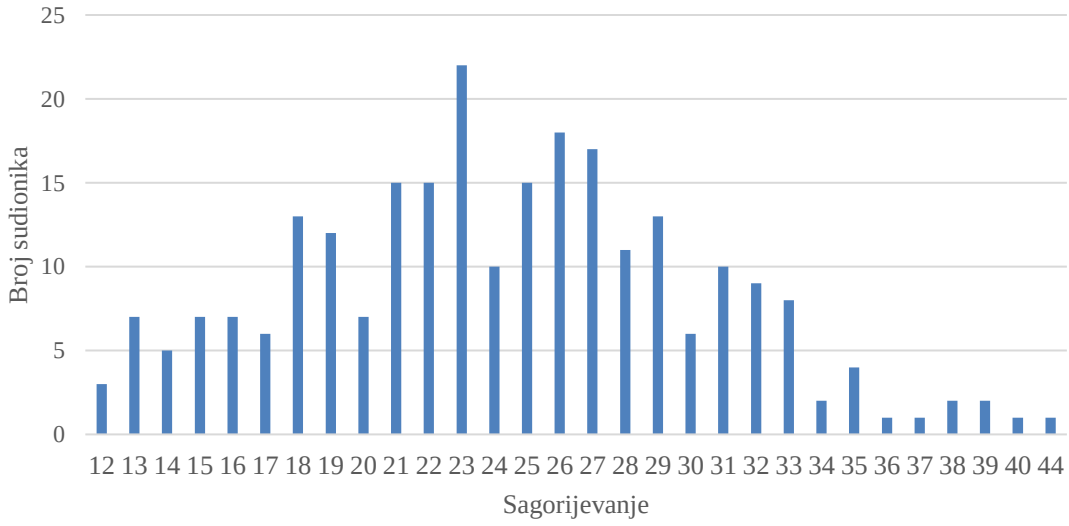
Napomena: STS – sekundarni traumatski stres, K-S – Kolmogorov Smirnov test normalnosti; *p < 0,05; **p < 0,001

U tablici 1. prikazani su deskriptivni podaci rezultata korištenih varijabli. Medicinske sestre u ovom istraživanju imaju izraženije zadovoljstvo suosjećanjem ($M$ = 37.44, $SD$ = 5.399) od sagorijevanja i samosuosjećanja, čije su vrijednosti i raspršenja približno jednake ($M_{\text{sagorijevanje}}$ = 24.23, $SD$ = 6.124; $M_{STS}$ = 24.21, $SD$ = 6.045). Rezultat na ljestvicama ovog instrumenta detaljnije će se obrazložiti kroz grafičke prikaze 2., 3. i 4.



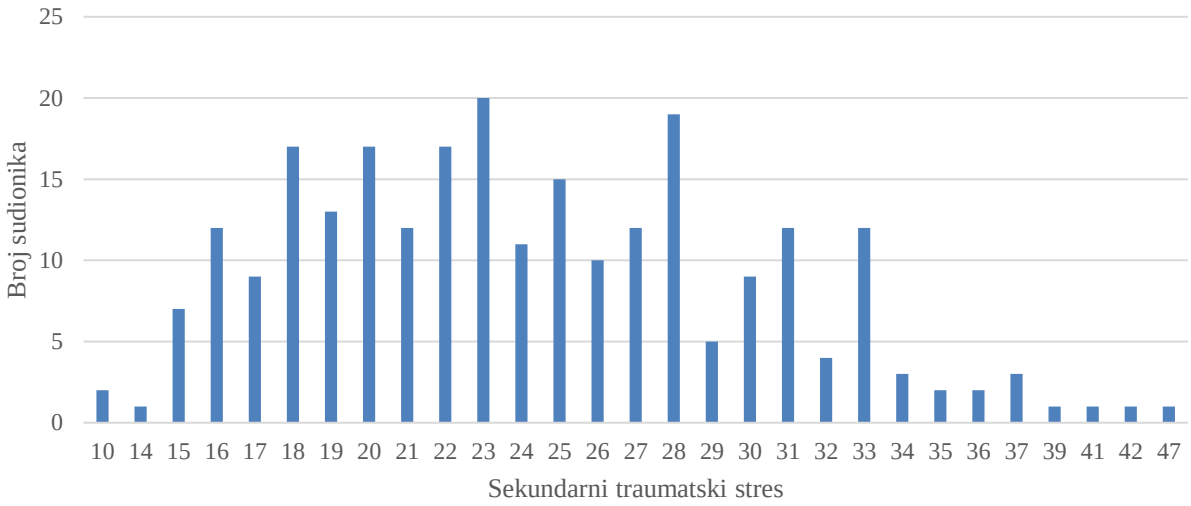

Grafički prikaz 2. *Raspodjela rezultata sudionika na ProQOL-5 ljestvici zadovoljstva suosjećanjem.*

Prema ProQOL-5 priručniku, sve vrijednosti koje su niže od 22 na ljestvici zadovoljstva suosjećanjem ukazuju na potencijalan problem u radu ili na to da osoba jednostavno pronalazi više zadovoljstva u drugim aktivnostima u životu, dok ga iz profesionalnog aspekta ne dobiva. Vrijednosti iznad 42 smatraju se visokim, a između 23 i 41 umjerenim rezultatom. U ovom su uzorku vrijednosti bliže gornjoj granici, a prema službenoj kategorizaciji spadaju u umjereno zadovoljstvo suosjećanjem. Autori skale preporučaju da se provjere norme za svaki uzorak zasebno, konkretno, da se odredi prijelomna točka na 25. i 75. centilu. Čak i s tim granicama, zadovoljstvo suosjećanjem je umjereno. Ti su rezultati u suglasju s koeficijentima negativne asimetričnosti distribucije zadovoljstva suosjećanjem (vidi tablicu 1).




Grafički prikaz 3. *Raspodjela rezultata sudionika na ProQOL-5 ljestvici sagorijevanja*.

Rezultati na ljestvici sagorijevanja upućuju na to da se sudionici nalaze u umjerenom sagorijevanju. Vrijednosti ispod 22 upućuju na pozitivne osjećaje o svojem poslu, a iznad 42 upućuju na osjećaje neučinkovitosti i iscrpljenosti na poslu.




Grafički prikaz 4. *Raspodjela rezultata sudionika na ProQOL-5 ljestvici sekundarnog traumatskog stresa.*

Raspodjela rezultata STS-a također odudara od normalnosti. Polovina uzorka nalazi se unutar granica 21-28, što također upućuje na umjerenu razinu STS-a. Granice kategorija jednake su kao i za ostale domene.

