

# Razlike u iscrpljenosti poslom u 2016. godini između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta: presječna studija u Splitsko-dalmatinskoj županiji

---

**Sedej, Kristina**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2017**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split / Sveučilište u Splitu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:001933>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-23**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
FIZIOTERAPIJE

**Kristina Sedej**

**RAZLIKE U ISCRPLJENOSTI POSLOM U 2016. GODINI  
IZMEĐU BOLNIČKIH I PATRONAŽNIH  
FIZIOTERAPEUTA: PRESJEČNA STUDIJA U SPLITSKO-  
DALMATINSKOJ ŽUPANIJI**

**Diplomski rad**

Split, rujan 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
FIZIOTERAPIJE

**Kristina Sedej**

**RAZLIKE U ISCRPLJENOSTI POSLOM U 2016. GODINI IZMEĐU  
BOLNIČKIH I PATRONAŽNIH FIZIOTERAPEUTA: PRESJEČNA  
STUDIJA U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI**

**DIFFERENCES IN JOB BURNOUT BETWEEN HOSPITAL  
PHYSIOTHERAPISTS AND PHYSIOTHERAPIST WHO WORK  
AT PATIENT'S HOME IN 2016. YEAR: A CROSS-SECTORIAL  
STUDY IN SPLITSKO-DALMATINSKA COUNTY**

**Diplomski rad / Master`s thesis title**

Mentor:

dr.sc. Dinko Pivalica, dr. med.

## Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Profesionalni stres .....	2
1.2. Sindrom sagorijevanja .....	4
1.2.1. Uzroci sindroma sagorijevanja .....	9
1.2.2. Metode mjerenja sindroma sagorijevanja.....	10
1.2.3. Prevencija sagorijevanja .....	12
1.2.4. Strategije suočavanja sa sindromom sagorijevanja .....	13
1.2.5. Sustavni pregledi o sagorijevanju.....	14
1.2.6. Sindrom sagorijevanja u zdravstvu .....	18
1.3. Fizioterapeuti .....	18
1.3.1. Školovanje fizioterapeuta .....	20
1.3.2. Zaposlenje fizioterapeuta.....	23
1.3.3. Stres kod fizioterapeuta .....	28
1.3.4. Sagorijevanje kod fizioterapeuta .....	29
2. CILJ RADA .....	33
3. MATERIJALI I METODE.....	34
3.1. Uzorak ispitanika.....	34
3.2. Metode istraživanja.....	34
3.3. Analiza podataka .....	34
3.4. Etička pitanja .....	35
4. REZULTATI .....	36
5. RASPRAVA.....	48
6. ZAKLJUČAK.....	53
7. SAŽETAK.....	54
8. SUMMARY .....	55
9. LITERATURA .....	56
10. ŽIVOTOPIS .....	64
11. PRILOG.....	65

# 1. UVOD

Fizioterapija je zdravstvena profesija koja osigurava i pruža usluge s ciljem razvoja, održavanja i obnavljanja maksimalne pokretljivosti uz usavršavanje kvalitete kretanja ljudi te funkcionalnih mogućnosti tijekom cijelog ljudskog vijeka. Fizioterapeuti su zdravstveni stručnjaci koji upravljaju procesom fizioterapije. Rade s osobama svih dobi kako bi održali i poticali zdravlje i kako bi podržali obnovu funkcije i samostalnost kada pojedinci imaju probleme izazvane bilo kojim poremećajem koji se odražava na sustav za pokretanje i/ili onesposobljenost koja je proizvod tih poremećaja (1).

Rastući problem današnjice, kada čovjek ima sve manje vremena za sebe i preopterećen je poslom, jest profesionalni stres. Riječ je o stresu koji se javlja na radnom mjestu, a koji može biti potaknut stresorima („okidačima“) iz radne okoline, zbog osobina pojedinaca ili pak zbog kombinacije različitih čimbenika. Neki su pojedinci zbog svoje profesije pod znatno većim rizikom od nastanka profesionalnog stresa. Najčešće je riječ o „pomagačkim“ zanimanjima koje obilježava komunikacija s osobama kojima je potrebna pomoć druge osobe, odnosno o zanimanjima kao što su policajci, vatrogasci, liječnici, ali i drugi zdravstveni radnici, među kojima su i fizioterapeuti (2). Pojava profesionalnog stresa kod fizioterapeuta može uzrokovati štetne posljedice za fizioterapeuta, ali i za njegove pacijente. Naime, pacijenti koji su pod brigom fizioterapeuta koji je pod stresom mogu to osjetiti pri tretmanima, te zbog toga primiti medicinsku pomoć koja nije adekvatna (3).

Jedan od krajnjih negativnih ishoda profesionalnog stresa je sagorijevanje na poslu (4). Sindrom sagorijevanja rezultat je trajne ili učestale emocionalne opterećenosti, nastale uslijed intenzivne brige za druge i pružanja pomoći drugima. Uzroci nastanka sindroma sagorijevanja su: stresne situacije, preopterećenost obavezama, nezadovoljstvo poslom, slaba mogućnost napredovanja u karijeri, nedostatak pozitivne povratne informacije, narušeni međuljudski odnosi na radnom mjestu i/ili velika očekivanja od zdravstvenih radnika (5).

S obzirom na današnji način života i radni ritam koji utječe na fizičko i psihičko zdravlje zaposlenika, u Europskoj uniji donesena je Uredba o zdravlju i sigurnosti na radu, a čije se odredbe mogu primijeniti i na psihosocijalne karakteristike posla (89/391/EEC). Europski parlament usvojio je rezoluciju (Resolution A4-0050/99) kojom se ističe potreba usklađenosti između karakteristika posla i sposobnosti i potreba

zaposlenika, kao i potrebu prevencije nesklada između zahtjeva posla i mogućnosti zaposlenika. U Rezoluciji se skreće pozornost na probleme nedostatka autonomije na poslu, te monotonih i repetitivnih poslova, a ističe se važnost ergonomije i primjene novih tehnologija u poboljšanju radnih uvjeta povezanih sa zdravljem i sigurnošću na radu (6).

U Republici Hrvatskoj (RH) u službenom glasilu "Narodnim novinama" (71/14), objavljen je novi Zakon o zaštiti na radu (Zakon) 2014. godine. Novi Zakon uvodi odredbe o osnivanju Zavoda za unaprjeđivanje zaštite na radu, a isti preuzima dio poslova postojećeg Hrvatskog zavoda za zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu.

Po prvi put pridaje se važnost psihosocijalnim rizicima i psihofiziološkom naporu na radu te se donosi odredba o mjerama zaštite od postojećih, u cilju prevencije i edukacije, kako zaposlenika tako i poslodavaca. Budući da je pitanje stresa na radnom mjestu već duže vrijeme nezaobilazna tema, među članicama EU potpisan je i Okvirni sporazum o stresu na radu. Tako i u Hrvatskoj novi Zakon nalaže da ukoliko postoje čimbenici koji uzrokuju pojavu stresa na radu, kao što su neprimjeren sadržaj posla, loša organizacija, radno okruženje i komunikacija, poslodavac je obavezan djelovati na način da otkloni rizične faktore.

S druge strane, radnici su obvezni postupati prema uputama poslodavaca za sprječavanje, uklanjanje ili smanjenje stresa na radu ili u svezi s radom. Oni i njihovi predstavnici dužni su surađivati s poslodavcem u svezi navedenoga (7).

## **1.1. Profesionlni stres**

Stres (engl. *stress*) doslovno znači udarac. Engleska riječ stres nastala je u srednjem vijeku u formi *distress*, što znači biti u kritičnoj, tjeskobnoj prilici. Tijekom 19. stoljeća smatralo se da je stres temeljni uzrok slabog zdravlja te se pretpostavljalo da je povezan sa slučajevima *angine pectoris*. Godine 1936. kanadski liječnik Hans Selye prvi je opisao stres kao skup tjelesnih obrana organizma protiv štetnog podražaja bilo koje vrste (8).

Psihičke reakcije na stres su: porast tjeskobe, problemi koncentracije, negativne emocije, gubitak pažnje, depresija, umor, porast samoubojstava.

Ponašajne reakcije na stres najčešće su: povlačenje i izolacija na poslu ili kod kuće, porast učestalosti nesreća, veća konzumacija cigareta, alkohola ili kave, razdražljivost,

agresivnost, seksualne disfunkcije, niska motivacija za rad i međuljudske odnose te porast nasilja na poslu i/ili kod kuće.