Percipirana podrška od obitelji i partnera nešto je viša od one kolega i nadređenog, te je prema distribuciji primjetno negativno usmjerenje, odnosno povećane vrijednosti u uzorku. Prema testu normalnosti Kolmogorov-Smirnov, raspodjele svih varijabli odudaraju od normalne, osim za varijablu samosuosjećanja. Kada se testiraju z-vrijednosti asimetrije raspodjele, jedina varijabla koja se ne nalazi unutar granica značajnosti, čak ni one najšire od $z < 3{,}29$, je zadovoljstvo suosjećanjem sa svojom pozitivnom raspodjelom. Unatoč tome, pristupit će se daljnjoj obradi podataka parametrijskim postupcima budući da se radi o jednoj varijabli, ali i velikom uzorku gdje su koeficijenti distribucija osjetljiviji na devijacije od normaliteta (Howell, 2010).

Tablica 2. *Povezanost profesionalne kvalitete života, samosuosjećanja, negativne emocionalnosti, percipirane socijalne podrške ovisno o izvoru te radnog staža i dobi.*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dob | 1 | .976** | .029 | .195** | .067 | -.051 | -.012 | -.088 | -.293** | -.128* | -.050 |
| 2. Staž | | 1 | .019 | .194** | .072 | -.064 | -.006 | -.102 | -.303** | -.123 | -.037 |
| 3. Samosuosjećanje | | | 1 | -.388** | -.512** | .360** | -.672** | .327** | .250** | .293** | .192** |
| 4. Sekundarni traumatski stres | | | | 1 | .588** | -.246** | .448** | -.303** | -.234** | -.270** | -.267** |
| 5. Sagorijevanje | | | | | 1 | -.655** | .506** | -.401** | -.261** | -.321** | -.435** |
| 6. Zadovoljstvo suosjećanjem | | | | | | 1 | -.304** | .367** | .290** | .160* | .302** |
| 7. Negativna emocionalnost | | | | | | | 1 | -.387** | -.330** | -.355** | -.196** |
| 8. Podrška obitelji | | | | | | | | 1 | .403** | .388** | .246** |
| 9. Podrška partnera | | | | | | | | | 1 | .222** | .190** |
| 10. Podrška kolega | | | | | | | | | | 1 | .356** |
| 11. Podrška nadređenog | | | | | | | | | | | 1 |

Napomena: * p < 0.05, ** p < 0.01.

Glavni predmet ovog istraživanja, domene profesionalne kvalitete života, statistički su značajno povezane sa samosuosjećanjem, negativnom emocionalnošću i percipiranom socijalnom podrškom. Prije svega, domene su međusobno povezane na način da sagorijevanje pokazuje najveću povezanost sa zadovoljstvom suosjećanjem i to statistički značajnu, umjereno visoku negativnog smjera ($r$ = -.655), a sa STS-om statistički značajnu pozitivnu ($r$ = .588). Zadovoljstvo suosjećanjem i STS pokazuju nisku, statistički značajnu povezanost ($r$ = -.246).

Sagorijevanje je statistički značajno negativno povezano s podrškom koju medicinske sestre dobivaju od nadređenog ($r$ = -.435), partnera ($r$ = -.401), kolega ($r$ = -.321) i partnera ($r$ = -.261). Medicinske sestre s višom razinom sagorijevanja imale su i više rezultate na skali negativne emocionalnosti ($r$ = .506), dok su na skali samosuosjećanja imale niže vrijednosti ($r$ = -.512).

Slično kao i sagorijevanje, sestre s visokom razinom STS-a pokazivale su i veću negativnu emocionalnost ($r$ = .448) te manje suosjećanja prema sebi ($r$ = -.388). Za razliku od sagorijevanja i zadovoljstva suosjećanjem, dob i staž su pokazali statistički značajnu povezanost sa STS-om, iako nisku ($r_{staž}$ = .194, $r_{dob}$ = .195). U pogledu percipirane socijalne podrške, sestre koje osjećaju veći STS imale su niže vrijednosti socijalne podrške dobivene od obitelji ($r$ = -.303), kolega ($r$ = -.270), nadređenog ($r$ = -.267) i partnera ($r$ = -.234).

Osim s drugim domenama, zadovoljstvo suosjećanjem statistički je značajno povezano sa samosuosjećanjem ($r$ = .360). Također je značajno povezano sa svim izvorima podrške, najviše sa podrškom obitelji ($r$ = .367). Dobivena je i statistički značajna negativna povezanost s negativnom emocionalnošću ($r$ = -.304). Sestre koje imaju više izraženu pozitivnu

komponentu suosjećanja ostvarile su veće rezultate na mjerama samosuosjećanja, socijalne podrške, a niže na negativnoj emocionalnosti.

Nakon uvida u deskriptivne podatke i povezanosti, pristupilo se daljnjoj obradi rezultata. S obzirom na dosadašnje empirijske spoznaje i teorijska očekivanja, cilj je bio ispitati doprinos samosuosjećanja u objašnjavanju profesionalne kvalitete života u odnosu na ostale konstrukte. Budući da se radi o većem broju prediktora, prije provedbe istraživanja usmjerila se pažnja na veličinu uzorka potrebnu za dokazivanje određene veličine efekta i broja prediktora koji se može upotrijebiti. Za kriterij je uzeto parsimonično Greenovo pravilo (1991, prema Fields) koje kaže da za testiranje djelovanja individualnih prediktora u modelu broj sudionika mora biti veći od 104+*k*, gdje *k* označava broj prediktora. Pošto je u ovom istraživanju ukupno sudjelovalo 250 sudionika, omogućeno je daljnje provođenje analiza sa željenim brojem prediktora od šest do osam po modelu.

Primijenjena je hijerarhijska regresijska analiza za svaku domenu profesionalne kvalitete života zasebno. U te tri analize sagorijevanje, STS i zadovoljstvo suosjećanjem su kriterijske varijable, a setovi prediktorskih varijabli i njihov redoslijed ulaska u analizu se razlikuje za svaki kriterij. Blokovi su formirani s obzirom na prijašnja istraživanja i teorijske pretpostavke. Zbog izbjegavanja multikolinearnosti i narušavanja uvjeta za regresijsku analizu, u prediktorski blok STS-a, nisu uvršteni dob i staž, iako istraživanja navode da su oba snažni prediktori, već samo dob koja je imala neznatno višu korelaciju od staža s kriterijem, a sa stažem je korelirala gotovo potpuno ($r$ = .976).

Tablica 3. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa samosuosjećanja, socijalne podrške i negativne emocionalnosti na sekundarni traumatski stres (n=210).*

| | Sekundarni traumatski stres | | |
|---|---|---|---|
| | 1. korak | 2. korak | 3. korak |
| Prediktori | *β* | *β* | *β* |
| Dob | .183** | .173* | .175* |
| Zadovoljstvo suosjećanjem | -.095 | -.043 | -.029 |
| Negativna emocionalnost | .443** | .411** | .351** |
| Podrška obitelji | | -.101 | -.102 |
| Podrška partnera | | .022 | .023 |
| Podrška kolega | | .006 | .012 |
| Podrška nadređenog | | -.096 | -.098 |
| Samosuosjećanje | | | -.099 |
| $R^2$ | .269** | .285 | .291 |
| $R^2adj.$ | .258 | .261 | .262 |
| $\Delta R^2$ | .269 | .016 | .005 |
| $F$ | 25.272** | 11.529** | 10.295** |

Napomena: * p < 0.05, ** p < 0.001.

U hijerarhijskoj regresijskoj analizi STS-a u prvom se bloku nalaze dob, zadovoljstvo suosjećanjem i negativna emocionalnost kao prediktori koji se odnose na individualne karakteristike, a pokazuju u ovom i dosadašnjim istraživanjima najveću povezanost. U drugom bloku smještene su varijable socijalne podrške s obzirom na izvor te u posljednjem samosuosjećanje. Unutar prvog bloka negativna emocionalnost se pokazala najboljim prediktorom ($\beta$ = .443, $p$ < .001), dok je dob nešto slabiji, ali i dalje značajan prediktor ($\beta$ = .183, $p$ < .001). Suprotno očekivanjima, zadovoljstvo suosjećanjem nije pokazalo značaj u predviđanju STS-a. Navedene varijable objašnjavaju ukupno 26.9 % varijance STS-a. Dob i negativna emocionalnost ostaju značajni prediktori u svim koracima, dok socijalna podrška i samosuosjećanje ne pokazuju značajnost.

Tablica 4. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa samosuosjećanja, socijalne podrške i negativne emocionalnosti na sagorijevanje (n=210).*

| | Sagorijevanje | | |
|---|---|---|---|
| | 1. korak | 2. korak | 3. korak |
| Prediktori | *β* | *β* | *β* |
| Zadovoljstvo suosjećanjem | -.552*** | -.498*** | -.480*** |
| Negativna emocionalnost | .357*** | .322*** | .244*** |
| Podrška obitelji | | -.056 | -.057 |
| Podrška partnera | | .051 | .051 |
| Podrška kolega | | -.027 | -.020 |
| Podrška nadređenog | | -.171*** | -.173*** |
| Samosuosjećanje | | | -.127* |
| $R^2$ | .557*** | .591** | .599* |
| $R^2adj.$ | .553 | .579 | .585* |
| $\Delta R^2$ | .557*** | .034** | .009* |
| $F$ | 130.091*** | 48.812*** | 43.130*** |

Napomena: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001.

U analizama sagorijevanja i zadovoljstva suosjećanjem nema varijabli dobi i radnog staža budući da nisu značajno korelirale s kriterijem. Setovi su formirani na način da su u prvom koraku analizirane varijable s najvišom povezanosti s kriterijem, zatim socijalna podrška i za kraj odnos prema sebi samom, odnosno samosuosjećanje. U prvom koraku ove analize zadovoljstvo suosjećanjem i negativna emocionalnost objasnili su 55.7 % varijance sagorijevanja. Ulaskom varijabli socijalne podrške u analizu objašnjeno je dodatnih 3.4 % varijance, od toga se podrška nadređenog izdvojila kao značajan prediktor od ostalih izvora. Konačno, u zadnjem koraku suosjećanje je objasnilo dodatnih 0.9 % varijance što se također pokazalo značajnim. Cjelokupan model objašnjava 59.9 % rezultata sagorijevanja ($F$ = 43.13,

$p < .001$). Beta koeficijenti pokazuju tendenciju smanjivanja ulaskom pojedinih setova u analizu, ali nijedan prediktor ne gubi na značajnosti.

Tablica 5. *Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa samosuosjećanja, socijalne podrške i negativne emocionalnosti na zadovoljstvo suosjećanjem (n=210).*

| | Zadovoljstvo suosjećanjem | | |
|---|---|---|---|
| | 1. korak | 2. korak | 3. korak |
| Prediktori | *β* | *β* | *β* |
| Negativna emocionalnost | -.316*** | -.177* | -.051 |
| Podrška obitelji | | .300*** | .292*** |
| Podrška partnera | | .099 | .096 |
| Podrška kolega | | -.131 | -.138 |
| Podrška nadređenog | | .220*** | .218*** |
| Samosuosjećanje | | | .197* |
| $R^2$ | .100*** | .251*** | .272* |
| $R^2adj.$ | .096*** | .233*** | .251* |
| $\Delta R^2$ | .100*** | .151*** | .021* |
| *F* | 23.143*** | 13.664*** | 12.643* |

Posljednja hijerarhijska analiza odnosi se na zadovoljstvo suosjećanjem i provedena je pomoću tri koraka i šest prediktora. U prvom se koraku nalazi negativna emocionalnost koja objašnjava 10 % rezultata zadovoljstva suosjećanjem. Povrh toga, socijalna podrška objašnjava dodatnih 15 % sa podrškom obitelji i nadređenog, dok suosjećanje dodaje inkrement od 2.1 % varijance u zadnjem koraku. Ukupno je objašnjeno 25.1 % varijance kriterija. Kada se promotre standardizirani koeficijenti, može se uočiti pad značajnosti negativne emocionalnosti iz prvog koraka u odnosu na drugi te gubitak značajnosti u trećem koraku. Takvo kretanje beta koeficijenata upućuje na medijacijski efekt samosuosjećanja na odnos između negativne emocionalnosti i zadovoljstva suosjećanjem. Negativna emocionalnost i samosuosjećanjem pokazali su i umjereno visoku korelaciju što je jedan od preduvjeta da se samosuosjećanje proglasi medijatorom. Kako bi se testirala značajnost promjene koeficijenata koristio se Sobelov test značajnosti koji je potvrdio prisutnost medijacijskog efekta ($z = 3.46$, $SE = 0.038$ uz $p < 0.001$).