Fiziološke reakcije na stres su: porast razine kortizola, veće vrijednosti kolesterola, povišenje krvnog tlaka, palpitacije, bol u prsima, nesаница, pojava nekih vrsta karcinoma, probavne smetnje, glavobolju, koštano-mišićne tegobe te pad funkcije imunološkog sustava (9).

Stanje stresa na poslu može se definirati kao niz, za pojedinca štetnih, fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija na situacije u kojima zahtjevi posla nisu u skladu s njegovim sposobnostima, mogućnostima i potrebama (10). Naglasak novijih konceptualizacija je na interakciji osoba - okolina. Prema Ajduković i Ajduković profesionalni stres označava neusklađenost između zahtjeva radnog mjesta i okoline u odnosu na naše mogućnosti, želje i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo (5). Jedan od prihvaćenih modela stresa je transakcijski model. Ključni predstavnici ovog modela su Lazarus i njegovi suradnici, a ubraja se u suvremene transakcijske modele stresa, koji podrazumijevaju uzajamni odnos između pojedinaca i njegove okoline, odnosno onoga što se objektivno događa. Dakle, prema Lazarusu, na profesionalni stres utječu vanjski čimbenici, odnosno događaji koje osoba procjenjuje ugrožavajućima (11). Izvor stresa (stresor) može biti vanjski događaj ili niz događaja koje osoba procjenjuje kao nekakvu ugrozu, a stres je unutrašnje stanje ili doživljaj (12). Sa stanovišta koje zastupa Lazarus, ono što je stresno za jednu osobu u određenom trenutku ne mora biti stresno za drugu osobu ili za istu osobu u nekom drugom trenutku.

S druge strane, Ajduković pod stresorima navodi vanjske čimbenike, ali i one koje se odnose na specifičnosti pojedinca, te stresore dijeli na vanjske i unutarnje. Pod vanjskim stresorima ili stresorima koji proizlaze iz osobina radne okoline, organizacije rada uloga i načina komuniciranja u organizaciji autor navodi (13):

- vremenski pritisak rokova
- odgovornost bez mogućnosti utjecaja i moći
- nejasno definirane uloge
- premalo suradnika u timu u odnosu na zadatke i očekivanja
- nejasnu podjelu odgovornosti i preklapanje nadležnosti
- nejasno definirana pravila napredovanja, nagrađivanja i korištenja godišnjeg odmora

- postojanje privilegija
- nepostojanje sustava za profesionalno osposobljavanje u skladu s promjenjivim potrebama organizacije
- pomanjkanje povratnih informacija
- emocionalno iscrpljivanje
- opasnost od fizičkog napada i tuđe agresije
- lošu psihosocijalnu klimu organizacije i dr.

Pod stresorima koji ovise o samoj osobi (unutrašnjim izvorima) isti autor podrazumijeva osobe koje:

- imaju nerealna očekivanja od posla i ne uspijevaju se prilagoditi realitetu
- imaju veliku potrebu za kontrolom situacije i perfekcionizmom
- identificiraju se s poslom tako da im on postane jedino područje potvrđivanja
- neučinkovito koriste radno vrijeme
- nemaju listu radnih prioriteta tako da im je sve podjednako važno
- osjećaju profesionalnu nekompetentnost i dr.

Hudurović i Krešić ističu kako je znanstveno uvriježeno da devet čimbenika povećavaju mogućnost stresa, a to su: značajke posla, radno opterećenje i brzina rada, radni sati, sudjelovanje i kontrola, organizacijska kultura, razvoj karijere, status i plaća, uloga u organizaciji, međuljudski odnosi te veza između doma i posla (14).

## **1.2. Sindrom sagorijevanja**

Jedna od najnepovoljnijih posljedica dugotrajne izloženosti stresu, i to onom profesionalnom, jest sindrom sagorijevanja na poslu. Riječ je o pojmu koji 1974. godine u američka društvena istraživanja uvodi psihoanalitičar Hebert J. Freudenberg (15). Naziv je preuzeo iz naslova romana Grahama Greena „Slučaj burn out“ objavljenog 1961. godine, a u kojem razočarani arhitekt napušta svoj posao i odlazi u afričku džunglu (16).



Dvije godine nakon uvođenja pojma sindroma sagorijevanja i njegovog definiranja, Harris sagorijevanje definira kao višedimenzionalni sindrom stresa koji se sastoji od mentalnog umora (emocionalna iscrpljenost) i negativne percepcije naspram klijenata i pacijenata (depersonalizacija). Nešto kasnije, uvodi i treću komponentu sagorijevanja, koja se odnosi na osjećaj smanjenog osobnog postignuća (17).

Nowakowska-Domagala i suradnici također navode da se profesionalno sagorijevanje određuje trima dimenzijama, a to su emocionalna iscrpljenost (engl. emotional exhaustion, EE), depersonalizacija (engl. depersonalization, DEP) te percepcija smanjenog osobnog postignuća ili profesionalne učinkovitosti (engl. reduced sense of personal accomplishment, PA) (18). Emocionalna iscrpljenost, za koju mnogi istraživači ističu da je glavna karakteristika profesionalnog sagorijevanja (19), odnosi se na nedostatak energije te trošenje emocionalnih, fizičkih i međuljudskih sredstava (20). Takva iscrpljenost dovodi do negativnog i ciničnog stava prema suradnicima i njihovih osjećaja prema drugima, što se smatra depersonalizacijom (21). Treća dimenzija profesionalnog sagorijevanja, točnije percepcija smanjenog osobnog postignuća smatra se neovisnom o prve dvije dimenzije (22), a odnosi se na osjećaj smanjene kompetencije i postignuća u radu (23). Upravo takvo profesionalno sagorijevanje podrazumijeva Christina Maslach, koja se ubraja u najpoznatije istraživače profesionalnog sagorijevanja u SAD-u. Takva multidimenzionalna koncepcija profesionalnog sagorijevanja proizlazi iz činjenice da postoji somatska, emocionalna i psihička komponenta profesionalnog sagorijevanja (24).

Sindrom sagorijevanja u psihijatriji je prema Klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (ICD-10) uključen u dijagnozu Poremećaji prilagođavanja (F 43.2) koje karakteriziraju poremećaji u socijalnom ili radnom, odnosno akademskom funkcioniraju (25).

Usprkos individualnim razlikama među ljudima, postoji niz istih znakova sagorijevanja. Tako Ajduković (5) znakove sagorijevanja grupira u tri kategorije. To su:

1. tjelesna iscrpljenost koja je popraćena snažnim osjećajem istrošenosti, uz koji se često javljaju poteškoće spavanja, osjećaj pomanjkanja energije, kronični umor i slabost; uzrok tome su ograničene snage pojedinca i dugotrajna izloženost stresu.

2. emocionalna iscrpljenost gdje su emocionalne rezerve pojedinca smanjene i iscrpljene, a sagorjeli pomagač pokazuje osjećaje bespomoćnosti, beznadnosti, besmislenosti i depresivnosti te mu je životno zadovoljstvo općenito smanjeno.
3. mentalna iscrpljenost koja se očituje se kao negativan stav prema poslu, korisnicima (pacijentima) i kolegama. Javlja se tzv. dehumanizacija, odnosno emocionalno udaljavanje od korisnika i kolega, a osjećaj negativizma i emocionalne udaljenosti može se prenijeti i u privatno područje života.

Ajduković (6,13) navodi četiri ključne faze koje vode do sagorijevanja:

1. Prva faza je faza **radnog entuzijazma** u kojoj pomagač ulaže velike napore u posao uključujući prekovremeni rad, a njegova očekivanja su nerealna i nisu u skladu s uložnim radom. Zbog izostanka brzih rezultata dolazi do osjećaja bespomoćnosti, razočaranja i manje vrijednosti.
2. Druga faza je **faza stagnacije** kada pomagač postane svjestan da njegovi ciljevi nisu ostvareni u onom opsegu i roku koji je predodredio. On počinje sumnjati u sebe i svoje kompetencije, javlja se nelagoda pri odlasku na posao i u radu te komunikaciji s kolegama i korisnicima. Postaje frustriran i negativno doživljava svaku situaciju te je emocionalno ranjiv što je i glavna karakteristika ove faze.
3. Treća faza je **faza emocionalnog povlačenja i izolacije**. Ovu fazu karakterizira povlačenje u sebe, izbjegavanje kontakta s kolegama i korisnicima te doživljavanje posla kao nečeg beznačajnog i bezvrijednog. Javljaju se i tjelesne tegobe kao što su glavobolja, nesаница, malaksalost i slično te dodatno pojačavaju rastresenost koja vodi prema zadnjoj fazi sagorijevanja.
4. Posljednja faza je **faza apatije i gubitka životnih interesa**. Ova faza se javlja kao odgovor na kroničan umor i potpunu frustriranost poslom. Pomagač postaje sasvim nezainteresiran za posao i probleme korisnika, dapače postaje ravnodušan, demotiviran i ciničan. Uslijed njegove potištenosti i bezvoljnosti javlja se depresija

koja dodatno pogoršava emocionalno stanje, situacija je za njega naizgled bezizlazna te joj se u potpunosti prepušta.

Prema tome, vidljivo je kako pojedinac od entuzijazma zbog posla koji obavlja u procesu profesionalnog sagorijevanja dolazi do faze kada posao obavlja samo radi vlastite egzistencije, odnosno radi materijalne sigurnosti i kada postaje potpuno nezainteresiran za svoj posao (14).

Detaljniji model profesionalnog sagorijevanja iznijeli su i psiholozi Freudenberg i North u 12 faza (26):

- Prisila da se dokažu – u prvoj je fazi primjetna pretjerana ambicija i želja pojedinca da se dokaže na radnom mjestu, da pokaže svojim suradnicima da odlično radi svoj posao, čak i bolje od ostalih.
- Jači rad – zbog želje da se dokažu drugima pojedinci imaju velika osobna očekivanja te uzimaju sve više i više posla. Žele pokazati da mogu odraditi toliko mnogo posla da mogu zapravo sve raditi sami i da su nezamjenjivi na svojem radnom mjestu.
- Zapuštanje osobnih potreba – s obzirom na to da su sve svoje vrijeme i energiju uložili u posao, pojedinci nemaju vremena za socijalna druženja, odnosno za prijatelje i obitelj te za opuštanje. Čak im i hrana i spavanje postaju nepotrebni i nebitni. Sve su žrtve spremni podnijeti kako bi dokazali da su najbolji u svojem poslu.
- Uklanjanje sukoba – pojedinac postaje svjestan da njegovo ponašanje nije u redu, ali još uvijek nije svjestan izvora problema.
- Revizija vrijednosti – tu fazu obilježava izolacija od drugih ljudi, izbjegavanje konflikta te poricanje svih osobnih i fizičkih potreba.
- Poricanje nastajanja problema – pojedinac doživljava svoje suradnike kao lijene, neinteligentne, ne podnosi društveni kontakt s njima. Za svoje probleme krivi količinu posla koji trebaju svi obaviti te još uvijek nije svjestan izvora problema.
- Povučenosť – u toj je fazi društvena izolacija maksimalizirana. Pojedinac osjeća beznade i ne zna kamo ide, a opušta se uz pomoć alkohola i droga.

- Očigledne promjene u ponašanju – pojedinac je postao ravnodušan i plašljiv, sklon je naglim promjenama ponašanja koje njegovi bližnji i poslovni suradnici ne mogu predvidjeti.
- Depersonalizacija – pojedinac više ne vidi osobne potrebe, a sve što obavlja radi mehanički.
- Unutrašnja praznina – pojedinac osjeća unutarnju prazninu, a kako bi je ispunio okreće se prekomjernom seksualnim aktivnostima te uživanju u alkoholu i drogi.
- Depresija – pojedinac postaje iscrpljen, anksiozan i pesimističan kada je u pitanju budućnost. Život za njega nema nikakvog smisla.
- Sindrom sagorijevanja – kod pojedinca se javljaju suicidalne misli jer vidi samoubojstvo kao izlaz iz trenutne situacije. Slomljen je fizički i psihički te mu je potrebna medicinska pomoć.

Provjerom profesionalnog stresa i njegova utjecaja na fizičko zdravlje, psihološku dobrobit i zadovoljstvo poslom između 26 skupina različitih zanimanja u Velikoj Britaniji (zbog usporedbe stresnosti posla), pokazalo se da šest skupina ima značajno veću podložnost negativnim posljedicama stresa (27). To su:

- zdravstveni radnici
- nastavnici
- socijalni radnici
- djelatnici u pozivnim centrima
- policajci
- zatvorski čuvari.

Dobiveni rezultati pokazuju da je ovih šest skupina, kada se uzmu u obzir tri mjere posljedica stresa (fizičko zdravlje, psihološka dobrobit i zadovoljstvo poslom), u značajno većem riziku od negativnih posljedica stresa.

Glavne karakteristike i razlike stresa i burnouta prikazane su u sljedećoj tablici (28):

**Tablica 1. Razlike između stresa i sagorijevanja**

<b>Stres</b>	<b>Sagorijevanje</b>
karakterizira ga pretjerana angažiranost emocije su naglašene izaziva užurbanost i hiperaktivnost gubitak energije vodi anksioznosti utječe najprije na fizičko zdravlje moguć prerani uzrok smrti	karakterizira ga izbjegavanje odgovornosti emocije su ugašene izaziva bespomoćnost i beznadežnost gubitak motivacije i ideala vodi depresiji utječe najviše na emocionalno stanje izaziva osjećaj da život nije vrijedan

### **1.2.1. Uzroci sindroma sagorijevanja**

Uzroke sindroma sagorijevanja Kalauz dijeli u pet skupina (29):

1. Osobine pomagača - nedostatak motivacije, nesigurnost izazvana nedostatkom radnog iskustva, nestručnost u radu, očekivanje nerealnih rezultata, izostanak stimulacije, neprimjereno identificiranje s korisnikom i njegovim problemima tj. nerazumijevanje radne situacije zbog emocionalne pristranosti, vlastito nezadovoljstvo uzrokovano psihičkim problemima kao što su depresija i anksioznost.
2. Osobine bolesnika – nedovoljna motiviranost za rad ili odbijanje suradnje s pomagačem, umanjene sposobnosti u smislu psihičke rastrojenosti, kontinuirano prigovaranje i ustrajanje na pitanjima nevezanim za trenutnu problematiku.
3. Uvjeti rada – nedovoljno i neprikladno opremljeno mjesto za rad, loši mikroklimatski uvjeti koji mogu uzrokovati i zdravstvene tegobe, nedostatak prostorija za privatne razgovore i sastanke.
4. Organizacija rada – pristranost prema određenim pojedincima i nagrađivanje njihovih rezultata, izostanak poticaja za dodatni doprinos na poslu, skraćivanje predodređenog vremena za odmor, nedovoljna informiranost o pravima i uvjetima

rada, pritisci zbog postavljenih rokova, pojačan nadzor od strane nadređenih te njihovo konstantno provjeravanje, prigovaranje i nezadovoljstvo.

5. Psihosocijalna klima - nepovjerenje, sumnjičavost, manjak kreativnosti, nesigurnost, stalni sukobi i svađe među zaposlenicima, pomanjkanje zajedništva, a prenaplašenost pojedinačnih utjecaja, nemogućnost iznošenja osobnog mišljenja, sputavanje u vlastitim idejama, nedostatak povratne informacije o kvaliteti obavljenih radnih zadataka od strane nadređenih.

### **1.2.2. Metode mjerenja sindroma sagorijevanja**

Jedna od metoda mjerenja iscrpljenosti jest upitnik izgaranja na poslu Christine Maslach (engl. Maslach Burnout Inventory – MBI) koji je konstruiran 1981. godine. Taj se upitnik danas smatra najpoznatijom mjerom izgaranja na poslu, odnosno „zlatnim standardom“ (30) te se koristi u oko 90 % istraživanja vezana uz sindrom sagorijevanja provedenima diljem svijeta (31). Postoje tri verzije tog upitnika koje imaju donekle slične ljestvice kojima se procjenjuju aspekti profesionalnog sagorijevanja, a prilagođene su zahtjevima zanimanja na koja se odnose. Tako postoji upitnik za stručnjake pomagačkih zanimanja (MBI-HSS), opći upitnik (MBI-GS) te upitnik za nastavnike (MBI-ES) (32).

U istraživanju provedenom za potrebe diplomskog rada koristi se upravo Maslach upitnik izgaranja na poslu, i to upitnik za stručnjake pomagačkih zanimanja. Tim se upitnikom procjenjuju tri dimenzije profesionalnog sagorijevanja, odnosno emocionalna iscrpljenost (dio A), depersonalizacija (dio B) te percepcija smanjenog osobnog postignuća (dio C). Upitnik se sastoji od ukupno 22 čestice podijeljen u 3 grupe pitanje (7+7+8). Svako pitanje boduje se brojevima od 0 do 6 te se uzima ukupan broj bodova svakog od tri dijela kako bi se odredio stupanj sagorijevanja. Upitnik nalazi se u prilogu diplomskog rada.