Provedbom ovih triju analiza zaključeno je da se STS može predvidjeti s obzirom na negativnu emocionalnost i dob, sagorijevanje putem zadovoljstva suosjećanjem, negativne emocionalnosti, podrške nadređenog i samosuosjećanja, a zadovoljstvo putem podrške obitelji i kolega te negativne emocionalnosti uz posredujuće djelovanje samosuosjećanja.

## 5. Rasprava

Stresne situacije mogu se doživjeti na velikom broju radnih mjesta, no neosporivo je da se djelatnici u zdravstvenom sustavu, hitnim službama i drugim pomagačkim zanimanjima svakodnevno susreću s njima. Ne samo da su izloženi situacijama koje njima samima mogu biti izazovne i stresne, nego i sa reakcijama osoba kojima pomažu što se odražava na njihovu profesionalnu kvalitetu života. Fokus ovog istraživanja bila je profesionalna kvaliteta života hrvatskih medicinskih sestara, intenzitet njenih domena i faktori koji utječu na nju. S obzirom na to da do sada nije provedeno istraživanje na hrvatskom uzorku, želio se provjeriti odnos zamora i zadovoljstva suosjećanjem s najčešće proučavanim konstruktima u literaturi: dobi, stažem, osobinama ličnosti (konkretno negativnom emocionalnošću) i socijalnom podrškom od obitelji i iz poslovnog okruženja. Uz te konstrukte, željela se provjeriti i povezanost samosuosjećanja kao konstrukta uz koji se veže rastuća literatura o blagodatnom djelovanju na vlastite emocionalne kapacitete.

### *5.1. Zamor i zadovoljstvo životom u kontekstu medicinskih sestara hrvatskog zdravstvenog sustava*

Kako bi se utvrdila razina ProQOL domena u ovom uzorku, nakon obrade podataka vrijednosti su uspoređene s normama iz priručnika mjernog instrumenta, ali i konstruiranim normama na osnovi prijelomnih točaka od 25. centila, odnosno 75. centila. U oba je slučaja dobiveno da medicinske sestre osjećaju sve tri pojave u umjerenom intenzitetu. Zadovoljstvo suosjećanjem imalo je nešto višu prosječnu vrijednost i tendenciju rasta, no i dalje se smjestilo u kategoriju umjerenog intenziteta. Slično tome, sagorijevanje i STS su također umjerenog intenziteta, no postoje i sudionici koji su ostvarili iznimno visoke rezultate, bliske maksimalnoj vrijednosti na svakoj od ljestvica što se ne bi smjelo olako shvatiti. Takve su vrijednosti povezane s većim rizikom od razvoja apatije prema radu, osjećajem manje vrijednosti, pojavom strahova, poteškoćama sa spavanjem i ostalim simptomima zamora (Stamm, 2010).

Dobiveni rezultati ne odstupaju od očekivanja postavljenih na početku samog istraživanja, odnosno prve hipoteze. Budući da se prevalencije zamora i zadovoljstva razlikuju od ustanove do ustanove, odnosno uzorka do uzorka, nije očekivan visok rezultat ni na jednoj od domena, pogotovo zbog heterogenosti ovog uzorka. Naime, najčešći nacrti istraživanja zamora osmišljeni su na način da se uspoređuju dva odjela ili da se ispituje zamor samo na uzorku sestara jednog odjela ili jedne bolnice. Zbog specifičnosti razdoblja u kojem se istraživanje provodilo i njegove *online* forme, u istraživanje su uključene sestre s raznih odjela,

bolnica i ustanova. Moguće je da se zbog specifičnosti pojedinih odjela ili bolnica rezultat svake domene približio određenom grupnom prosjeku koji možda ne odgovara zamoru i zadovoljstvu koji osjećaju sestre s primjerice onkoloških, psihijatrijskih ili intenzivnih odjela za koje se u literaturi spominju iznimno visoke vrijednosti zamora. Za buduća se istraživanja svakako preporuča homogenizacija uzorka. Smatra se da je iz istog razloga, promatranja raznolikih odjela, dobiveno da zadovoljstvo suosjećanjem statistički značajno negativno korelira sa sagorijevanjem i sekundarnim traumatskim stresom. Pojedina istraživanja napominju da postoje odjeli u kojima su navedene vrijednosti u pozitivnom odnosu, bilo niskog ili visokog intenziteta, zbog specifične problematike i karakteristika zdravstvenog stanja pacijenata. Primjerice, rad u pedijatrijskoj intenzivnoj jedinici može biti iznimno stresan, ali istovremeno i nagrađujući. Prije generalizacije rezultata na sve ustanove i područja, bilo bi dobro ispitati vrijednosti za pojedine odjele i odnos domena.

Uzimajući u obzir prethodna istraživanja, očekivana je značajna povezanost dobi i staža sa svim domenama kvalitete života, no ta hipoteza nije potvrđena u cijelosti. U ovom istraživanju staž i dob ne koreliraju značajno sa sagorijevanjem i zadovoljstvom suosjećanja. Suprotno drugim istraživanjima (Al-Majid i suradnici, 2018, prema Ortega-Campos i sur., 2019, Berger i sur., 2015, Hunsaker i sur., 2015, prema Sinclair i sur., 2017; Mohsin, Shahed i Sohail, 2017; Ortega-Campos i sur., 2019; Severn i sur., 2012; Yu i sur., 2016, prema Cavanagh i sur., 2019), nije dobiveno niti da su mlađe, potencijalno neiskusnije sestre sklonije sagorijevanju niti da su starije uslijed vremena postale iscrpljenije. Također nije dobiven ni rezultat koji bi potvrdio hipoteze drugih autora da su sestre starije životne dobi razvile neku vrstu obrane od stresora i da je zadovoljstvo zastupljenije u starijoj dobi (Hunsaker i sur., 2015; Jang, Kim i Kim, 2016). Takvi rezultati u skladu su s radovima koji nisu pronašli značajne povezanosti između sociodemografskih podataka i zadovoljstva i sagorijevanja (Sinclair i sur., 2017), ali i u skladu s ProQOL-5 priručnikom (Stamm, 2010). Pronađena je statistički značajna niska povezanost između dobi, staža i STS-a koja upućuje na to da su starije sestre s duljim stažem u nekoj mjeri sklonije tom negativnom aspektu pomaganja. Autori ovog rada u objašnjavanju odnosa dobi i staža s profesionalnom kvalitetom života skloniji su objašnjenju da dolazi do neformalne selekcije na radnom mjestu. Sestre koje osjećaju velik zamor, a malo zadovoljstvo, sklonije su promijeniti radno mjesto, odnosno karijeru tako da se podaci starijih sestara moraju s oprezom interpretirati jer su to vjerojatno one sestre koje se možda uspješnije nose sa stresorima radnog mjesta. Taj bi se odnos mogao jasnije ispitati longitudinalnim istraživanjem kako bi se kretanje vrijednosti zamora i zadovoljstva sestara pratilo tijekom određenog vremena, a pogotovo u slučajevima napuštanja radnog mjesta.