Upitnik mjeri slijedeće varijable:

A dio- emocionalnu iscrpljenost

Burn-out (ili depresivni anksioznost sindrom): odnosi se na umor pri samoj ideji rada, kronični umor, problem sa spavanjem, fizičke probleme. Za MBI, kao i za većinu autora, "iscrpljenost će biti ključna komponenta sindroma." Za razliku od depresije, problemi nestaju izvan posla.

B dio – depersonalizaciju

Depersonalizacija (ili gubitak empatije): "dehumanizacija" u međuljudskim odnosima. Pojam izdvojenost je pretjerana, što dovodi do cinizma s negativnim stavovima u vezi sa pacijentima i kolegama, osjećaja krivnje, izbjegavanja socijalnih kontakata i povlačenje u sebe.

C dio – osobno postignuće

Smanjenje osobnog postignuća: Pojedinaac se ocjenjuje negativno, osjeća da ne može više kontrolirati situaciju. Ova komponenta predstavlja demotivirajući učinak te u teškoj, ponavljajućoj situaciji dovodi do neuspjeha unatoč naporima. Osoba počinje sumnjati u svoje prave sposobnosti za ostvarenje ciljeva. Ovaj aspekt je posljedica prve dvije komponente.

Rezultati testa se verificiraju skalom bodova prema kojoj se dobije vrijednosni indeks.

**Tablica 2. Maslach ljestvica sagorijevanja**

Podljestvica	Broj bodova		
	Niska razina sagorijevanja	Umjerena razina sagorijevanja	Visoka razina sagorijevanja
Emocionalna iscrpljenost	≤17	18-29	≥30
Depersonalizacija	≤5	6-11	≥12
Osobno postignuće	≤33	34-39	≥40

Međutim, neki istraživači ističu da je zbog korištenja MBI upitnika zanemarena istraga neriješenih pitanja, kao što su konceptualizacija temeljnog fenomena i razvoj sveobuhvatne teorije profesionalnog sagorijevanja. Osim toga, ističe se da su čestice za prve dvije dimenzije, odnosno emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju pretežno negativno formulirane, dok su čestice za treću dimenziju, odnosno percepciju smanjenog osobnog postignuća umjereno pozitivno formulirane. Isto tako, navodi se da bi se prve dvije dimenzije mogle smatrati temeljnim simptomima profesionalnog sagorijevanja, dok bi se percepcija smanjenog osobnog postignuća trebala smatrati posljedicom tog sindroma (33).

Kako bi se uklonili nedostaci Maslach upitnika Kristensen i suradnici su 2005. godine razvili Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Međutim, i taj upitnik smanjuje sagorijevanje na samo jednoj dimenziji, i to onoj emocionalne iscrpljenosti (34). Slično tome, Shirom i Melamed 2006. godine razvijaju Shirom-Melamed Burnout Inventory (SMBM) za procjenu izgaranja kao iscrpljivanja energetske resursa (35). Međutim, kritičari ističu i nedostatke ovih upitnika, navodeći da se sagorijevanje ne bi trebalo svoditi na nedimenzionalni konstrukt (32,14).

Alternativni instrument koji je predložen za rješavanje sadržajnih i metodoloških nedostataka upitnika za ispitivanje profesionalnog sagorijevanja je Oldenburg Burnout Inventory koji su konstruirali Demerouti i Nachreiner 1998. godine. U tom se upitniku profesionalno sagorijevanje ispituje putem (fizičke, afektivne i kognitivne) iscrpljenosti te depersonalizacije, dok je treća dimenzija, percepcija smanjenog osobnog postignuća isključena. Nadalje, upitnik se sastoji od 16 pozitivno i negativno formuliranih čestica. Osim toga, taj se upitnik može koristiti za mjerenje sagorijevanja na poslu kod svih zaposlenika, odnosno bez obzira na njihovo zanimanje (32).

### **1.2.3. Prevencija sagorijevanja**

Iako postoje strategije suočavanja sa sindromom profesionalnog sagorijevanja, kad god je moguće treba djelovati preventivno, a to se posebno odnosi na one pojedince koji se bave takvim zanimanjima zbog kojih su podložniji da budu pod profesionalnim stresom i da se kod njih razviju simptomi profesionalnog sagorijevanja. Već je istaknuto da su u prvom planu osobe koje se bave tzv. pomagačkim zanimanjima, što uključuje i zdravstvene radnike. Takvim bi pojedincima u institucijama u kojima rade na



raspolaganju trebali biti različiti stručnjaci, kao što su psiholozi i psihijatri koji im mogu pomoći da razviju odgovarajuće strategije kojima će se lakše nositi s izazovima svojeg posla i osjećajima koji se mogu razviti (29). Preventivno djelovanje odnosi se i na podizanje psihofizičke otpornosti, odnosno na zdravu prehranu, redovitu tjelovježbu, relaksaciju, konstruktivno provođenje radnog vremena (baveći se hobijem, druženjem s obitelji i prijateljima itd.) (14).

Prema Fortney i suradnicima jedna vrsta meditacije također može biti učinkovita kao mjera sprečavanja sagorijevanja. Provedena je na liječnicima koji su prošli tretman od 9 mjeseci. Mjerena je emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, osobno zadovoljstvo, depresija, anksioznost i stres te su sve komponente na kraju tretmana bile značajno promijenjene (36).

Nadalje, metaanaliza iz 2001. godine koja obuhvaća 48 istraživanja ispitala je 4 intervencije koje korisno djeluju na smanjenje stresa na poslu: intervenciju usmjerena na organizaciju, kognitivno-bihevioralna intervenciju, relaksacijske tehnike i multidisciplinarni pristup. Mjerena je kvaliteta života na poslu, psihološki izvori i odgovori, fiziološki znakovi, pritužbe – uključujući stres i sagorijevanje te izostajanje s posla. Kognitivno-bihevioralna intervencija pridonijela je različitim učincima koji ukazuju i na različite stupnjeve učinkovitosti među studijama. Prema van der Klinku i suradnicima upravo ova intervencija najučinkovitija je od četiri navedene. Cilj joj je promjena spoznaja i povećavanje aktivne vještine suočavanja (37).

#### **1.2.4. Strategije suočavanja sa sindromom sagorijevanja**

Danas su znanstveno potvrđene tri metode suočavanja s profesionalnim stresom i sagorijevanjem na poslu (14):

- Promjena, izbjegavanje neugodnih situacija te uklanjanje izvora stresa – kako bi se takva metoda primijenila pojedinac treba imati znanje o vještinama i postupcima za sprječavanje stresa.
- Povlačenje pred uzrocima stresa i izbjegavanje stresnih situacija – ta se metoda može primijeniti kada se izvor stresa ne može ukloniti ni promijeniti.
- Prihvatanje stresne situacije – ta metoda uključuje preventivno djelovanje na podizanje psihofizičke otpornosti. Za to je važna pravilna prehrana, redovita tjelovježba, pozitivan način razmišljanja, korištenje tehnika za opuštanje,

definiranje dugoročnih ciljeva u obavljanju radnih zadataka i u privatnom životu te konstruktivna organizacija slobodnog vremena.

Iako postoje znanstveno potvrđene metode za suočavanje s profesionalnim stresom i profesionalnim sagorijevanjem, svaka se osoba na svoj način suočava sa stresorima. Važno je da ta osoba ima socijalnu podršku. Osim prijatelja i obitelji, socijalna podrška bi se trebala pružati kroz dostupnost stručnjaka kao što su psihozi i psihijatri na radnom mjestu koji mogu djelovati kada su se već razvili simptomi profesionalnog sagorijevanja, ali mogu pomoći i u prevenciji (29).

### **1.2.5. Sustavni pregledi o sagorijevanju**

Pretraživanjem sustavnih pregleda o sagorijevanju pronašla sam 22 koja opisuju sagorijevanje kod zdravstvenih radnika različitih struka (tablica 3). Rizični čimbenici prisutni su kod svake od promatranih skupina tj. kod medicinskih sestara, naročito u intenzivnoj njezi, hitnoj pomoći i na onkologiji, kod liječnika različitih specijalnosti, stomatologa te kod zdravstvenih radnika u palijativnoj skrbi. U sustavnom pregledu u kojem je bilo uključeno 17 istraživanja, 26% med. sestara hitne pomoći imalo je sindrom sagorijevanja (38). Učestalost sagorijevanja osoblja intenzivne njege kretala se od 6% do 47% (39), a kod nekih i do 70 % (40). Medicinske sestre na onkologiji imale su visoku razinu emocionalne iscrpljenosti i smanjen doživljaj osobnog postignuća. Velik dio njih bio je u opasnosti od razvijanja sindroma sagorijevanja (41). Rezultati istraživanja otkrili su pozitivan dvosmjerni odnos između nedostatka sestrinske skrbi i nezadovoljstva, stresa i sagorijevanja registriranih medicinskih sestara na onkologiji (42). I među ostalim stručnjacima za rak diljem svijeta povišena je učestalost sindroma sagorijevanja (43). Kad govorimo o liječnicima, u ginekologiji i porodništvu u 12 studija ukupna stopa rasprostranjenosti sagorijevanja sve tri podskale iznosila je 44% (44), a općenito među kirurzima, veći stupanj sagorijevanja imali su kirurzi na specijalizaciji nego kirurzi specijalisti (45). U psihijatrijskoj sekciji pregleda uključeno je 38 međunarodnih studija. Psihijatri su prijavili niz stresora u svom radu, uključujući i stres povezan s njihovim radom i osobnim stresom. Jedan osobni stres, koji psihijatri teško mogu nositi sa sobom je samoubojstvo pacijenta (46). Zdravstveni djelatnici koji radnici u palijativnoj skrbi ili u okruženjima zdravstvene zaštite koja se odnose na ovo

područje, također su podložni sindromu sagorijevanja, ali ne u većoj mjeri od zdravstvenih radnika u drugim područjima (47). Hall i suradnici uspoređivanjem 30 istraživanja ustanovili su da su 21 od njih 30 pronašli značajnu povezanost između sagorijevanja zdravstvenog osoblja i sigurnosti pacijenta (48). Provedena su i istraživanja na studentima medicine te je ustanovljeno da kod polovice od svih studenata postoji opasnost od sagorijevanja (49). Faktori koji utječu na sagorijevanju su: dob, spol, osobine ličnosti, bračni status, komunikacijske vještine, radna okolina, radno iskustvo, broj radnih sati tjedno te strategije suočavanja sa stresom (39,41,50,51). Od tri komponente sagorijevanja najučestalija je pojava povećane emocionalne iscrpljenosti zbog niske razine podrške na poslu, povećanih zahtjeva na poslu i sl. (52,53). Zanimljivo je da su ambulantni liječnici prijavili veći stupanj emocionalne iscrpljenosti od bolničkih liječnika (54). Intervencije koje djeluju na smanjenje sindroma sagorijevanja, bilo da su usmjerene na pojedinca ili su organizacijske, djelotvorne su u većini slučajeva (55). Sustavnim pregledom Walter i sur. ustanovili su da su 44 intervencije bile usmjerene na osobe, dok ih je 10 bilo kombiniranih; individualne i organizacijske intervencije. 76% svih intervencija je imalo pozitivan učinak na sagorijevanje ili njegove podkomponente (56). Prema Lukenu šest od osam studija pokazalo je statistički značajno smanjenje izgaranja na poslu nakon takozvane “ obuke na umu“. Sedam studija bilo je dobre kvalitete (57). Intervencije za smanjivanje sagorijevanja kod liječnika bile su učinkovitije kod iskusnih liječnika te liječnika u primarnoj skrbi nego one kod neiskusnih i u sekundarnoj skrbi, mada razlika nije bila statistički značajna (58).

**Tablica 3. Sustavni pregledi o sagorijevanju zdravstvenih radnika**

<b>Autori i godina objave</b>	<b>Naslov</b>
Fothergill i sur. (2004.)	Stres, sagorijevanje, suočavanje i upravljanje stresom u psihijatri: sustavni pregled
Trufelli i sur. (2008.)	Sagorijevanje kod zdravstvenih stručnjaka za rak: sustavni pregled i metaanaliza
Pereira i sur. (2011.)	Sagorijevanje u palijativnoj skrbi: sustavni pregled
Walter i sur. (2012.)	Sprječavanje sagorijevanja? Sustavni pregled učinkovitosti individualnih i kombiniranih pristupa
Toh i sur. (2012.)	Sustavni pregled odnosa između nestašice sestrinske skrbi i zadovoljstva poslom, razina stresa i izgaranja medicinskih sestara u onkološkim i hematološkim uvjetima
Khamisa i sur. (2013.)	Sagorijevanje u odnosu na specifične čimbenike koji ga uzrokuju i zdravstvene rezultate među medicinskim sestrama: sustavni pregled
Ishak i sur. (2013.)	Sagorijevanje kod studenata medicine: sustavni pregled
Roberts DL i sur. (2013.)	Sagorijevanje kod bolničkih liječnika u odnosu na ambulantne liječnike: sustavni pregled i meta-analiza
Seidler i sur. (2014.)	Uloga psihosocijalnih radnih uvjeta na sagorijevanje i njegovu temeljnu komponentu emocionalnu iscrpljenost - sustavni pregled
Adriaenssens i sur. (2015.)	Odrednice i učestalost sagorijevanja kod medicinskih sestra na hitnoj pomoći: sustavni pregled 25-godišnjeg istraživanja
Van Mol MM i sur. (2015.)	Učestalost umora i sagorijevanja među zdravstvenim radnicima u jedinicama intenzivnog liječenja: sustavni pregled
Moradi i sur. (2015.)	Učestalost sagorijevanja kod specijaliziranih porodništva i ginekologije: sustavni pregled i meta-analiza
Singh i sur. (2016.)	Sustavni pregled: faktori koji pridonose sagorijevanju u stomatologiji

---

**Tablica 3. Sustavni pregledi o sagorijevanju zdravstvenih radnika - nastavak**

---

Luken i sur. (2016.)	Sustavni pregled provođenje „obuke na umu“ za smanjenje sagorijevanja na poslu
Gómez-Urquiza i sur. (2016.)	Učestalost, čimbenici rizika i razina izgaranja među onkologijskim medicinskim sestrama: sustavni pregled
Hall i sur. (2016.)	Dobrobit zdravstvenog osoblja, sagorijevanje i sigurnost pacijenata: sustavni pregled
West i sur. (2016.)	Intervencije za sprječavanje i smanjenje sagorijevanja kod liječnika: sustavni pregled i metaanaliza
Pulcrano i sur. (2016.)	Kvaliteta života i stope sagorijevanja u kirurškim specijalnostima: sustavni pregled
Chuang i sur. (2016.)	Sagorijevanja kod zdravstvenih radnika u intenzivnoj njezi: sustavni pregled
Gómez-Urquiza i sur. (2017.)	Čimbenici rizika i razine izgaranja kod medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite: sustavni pregled
Panagioti i sur. (2017.)	Kontrolirane intervencije za smanjivanje sagorijevanje kod liječnika: sustavni pregled i metaanaliza
Arronson i sur. (2017.)	Sustavni pregled uključujući meta-analizu radne okoline i simptoma sagorijevanja.

---

### **1.2.6. Sindrom sagorijevanja u zdravstvu**

Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu svog zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu. Obrazuju se na medicinskom, stomatološkom, farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, zdravstvenim studijima te drugim visokim učilištima zdravstvenog usmjerenja kao i u srednjim školama zdravstvenog usmjerenja (59).

Zdravstvena djelatnost, u kojoj su zaposleni izloženi visokim razinama stresa, zauzima posebno mjesto jer su i posljedicama stresa izloženi upravo oni o kojima ovisi zdravlje i život drugih ljudi (60). Upravo ta djelatnost svrstana je u visoko stresna zanimanja s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizikalnih štetnosti te smjenskom radu. Produljeno radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima te emocionalno iscrpljivanje kod zdravstvenih djelatnika pridonose povećanom morbiditetu od psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti (61,62).

Pojavnost sindroma sagorijevanja znatno je češća u radnim sredinama gdje zaposlenici opisuju postojanje nesigurnosti radnog mjesta, neodgovarajuću zaštitu radnika, čestu potrebu prekovremenog rada, iznenadne promjene u procesu rada, povećanu učestalost obavljanja hitnih radnih aktivnosti, nedovoljnost dnevnog i tjednog odmora, neadekvatne osobne dohotke, nezadovoljavajuće rukovodeće strukture, osjećaj besmislenosti izvršavanja radnih zadataka (63).

Burnout sindrom (sindrom sagorijevanja na poslu) od 1980-ih je godina tema o kojoj raspravljaju sva industrijalizirana društva, a mnoga medicinska udruženja već su razvila svoje preventivne i terapijske mjere (64). Sindrom sagorijevanja je najprije uočen kod zdravstvenih radnika koji rade na klinikama/odjelima za psihijatrijske bolesti (65) kao i u jedinicama intenzivnog liječenja te operacijskim dvoranama (66).