Korelacijska analiza potvrdila je hipotezu da je viši zamor povezan sa nižom socijalnom podrškom od obitelji i na poslu, a veće zadovoljstvo s većom podrškom. Takvi rezultati sukladni su s onima Mohsina, Shaheda i Salila (2017) koji navode visoku povezanost socijalne podrške svih izvora sa pozitivnim osjećajima prema poslu. Općenito gledano, u ovom su uzorku vrijednosti podrške od obitelji i partnera nešto više od one koju pružaju kolege i nadređeni. Zanimljiv je nalaz da socijalna podrška i u obitelji i na poslu kod medicinskih sestara pokazuje tendenciju pada s godinama i stažem. Moguće je da se taj trend u obitelji pojavljuje zbog svojevrsne desenzitizacije na situacije s kojima se medicinska sestra svakodnevno susreće, pa se smanjuje potreba za emocionalnom potporom od obitelji vezanom uz posao ili pak zbog njene želje da ne opterećuje obitelj i partnera s događajima na poslu. Budući da korištena skala daje informaciju samo o stupnju percipirane podrške, ali ne i o zadovoljstvu s njom, oba su obrazloženja moguća. Kako bi se saznalo koje više odgovara pravom stanju, bilo bi dobro ispitati i taj segment u daljnjim istraživanjima, po mogućnosti kvalitativnim, a zatim kvantitativnim putem.

Kao što je spomenuto u uvodnom dijelu, u ispitivanju ugodnih i neugodnih doživljaja na i prema radnom mjestu, važno je uzeti u obzir i uobičajen stupanj sklonosti emocijama, odnosno negativne emocionalnosti. Uvidom u povezanosti tog konstrukta i ProQOL domena, potvrdile su se početne hipoteze da su sestre koje su zadovoljnije suosjećanjem ujedno i manje negativno emocionalnije, a one koje osjećaju veći zamor, ujedno su sklonije osjećanju negativnih emocija. Ti su rezultati u skladu s istraživanjima Barra (2018), Măirean (2014), Yu, Jiang i Shena (2016) i Somoray i suradnika (2016). S obzirom na to da facete negativne emocionalnosti uključuju anksioznost, depresiju i emocionalnu volatilnost, ovaj nalaz ne iznenađuje budući da se te emocije uvelike odnose na simptomatologiju zamora i zadovoljstva. Također se potvrdila hipoteza da je suosjećanje koje pokazujemo drugima povezano i s onim koje dajemo sebi. Niže razine sagorijevanja i STS-a imale su one sestre s višom razinom samosuosjećanja, kao i one s većim zadovoljstvom suosjećanjem, istovjetno istraživanjima autora Beaumont, Durkin, Martin i Carson (2016) i Duarte i Pinto-Gouviea (2016). S obzirom na te rezultate, bilo bi dobro provjeriti odnos drugih osobina ličnosti s ProQOL dimenzijama, ali i emocionalne inteligencije, perfekcionizma i drugih individualnih čimbenika koji potencijalno djeluju na sagorijevanje i zadovoljstvo suosjećanjem.

Gledajući na to da je većina varijabli u određenoj mjeri pokazala značajnu povezanost s ProQOL domenama, pristupilo se hijerarhijskoj regresiji da se prikaže njihov pojedinačni doprinos zamoru, odnosno zadovoljstvu suosjećanjem. Samosuosjećanje je kao prediktor ulazilo u posljednjem koraku svake analize, upravo da se vidi njegov doprinos nakon što

socijalna podrška obitelji i na poslu, negativna emocionalnost i zadovoljstvo suosjećanjem objasne određeni dio varijance domena. Taj je redoslijed ulaska odabran s obzirom na prethodna istraživanja i njihovu recentnost, naime veza između samosuosjećanja i zamora i zadovoljstva manje je proučavana, dok se socijalna podrška, dob, staž i negativna emocionalnost (najčešće u vidu neuroticizma) uzimaju kao česti korelati ProQOL domena u istraživanjima.

Hijerarhijska regresijska analiza u kojoj je sekundarni traumatski stres bio kriterij pokazala je da se on može predvidjeti s obzirom na dob i negativnu emocionalnost sudionika, s time da je potonji bolji prediktor. Dobiven je sličan nalaz kao i kod Somoraya i suradnika (2016) gdje je emocionalna negativnost najbolji prediktor od svih organizacijskih i sociodemografskih faktora. Što se tiče dobi, s obzirom na to da je prema modelu profesionalne kvalitete života STS podložan utjecajima i traumama s radnog mjesta, ali i traumama iz osobnog života, moguće je da su povećanom STS-u sklonije starije osobe jer je veća vjerojatnost da su doživjele više traumatskih situacija kroz karijeru i život općenito. U tom su slučaju možda osobne karakteristike bolji prediktor od socijalnih i organizacijskih faktora. Neočekivano, niti socijalna podrška (iz bilo kojeg izvora) niti zadovoljstvo suosjećanjem i samosuosjećanje ne pokazuju značajnu ulogu u STS-u. Prema većini radova spomenutih u ovom istraživanju, zadovoljstvo suosjećanjem bi trebalo biti zaštitni faktor STS-a. Međutim, u ovoj analizi nije dobivena niti visoka povezanost ova dva konstrukta niti prediktorna moć jednog u objašnjavanju drugog što je prostor za dodatna istraživanja na tu temu.