### **1.3. Fizioterapeuti**

Fizioterapeuti su zdravstveni radnici čija je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti. Rad fizioterapeuta uključuje sve postupke, znanja i vještine u okvirima fizikalne terapije (67). Fizioterapeuti kao zdravstveni djelatnici pomažu bolesnim i ozlijeđenim osobama da povećaju pokretljivost, ublaže bol te da spriječe ili ublaže

trajne posljedice bolesti i ozljeda. Njihovi su pacijenti najčešće osobe s ozljedama glave i kralježnice, prijelomima, upalom zglobova, moždanim udarom, bolovima u donjem dijelu leđa te s bolestima živčanog, krvožilnog, dišnog sustava i drugih tjelesnih sustava (68).

Fizioterapeut je zdravstveni djelatnik koji u okviru svojih kompetencija vrši procjenu stanja pacijenta te provodi fizioterapijske postupke. U svom radu primjenjuje sva stečena znanja i vještine kako u terapiji tako i prevenciji ozljeda i oštećenja lokomotornog sustava. Jedna od osobina koju fizioterapeut mora imati i stalno razvijati je komunikacijska vještina, a odnosi se na pravovremenu, razumljivu, stručnu i uspješnu komunikaciju s pacijentima, članovima obitelji i članovima stručnog tima. Informacije koje fizioterapeut daje pacijentu moraju biti jasne kako bi se dotični pacijent mogao pridržavati uputa i nakon završetka rehabilitacijskog procesa pod nadzorom.

Sve važnija stavka, općenito u medicini i zdravstvenim profesijama pa tako i u fizioterapijskoj djelatnosti, je vođenje medicinske dokumentacije. Fizioterapeut mora biti obučen za pravilno i točno vođenje dokumentacije kao što su vrste intervencija, njihovo trajanje te utjecaj svake od intervencija na funkcionalni status koji se mjeri na početku i na kraju terapijskog ciklusa (69).

Fizioterapeuti su dužni u fizioterapeutski postupak uzeti pacijenta s indikacijom za fizikalnu terapiju od strane specijaliste fizijatra te izraditi plan fizikalne terapije u skladu s liječničkom dijagnozom.

Dužnosti fizioterapeuta obuhvaćaju (67):

- „provedbu fizioterapeutskih postupaka po utvrđenim programima, pravilima i protokolima u timskom radu
- primjenu znanstveno vrednovanih metoda i tehnika glede uspješnosti, trajne i sigurne uporabe bazirane na dokazima iz područja fizioterapije
- primjenu metoda rješavanja problema u provedbi fizioterapeutskih postupaka koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa
- stalna konzultacija s liječnikom koji vodi i nadzire stanje pacijenta
- suradnja sa svim članovima tima i suradnicima

- vođenje točne, iscrpne i datirane medicinske dokumentacije sukladno usuglašenim standardima na europskoj razini kojom se evidentiraju svi provedbeni postupci i koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o stanju pacijenta u svim fazama fizikalne terapije
- savjesno postupanje u radu
- čuvanje profesionalne tajne
- poznavanje i poštivanje prava pacijenata
- poštivanje kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije
- poštivanje vjerskih načela pacijenata
- ekonomično, efikasno i učinkovito korištenje pribora i opreme
- djelovanje u interesu pacijenata“.

Fizioterapeut je punopravni član rehabilitacijskog tima kojeg sačinjavaju: fizijatar, medicinska sestra, radiološki tehničar, a po potrebi i liječnici drugih specijalnosti te socijalni radnici, psiholozi i logopedi. Posebno značajnu ulogu imaju u sportskoj medicini, a rad ustanova kao što su domovi umirovljenika i ustanove socijalne skrbi nezamisliv je bez stručnog savjetovanja i pomoći fizioterapeuta (69).

### **1.3.1. Školovanje fizioterapeuta**

U Hrvatskoj školovanje fizioterapeuta započinje upisom u četverogodišnju zdravstvenu školu, smjer fizioterapeutski tehničar. Nakon položene mature mogu odraditi pripravnički staž koji je uvjet za zaposlenje ili nastaviti školovanje upisom na sveučilišni/stručni preddiplomski studij nakon kojeg stječu naziv prvostupnik fizioterapije. Daljnje obrazovanje mogu nastaviti na diplomskom specijalističkom studiju (diplomirani fizioterapeut) ili diplomskom sveučilišnom studiju (magistar fizioterapije).

Počeci organiziranih edukacija fizioterapeuta zabilježeni su 1948. u Zagrebu, a desetak godina kasnije otvara se i prva srednja škola za fizioterapeute. U sklopu više medicinske škole u Zgrebu 1968. godine započet je program visokoškolskog obrazovanja u Hrvatskoj, a takvi studiji zatim su se otvorili u Splitu, Igalu u Crnoj Gori, a nešto kasnije i u sklopu Medicinskog fakulteta u Rijeci.



U razdoblju od 1968. do 1998. godine provodio se program edukacije u trajanju od dvije godine, a studenti završenog programa stjecali naziv „Viši fizikalni terapeut“. Nacionalno vijeće za visoku naobrazbu 1999. godine odobrilo je trogodišnji program Studija fizioterapije kako bi se edukacija uskladila sa suvremenim i europskim standardima.

Sukladno tome bilo je potrebno uvesti program Preddiplomskog stručnog studija fizioterapije sa stečenim nazivom „baccalaureus“, tj. prvostupnik. Po završetku preddiplomskog studija fizioterapeuti bi trebali biti osposobljeni za nastavak obrazovanja na diplomskom studiju kako u Hrvatskoj tako i bilo gdje u Europi (69).

Sve veća je potreba i praksa sudjelovanja fizioterapeuta u nastavi užeg stručnog područja i provođenja kliničke prakse te je nužno obrazovati sve veći kadar za rad upravo u nastavi. Kako bi zdravstvene usluge bile racionalne i što učinkovitije, potrebno je zapošljavanje fizioterapeuta koji bi integrirali stručna znanja, organizacijske vještine i primjenu fizioterapijske prakse zasnovane na dokazima. Kako bi naši programi bili u skladu s europskim, tj. kako bi fizioterapeuti imali jednake kompetencije, u definiranju obrazovnih ciljeva služilo se preporukama osnovnih dokumenata Europske regije Svjetske konfederacije za fizioterapiju (European Physiotherapy Benchmark Statement, 2004.). Europske i svjetske norme profesionalnog usavršavanja iz područja fizioterapije imaju tendenciju da osim preddiplomskog i diplomskog studija fizioterapije u regularni obrazovni sustav uđe i obrazovanje na razini doktora fizioterapije (69).

Fizioterapeuti se također mogu stalno stručno usavršavati kroz mnoge tečajeve kao što su razne manipulativne tehnike, Bobath, Vojta, PNF koncepti i slično. Sve to doprinosi stručnosti, korištenju različitih pristupa i glavnom cilju tj. što boljem ishodu rehabilitacije (69). Budući da su fizioterapeuti sve obrazovaniji i samostalniji teži se njihovoj potpunoj slobodi u profesionalnoj procjeni i odlučivanju sve dok je to unutar okvira njihovog znanja, kompetentnosti i prakse (70).

Cilj programa preddiplomskog studija je teoretski i praktično pripremiti studente za samostalan rad u već navedenim područjima medicine i pripadajućim ustanovama. Takav program podrazumijeva stečene kompetencije za procjenu stanja, planiranje i provođenje terapije te evaluaciju rezultata. Odabirom nastavka obrazovanja tj.

pohađanjem diplomskog studija, fizioterapeuti su osposobljeni za poučavanje tj. prenošenje znanja budućim kolegama, provedbu znanstvenog istraživanja u područjima fizioterapije te za organizaciju i vođenje ljudskih i materijalnih resursa (69).

Preddiplomski studij fizioterapije u Hrvatskoj postoji u više gradova: Zagreb (Zdravstveno veleučilište u Zagrebu – redovni i izvanredni stručni studij), Rijeka (Sveučilište u Rijeci – redovni stručni studij), Split (Sveučilište u Splitu – redovni sveučilišni studij), Vukovar (Veleučilište "Lavoslav Ružička" u Vukovaru – redovni i izvanredni stručni studij), Pakrac (Zdravstveno veleučilište u Zagrebu – izvanredni stručni studij), Orahovica (Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku - Medicinski fakultet – redovni sveučilišni studij) (slika 1.)

Sveučilišni diplomski studij fizioterapije nalazi se u Splitu pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija te u Rijeci pri Fakultetu zdravstvenih studija. U Zagrebu diplomski studij nalazi se pri Zdravstvenom veleučilištu.

Upisne kvote na studij fizioterapije svake godine se smanjuju, a interes studenata sve je veći.