Što se tiče ostalih domena, razinu sagorijevanja može predvidjeti zadovoljstvo suosjećanjem, negativna emocionalnost, podrška nadređenog i samosuosjećanje. Zadovoljstvo suosjećanjem očekivano je najsnažniji prediktor, a s dodatkom bloka socijalne podrške i negativne emocionalnosti u dva se koraka objašnjava 59.1 % varijance sagorijevanja. Ulaskom samosuosjećanja u analizu objasni se dodatan dio varijance, no on iznosi samo 0.9 % povrh dobivenog, iako značajno. Doima se da su sagorijevanju sklonije osobe koje ne pronalaze mnogo pozitivnih aspekata u svojem radu, osjećaju se tjeskobno, preopterećeno, sklonije su negativnim emocijama, bez podrške nadređenog su i ne pružaju sebi dovoljno suosjećanja ili pak nemaju dovoljno preostalog kapaciteta za to.

Podrška obitelji, partnera, kolega i nadređenih nije pokazala očekivano djelovanje na sagorijevanje i STS. Prema rezultatima istraživanja Abu Al Ruba (2004), Yu, Jiang i Shen (2016) te Hunsakera i suradnika (2015), očekivala se značajna prediktorna uloga svih oblika podrške na zamor i zadovoljstvo, posebice one vezane uz profesionalni aspekt. Dobivena je značajna uloga jedino podrške nadređenog u sagorijevanju te obitelji i nadređenog u zadovoljstvu suosjećanjem, što je samo djelomično u skladu s navedenim istraživanjima.

Neovisno o tome, rezultat da podrška nadređene osobe djeluje na zadovoljstvo i sagorijevanje važan je podatak koji povlači za sobom razne praktične implikacije kojima će se detaljnije baviti sljedeći odlomak. Nadređene osobe svojim primjerom i provođenjem organizacijske politike stvaraju radnu okolinu u kojoj pojedinac i njegovi kolege djeluju i kojoj se prilagođavaju te tako vjerojatno imaju veću ulogu u određivanju profesionalne kvalitete života.

Kao što je spomenuto, na posljednju domenu, zadovoljstvo suosjećanjem, djeluju podrška obitelji, podrška nadređenog i samosuosjećanje. Kao dodatna vrijednost analize, dobiven je i medijacijski efekt samosuosjećanja na odnos negativne emocionalnosti i zadovoljstva suosjećanjem. Podatci sugeriraju da ovisno o razini negativne emocionalnosti i samosuosjećanja, osoba može doživljavati svoj posao više ili manje pozitivno. Ukoliko osoba ima izraženu negativnu emocionalnost, njen stupanj zadovoljstva suosjećanjem ovisit će o izraženosti samosuosjećanja. Odnosno, suosjećanje sa samim sobom u teškim trenutcima i prihvaćanje nedostataka, unatoč sklonosti depresivnim i anksioznim mislima, može djelovati zaštitnički na pozitivne osjećaje prema pomaganju drugima. Može se povući paralela s istraživanjem Duarte i Pinto-Gouveia (2016) u kojem je također otkriven medijacijski efekt samosuosjećanja i to na odnos između empatije i profesionalne kvalitete života gdje se iznova potvrđuje da se pomagač prije pomaganja drugima mora pobrinuti za svoje osobne kapacitete davanja suosjećanja te znati prepoznati koji ga intenzitet rada dovodi u rizik za zamor. Medicinske sestre koje su samosuosjećajnije, odnosno ne izbjegavaju suočavanje s negativnim emocijama i objektivnije sagledavaju svoje nedostatke bez ruminiranja o svojim greškama, možda unatoč predisponiranim osobinama ličnosti mogu imati pozitivnije osjećaje prema sebi kao pomagaču i svojem radu. Takva interpretacija upućuje na to da je mijenjanjem svojeg samosuosjećanja moguće pozitivno djelovati na osjećaje prema svojoj okolini i time na svoju dobrobit. Budući da je cilj ovog rada primarno utvrditi razinu ProQOL domena, njihov odnos i pojedinačni doprinos varijabli u predviđanju, svakako se preporuča u budućnosti provesti istraživanje s naglaskom na medijacijski efekt samosuosjećanja i svake od domena.

### *5.2. Praktične implikacije istraživanja – promjene od vrha prema dnu*

Autorica Skale samosuosjećanja navodi da je samosuosjećanje sposobnost koju možemo razvijati kod sebe, ona može napredovati i fluktuirati te preporuča razne vježbe i *mindfulness* intervencije usmjerene posebno na pomagače (Neff, 2003). Primjerice, osmotjedno pilot istraživanje utjecaja *mindful* samosuosjećajnog treninga na zamor i zadovoljstvo suosjećanjem te otpornost pokazalo je da se kroz dvosatne radionice svaki tjedan, vrijednosti navedenih konstrukata značajno povisuju (Delaney, 2018). Slično tome, sestre koje su sudjelovale u

*mindfulness* meditacijama (u trajanju od dva i tri mjeseca) osjetile su pozitivne promjene na način da su im porasle razine suosjećanja prema drugima i percipirani stres (Mahon, Mee, Brett i Dowling, 2017). Autori ovog rada smatraju da empirijski dokazi ukazuju na to da je *mindfulness* ekonomičan i učinkovit način za prevenciju negativnih učinaka pomaganja na suosjećanje i da osobama daje vještine s koje mogu i same primjenjivati kasnije. Bilo bi dobro raditi na razvoju programa baziranih na tim spoznajama te ih implementirati u praksu s obzirom na to da je za njihovo provođenje potrebnija proaktivnost i podržavajuća organizacijska politika od samih resursa za njihovo provođenje.

U kontekstu karakteristika organizacije, u istraživanju je dobiveno da na profesionalnu kvalitetu života sestara djeluje i odnos s nadređenim i kolegama što spada u domenu organizacije u kojoj pojedinac radi. Podrška nadređenog može djelovati zaštitnički na razvoj sagorijevanja, a zajedno s podrškom obitelji, može značajno poboljšati pozitivne osjećaje prema poslu. Iako nije bio glavni fokus istraživanja, prikupljen je podatak da samo 20.4 % sestara ima organiziranu superviziju na radnom mjestu, a samo ih 10.4 % od onih koji imaju prilike pohađati, pohađa. Također se pokazalo da s dobi opada podrška koju sestre dobivaju od obitelji u vezi svojeg posla te je zato važno da imaju razvijen sustav podrške na radnom mjestu.

Nakon godina istraživanja stresora, poznat je spektar faktora koji djeluje na iscrpljenost i smanjenje zadovoljstva poslom i životom zaposlenika u zdravstvenom sustavu. Unatoč tome, primjeri organiziranih radionica i edukacija na radnom mjestu o temama stresa i zamora, kako ih prevenirati, prepoznati ili pak ublažiti, su iznimno rijetki. Mogućnost suosjećanja zbog patnje druge osobe, nešto što je potaknulo mnoge medicinske sestre na odabir te profesije, može postati rizik i plodno tlo za razvoj vulnerabilnosti na okolinske stresore ukoliko osoba ne dobiva podršku od drugih, organizacije ili pak ako je ne da sama sebi kroz samosuosjećanje.

Uz navedene prijedloge za praktičan rad, budući da se STS u sklopu teorijskog modela profesionalne kvalitete života povezuje i s osobnom traumom pomagača, valjalo bi obratiti pažnju na individualnu potrebu medicinskog osoblja za psihološkom pomoći. Neovisno izvire li neugodan događaj iz osobnog ili profesionalnog života, neminovno utječu jedan na drugog te je bitno osigurati podršku psihologa na radnom mjestu.

### *5.3. Osvrt na konstrukt zamora suosjećanja i ProQOL-5 mjeru*

Iako će se nedostatci ovog istraživanja detaljnije opisati u zasebnom dijelu, ovdje će se kratko dati osvrt na korišteni konstrukt i samu mjeru. Prije svega, ograničenje ovog istraživanja zamora potencijalno se krije i u korištenoj ProQOL-5 mjeri. Iako raširena, ne mjeri sve simptome zamora (kognitivne, emocionalne, itd.), što narušava sadržajnu valjanost konstrukta,

a ne doznaje se niti kakvo je uobičajeno suosjećanje sudionika kako bi se usporedio njegov zamor u profesionalnom kontekstu.

Što se tiče zamora, zbog različitih definicija i imenovanja, mnogi su se istraživači upustili u analize koncepta te dali svoje prijedloge teorijskih i operativnih definicija (Coetze i Klopper, 2010; Sinclair i sur., 2017). Određeni autori kritiziraju taj konstrukt zbog njegove neodređenosti i jednodimenzionalnosti. Primjerice Fernando i Consedine (2014) smatraju da se suosjećanje mora promatrati kroz transakcijski model. Na suosjećanje djeluje više faktora, a vjerojatnost da će osoba suosjećati ovisi o njihovoj interakciji. Prema tom modelu individualni, okolišni, obiteljski, pacijentovi te klinički uvjeti u konačnici doprinose zamoru suosjećanja medicinskih djelatnika. Autori modela naglašavaju da je bitno uzeti u obzir sve navedene čimbenike u definiranju i mjerenju zamora te formiranju prikladnih organizacijskih i terapijskih intervencija.

Sinclair i suradnici (2017) u svojoj analizi konstrukta zaključuju da se zamor zbog svoje višeznačnosti ne može empirijski mjeriti te da samo predstavlja vrh sante leda širokog spektra stresa zdravstvenih djelatnika. Predlažu pokretanje novog smjera istraživanja stresa kod zdravstvenih djelatnika koji bi objedinio sve do sad poznate termine (zamor suosjećanja, sagorijevanje, vikarijska traumatizacija, sekundarni traumatski stres) u novi, sveobuhvatni i nadređeni pojam.

Unatoč kritikama konstrukta zamora suosjećanja, istraživanja provedena na psiholozima, liječnicima, terapeutima i osobama koje rade sa žrtvama traume, pa čak i studentima pomagačkih struka pokazuju važnost njegovog uočavanja i preveniranja. S druge strane, zadovoljstvo suosjećanjem kao pojava da se zbog iskazanog suosjećanja osoba osjeća bolje je svakako značajan faktor u većem zadovoljstvu poslom, smanjenoj fluktuaciji, ali i osobnoj dobrobiti.

### *5.4. Ograničenja i preporuke za buduća istraživanja*

Kao jedan od značajnijih faktora koji je utjecao na način prikupljanja podataka, na zdravstveni sustav općenito, a potencijalno i na same dobivene podatke, svakako je pandemija COVID-19. Zbog ograničenih mogućnosti kretanja i protokola ulaska u bolnice, nije bilo moguće provesti istraživanje u kliničko-bolničkim centrima kontrolirajući raspodjelu odjela što bi omogućilo i komparacijske analize, ali i veću valjanost za razliku od *online* skupljanja podataka i svih rizika koje ono nosi. Budući da se do sudionika dolazilo preko poznanika i Facebook grupe, velik je dio ciljane populacije isključen iz uzorka. Također, uzorak je prilično heterogen s obzirom na odjel, bolnice i ustanove iz kojih sestre dolaze. Postoje indicije da je i odjel jedan od faktora koji djeluje na ProQOL dimenzije, pa bi se u budućim istraživanjima

možda trebalo usmjeriti na sestre s nekoliko ciljanih odjela te uspoređivati njihove rezultate da se utvrde moguće međuodjelne razlike.

Uz to, tijekom pandemije promijenjen je radni ritam i okolina većine osoblja, neki su isključivo putem telefona komunicirali s pacijentima, neki su možda imali smanjen opseg posla ili bili u samoizolaciji, dok je s druge strane dio osoblja bio izložen povećanim pritiscima, premještajima s matičnih odjela na neke druge, intenzivnom radu na COVID odjelima i slično. ProQOL-5 instrument odnosi na radne uvjete, zadovoljstvo poslom i osjećajima prema poslu u posljednjih mjesec dana, a budući da se radilo o turbulentnom razdoblju, mora se i to uzeti u obzir u kontekstu dobivenih rezultata.

Kao što je i ranije spomenuto, kako bi se izbjegli netočni zaključci o povezanosti demografskih podataka i zamora i zadovoljstva, poželjno bi bilo longitudinalnim istraživanjem pratiti trend profesionalne kvalitete života i fluktuaciju zaposlenika da se stekne cjelovita slika.

Za bolji uvid u socijalnu okolinu sudionika bilo bi dobro u iduća istraživanja uvrstiti mjeru socijalne podrške koja ispituje i zadovoljstvo dobivenom podrškom, ne samo njen percipirani intenzitet. Također, bilo bi dobro ispitati i ulogu organizacijskih faktora poput radnih uvjeta, smjena, organizacijske klime i slično kako bi se ti podatci mogli koristiti za planiranje kako prevencija tako i intervencija za poboljšanje profesionalne kvalitete života te kreiranje budućih organizacijskih politika.