**Tablica 4. Upisne kvote za smjer prvostupnik fizioterapije za 2017. godinu**

<b>Gradovi</b>	<b>Upisna kvota za građane RH</b>
Zagreb	80 redovnih, 20 izvanrednih
Rijeka	30 redovnih
Split	13 redovnih
Vukovar	60 redovnih, 20 izvanrednih
Pakrac	60 izvanrednih
Orahovica	30 redovnih



Slika 1. Rasprostranjenost studija fizioterapije u Hrvatskoj

(slika preuzeta sa stranice <http://www.atlantic.hr/hr/distribucija/hrvatska/> i dorađena uz odobrenje autora)

### **1.3.2. Zaposlenje fizioterapeuta**

Fizioterapeuti, osim u javnim ustanovama kao što su bolnice i domovi zdravlja, mogu biti zaposlenici privatnih ustanova ili mogu otvoriti vlastitu privatnu praksu.

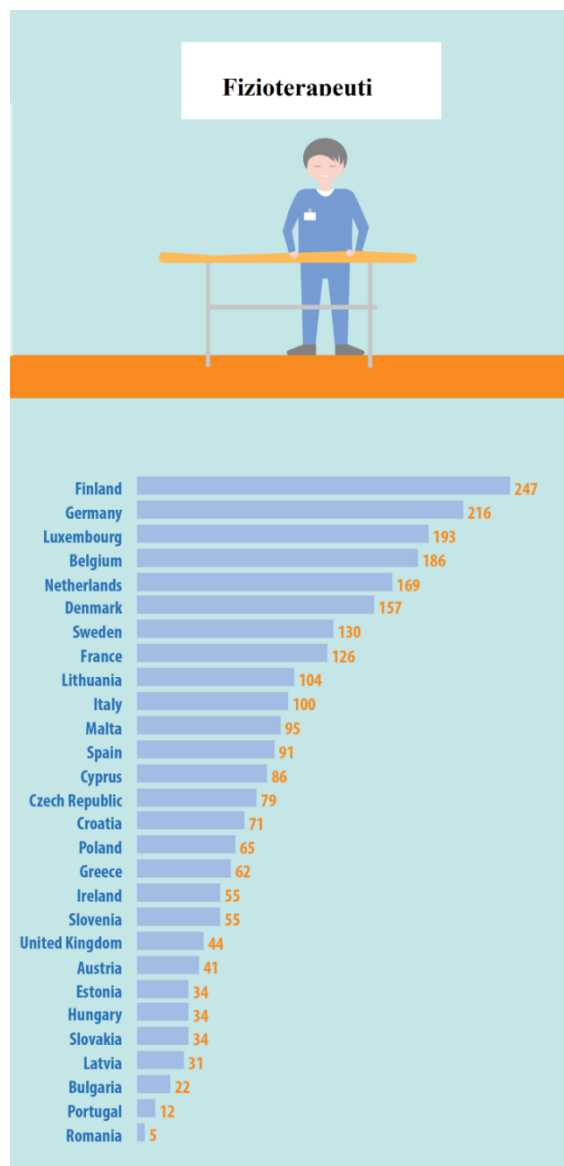
Privatnu praksu može obavljati samo fizioterapeut sa završenim studijem fizioterapije koji ima odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske komore fizioterapeuta. Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse fizioterapeuta primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti (71).

U mom diplomskom radu poseban je naglasak na bolničkim i patronažnim fizioterapeutima. Zaposleni u domovima zdravlja i bolnicama posao obavljaju u državnim prostorijama (ordinacijama, odjelima) dok patronažni fizioterapeuti posao obavljaju na terenu tj. u domu bolesnika.

U Republici Hrvatskoj, prema podacima Hrvatske udruge fizioterapeuta i Svjetske konfederacija za fizioterapiju (WCPT), trenutno je zaposleno 1.153 viših fizioterapeuta koji su završili dvogodišnji ili trogodišnji stručni studij fizioterapije, što u omjeru na broj stanovnika u Republici Hrvatskoj iznosi 3.094 stanovnika na jednog višeg fizioterapeuta. U zemljama Europske unije ovaj omjer je mnogo manji, što znači da je u Hrvatskoj potrebno zapošljavanje velikog broja fizioterapeuta. Tako na primjer u susjednoj Sloveniji taj omjer iznosi 1.404,5 stanovnika na jednog diplomiranog fizioterapeuta, u Austriji 1.350 stanovnika na jednog diplomiranog fizioterapeuta a u Švicarskoj čak 4 puta manji nego kod nas, 720 stanovnika na jednog diplomiranog fizioterapeuta (69).

Fizioterapeut kao zanimanje vrlo je traženo u Europi i u svijetu, dok je u Hrvatskoj njihova nezaposlenost prilično velika. Prema zadnjim podacima iz svibnja 2017. godine u Hrvatskoj na Zavodu za zapošljavanje prijavljeno je 589 fizioterapeutskih tehničara te 586 viših fizioterapeuta. Samo u Splitsko-dalmatinskoj županiji ima 70 nezaposlenih fizioterapeutskih tehničara i 96 viših fizioterapeuta (72).

Podaci za 2014. godinu pokazuju da je u zemljama EU, uključujući i Hrvatsku, i u još nekoliko navedenih država Europe radilo sveukupno 540 tisuća fizioterapeuta. Broj fizioterapeuta na 100 000 stanovnika, bio je vrlo raznolik (tablica 5). Finska je imala najveći broj fizioterapeuta i to 247 fizioterapeuta na 100 000 stanovnika (slika 2) što ukupno iznosi 13 489 fizioterapeuta. S druge strane, u Rumunjskoj omjer fizioterapeuta na 100 000 stanovnika iznosi 5 naprama 100 000, što iznosi sveukupno 1 091 fizioterapeut. Hrvatska se nalazi u nekoj zlatnoj sredini s 71 fizioterapeutom na 100 000 stanovnika tj. ukupno 2 998 fizioterapeuta (73).

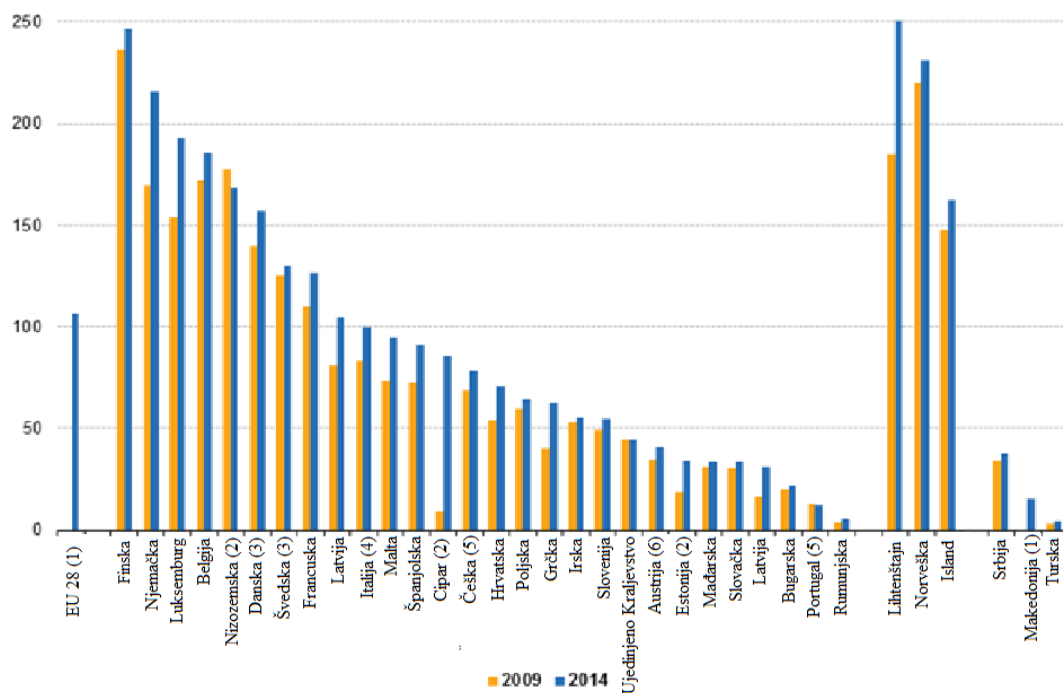


Slika 2. Broj fizioterapeuta na 100 000 stanovnika u članicama EU za 2014. godinu od najvećeg prema najmanjem (preuzeto s Eurostata - [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare\\_personnel\\_in\\_the\\_EU.jpg](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_personnel_in_the_EU.jpg) )