## 6. Zaključak

Primarna je namjera ovog rada bila utvrditi razinu zamora i zadovoljstva suosjećanjem kod medicinskih sestara u hrvatskom zdravstvenom sustavu i promotriti te rezultate u kontekstu drugih psihosocijalnih odrednica. Na uzorku 250 medicinskih sestara i tehničara rezultati ukazuju na to da su zamor i zadovoljstvo zastupljeni u umjerenom intenzitetu.

Pronađene su naznake da su veća dob i staž povezani s višim razinama STS-a, no te su povezanosti, iako značajne, niskih vrijednosti. Nakon provedene hijerarhijske regresijske analize, potvrđeno je da dob značajno sudjeluje u predviđanju STS-a, zajedno s negativnom emocionalnošću, koja se pokazala snažnijim prediktorom. Iako prethodno značajno povezano, zadovoljstvom suosjećanjem, socijalna podrška od obitelji i na poslu te samosuosjećanje nisu značajni u predviđanju STS-a. Za razliku od tog modela, samosuosjećanje, negativna emocionalnost, zadovoljstvo suosjećanjem i socijalna podrška značajni su prediktori sagorijevanja. Najbolji prediktori u ovoj analizi bili su zadovoljstvo suosjećanjem i negativna emocionalnost.

Suprotno očekivanjima, nije potvrđen nalaz da su starije sestre sklonije većem zadovoljstvu suosjećanjem. Socijalna podrška od obitelji i na poslu može predvidjeti razinu zadovoljstva suosjećanjem, kao i negativna emocionalnost i samosuosjećanje, čiji je odnos medijacijskog predznaka. Samosuosjećanje posreduje u odnosu negativne emocionalnosti i zadovoljstva i djeluje kao zaštitni faktor. Prethodno navedene varijable objašnjavaju gotovo trećinu rezultata zadovoljstva suosjećanjem te su se pokazale značajnim faktorima u razmatranju te pojave.

S obzirom na to da ovo istraživanje nema prethodnika na ovom području te da je profesionalna kvaliteta života dio šire slike stresa kod zdravstvenih djelatnika i pomagačkih struka, bilo bi dobro uključiti i nju u istraživanja stresa kod pomagačkih zanimanja. Kretanje prema longitudinalnim istraživanjima profesionalne kvalitete života, identificiranje područja čiji su zaposlenici u najvećem riziku, samo je dio prijedloga za buduća istraživanja. Boljim razumijevanjem pomagačevih osjećaja prema radu i faktora koji djeluju na njih mogu se kreirati jasnije smjernice za razvoj organizacijske politike, edukaciju pomagača i pripadne intervencije.

## 7. Literatura


Abualrub, R. F. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(1), 73-78.

Alazzam, M., Abualrub, R. F. i Nazzal, A. H. (2017). The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. *Nursing Forum, 52*(4), 278-288.

American Psychological Association. (b.d.). Compassion. U *APA Dictionary of Psychology.* Preuzeto 20. svibnja, 2020. s https://dictionary.apa.org/compassion.

Barr, P. (2018). Personality Traits, State Positive and Negative Affect, and Professional Quality of Life in Neonatal Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 47*(6), 771-782.

Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. i Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery, 34*, 239-244.

Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R. i Doig, C. J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics, 27*(3), 639-665.

Coetzee, S. K. i Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences, 12*(2), 235-243.

Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *Plos One, 13*(11), 1-20.

Duarte, J. i Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing, 28*, 114-121.

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. i Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 60*, 1-11.

Fernando, A. T. i Consedine, N. S. (2014). Beyond Compassion Fatigue: The Transactional Model of Physician Compassion. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(2), 289-298.

Field, A. (2010). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

Grubić, M. i Sedmak, M. (2018.) Profesionalni stres liječnika u jedinicama intenzivnog liječenja novorođenčadi. *Paediatria Croatica, 62*(1), 1-3.

Howell, D.C. (2010). *Statistical methods for psychology*. Belmont, CA: Duxbury Press.

Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D. i Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(2), 186-194.

Jang, I., Kim, Y. i Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of Clinical Nursing, 25*(19-20), 2835-2845.

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.

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M. i Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social cognitive and affective neuroscience*, *9*(6), 873–879.

Lazanski, S. (2015). *Usredotočena svjesnost i samosuosjećanje kao prediktori zdravlja i uznemirenosti*. Diplomski rad. Zagreb: Fakultet hrvatskih studija.

Mahon, M. A., Mee, L., Brett, D. i Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of Research in Nursing, 22*(8), 572-583.

Măirean, C. (2014). Traumatic stress and professional quality of life. Personality and social support as moderators. *Analele Ştiinţifice ale Universităţii »Alexandru Ioan Cuza« din Iaşi Psihologie, 2*, 61-77.

Mohsin, Z., Shahed, S. i Sohail, T. (2017). Correlates of Professional Quality of Life in Nurses. *Annals of King Edward Medical University, 23*(4), 463-467.

Morse J.M., Haven G.D. i Wilson S. (1997) The comforting interaction: developing a model of nurse–patient relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 11*, 321–343.

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223–250.

Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Fuente, G. A., Albendín-García, L. i Gómez-Urquiza, J. L. (2019). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability, 12*(1), 72.

Perković, L. i Pukljak Iričanin, Z. (2019). Posljedice suosjećanja kod medicinskih sestara: zamor i zadovoljstvo. *SHOCK – Stručno informativno glasilo*. *11*(2), str. 17-25.

Petz, B., Furlan, I., Kljajić, S., Kolesarić, V., Krizmanić, M., Szabo, S. i Šverko, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

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.

Somoray, K., Shakespeare-Finch, J. i Armstrong, D. (2016). The Impact of Personality and Workplace Belongingness on Mental Health Workers' Professional Quality of Life. *Australian Psychologist*, *52*(1), 52-60.

Soto, C. J., i John, O. P. (2017). The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *Journal of Personality and Social Psychology*, *113*, 117-143.

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, *2nd Ed*. Pocatello, ID: ProQOL.org.

Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. Figley, Charles R. (ur.). *Treating compassion fatigue*, (str. 107-119). New York: Brunner-Routledge.

Šimunić, A., Gregov, Lj. i Proroković, A. (2016). Skala socijalne podrške na poslu i u obitelji. U: Burić, I., Ćubela Adorić, V., Penezić, Z., Proroković, A., Slišković, A., Tucak Junaković, I. (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, Sv. 8 (str. 45–53). Zadar: Sveučilište u Zadru.

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.

Yu, H., Jiang, A. i Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 57*, 28-38.