**Tablica 5. Broj fizioterapeuta u državama članicama EU i još nekoliko država Europe u 2014. godini (ukupno i na 100 000 stanovnika) prema statističkom uredu Europske unije (Eurostat)**

<b>Država</b>	<b>Broj</b>	<b>(na 100 000 stanovnika)</b>
Austrija	3.506	41
Belgija	20.844	186
Bugarska	1.585	22
Cipar	733	86
Češka	8.292	79
Danska	8.820	157
Estonija	445	34
Finska	13.489	247
Francuska	83.619	126
Grčka	6.800	62
<b>Hrvatska</b>	<b>2.998</b>	<b>71</b>
Irska	2.561	55
Island	531	162
Italija	60.651	100
Latvija	619	31
Lihtenštajn	260	97
Litva	3.061	104
Luksemburg	1.073	193
Mađarska	3.329	34
Makedonija	314	15
Malta	406	95
Nizozemska	28.462	169
Norveška	11.879	231
Njemačka	175.000	216
Poljska	24.594	65
Portugal	1.262	12
Rumunjska	1.091	5
Slovačka	1.818	34
Slovenija	1.132	55
Srbija	2.687	38
Španjolska	42.490	91
Švedska	12.523	130
Turska	3.184	4
Ujedinjeno Kraljevstvo	28.628	44

U razdoblju od 2009. do 2014. godine, Portugal i Ujedinjeno Kraljevstvo bile su jedine države članice EU koje su prijavile smanjenje broja fizioterapeuta na 100 000 stanovnika, dok je kod svih ostalih članica broj bio u porastu. Latvija i Rumunjska zabilježile su relativno mali broj fizioterapeuta na 100 000 stanovnika u 2014. godini, iako je u svakoj od ovih dviju država članica dostupnost fizioterapeuta bila barem 50% veća nego u 2009. godini, kao što je to bio slučaj i u Grčkoj. Nasuprot tome, broj fizioterapeuta na 100 000 stanovnika bio je relativno visok u 2009. godini, ali je ipak rastao relativno brzim tempom između 2009. i 2014. u Njemačkoj i Luksemburgu. U Hrvatskoj je u tom razdoblju također zabilježen rast broja fizioterapeuta (Slika 3) (73).



- (1) 2009: nije dostupna
- (2) S nedosticima
- (3) 2013 umjesto 2014.
- (4) 2011 umjesto 2009.
- (5) 2014: procjena
- (6) Samo bolnički ft.

Slika 3. Grafički prikaz promjena u broju fizioterapeuta u 2014. u odnosu na 2009. godinu u državama EU (Eurostat) - [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Practising\\_physiotherapists,\\_2009\\_and\\_2014\\_\(per\\_100\\_000\\_inhabitants\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Practising_physiotherapists,_2009_and_2014_(per_100_000_inhabitants).png)

### **1.3.3. Stres kod fizioterapeuta**

Kod zdravstvenih profesija stres je prisutan već tijekom školovanja. Obrazovanje zdravstvenih profesija je vrlo zahtjevno i izazovno za studente koji se moraju nositi s kompleksnim okruženjem učenja. Za neke pojedince to je vrlo stresno iskustvo koje može utjecati na njihovo emocionalno stanje kao i na akademske rezultate. Previše stresa u kombinaciji s drugim psihološkim čimbenicima može biti vrlo štetno i narušiti normalno funkcioniranje studenata. To može dovesti do daljnjih psiholoških komplikacija koje uzrokuju psihološki morbiditet. Subjektivno doživljavanje određenih stresora dovodi do loše kvalitete života, smanjenog samopouzdanja te smanjene sposobnosti da se nose sa svakodnevnim životnim problemima. Takvim pojedincima ne nedostaje intelektualnih sposobnosti, ali emocionalni problemi i slaba motivacija dovode do neuspjeha. Postoji znatna količina literature koja upućuje na to da je obrazovanje fizioterapeuta zahtjevno polje i studenti se podvrgavaju različitim vrstama stresora kao što su akademski zahtjevi i pritisci, natjecanje za dobre ocjene, socijalna prilagodba, interpersonalni i obiteljski problemi, nesigurnost budućnosti, nedostatak slobodnog vremena, suočavanje s visokim stimulativnim okruženjem studija, ispita, prevelika opterećenja i financijski problemi. Ti stresori mogu utjecati na kapacitet učenja, akademsku učinkovitost, kao i njihov proces prilagodbe svakodnevno. Svi ti stresori ne samo da utječu na akademsku učinkovitost učenika već i ugrožavaju njihovo fizičko i psihičko blagostanje (74).

Stres se nakon školovanja pojavljuje i u radnom okruženju. Posljedica stresa nije nužno sindrom sagorijevanja, postoje i neki blaži oblici. Stres na poslu povećava rizik od različitih nepovoljnih posljedica ostalih stresora kao što su financijski, obiteljski i socijalni problemi. Među najčešćim negativnim ishodima su već spomenuto profesionalno sagorijevanje, zatim posustajanje na poslu, prisutnost bolesti i raznih mišićno-koštanih poremećaja. Stres na poslu povezan je i s psihijatrijskim stanjima, uključujući depresiju (75). Stresni rad, koji je definiran kao rezultat neravnoteže između zahtjeva profesionalne prakse i sposobnosti suočavanja radnika, povezan je s profesionalnim naprezanjem, što negativno utječe na mentalno zdravlje radnika. Stope učestalosti depresije ili depresivnih simptoma među medicinskim sestrama i tehničarima veće su od 20% te smatra se visokim postotkom u usporedbi s općom populacijom (76).



Slična je situacija i među ostalim zdravstvenim djelatnicima pa tako i među fizioterapeutima. Osim psihičke nestabilnosti od zdravstvenih tegoba javlja se i povećan rizik od srčanih bolesti (75). Karasekov model opisuje način na koji visoki psihološki zahtjevi u kombinaciji s niskom individualnom kontrolom tih zahtjeva dovode do fiziološkog stesa, a time i povećanog rizika od kardiovaskularnih bolesti. Naknadna istraživanja proširila su koncept radnog stresa izvan proksimalnih karakteristika radnih zadataka kako bi obuhvatili organizacijske čimbenike (poput rasporeda rada), pa čak i širu organizaciju tržišta rada (uključujući sigurnost radnog mjesta i ravnotežu između radnog i privatnog života) (77). Značajke koje bi podržale uzrok i posljedicu povezanosti između radnih stresora i kardiovaskularnih bolesti uključuju vremenski period (izloženost prethodi pojavi bolesti), konzistentnost rezultata u različitim istraživanjima, biološku vjerojatnost, specifičnost (veza se promatra u određenom skupu bolesti), reverzibilnost (smanjenje radnog stresa smanjuje rizik od bolesti) i veliki opseg učinka (78).

Stres u većoj količini, bio on posljedica radnog okruženja i posla, obiteljske situacije, financijskih problema ili bilo kojeg drugog izvora, djeluje negativno na psihičko i fizičko stanje svakog čovjeka pa tako i na zdravstvenog radnika kao i samog fizioterapeuta.

#### **1.3.4. Sagorijevanje kod fizioterapeuta**

Upravo su fizioterapeuti jedni od zdravstvenih djelatnika koji upozoravaju na visoke razine profesionalnog stresa s kojim se moraju suočavati. Tako je istraživanje koje su proveli Campo i suradnici (75), a u kojem su sudjelovala 882 fizioterapeuta koji su članovi Američkog udruženja fizikalne terapije (American Physical Therapy Association) pokazalo da fizioterapeuti, u usporedbi s nacionalnim prosjekom, imaju veće zahtjeve posla. Nadalje, čak je 16 % fizioterapeuta tijekom praćenja za potrebe istraživanja promijenilo mjesto rada, dok je više od polovice ispitanika osjećalo fizičku bol koja je posljedica njihova posla. U istraživanju koje su proveli Harris i suradnici (17) i u kojem je sudjelovalo 169 fizioterapeuta pokazalo se da je zadovoljstvo određenim aspektima posla, kao što su postignuća i kreativnost niže razine od nezadovoljstva zbog radnog vremena, radnog opterećenja i organizacijske učinkovitosti.

Istraživanje koje su Pustułka-Piwnik i suradnici proveli u Krakowu u Poljskoj 2014. godine i u kojem je sudjelovao 151 fizioterapeut s najmanje tri godine radnog staža pokazalo je da se profesionalno sagorijevanje među fizioterapeutima manifestira povećanom emocionalnom iscrpljenošću i smanjenim osjećajem osobnog postignuća. Osim toga, emocionalna iscrpljenost bila je značajno viša među fizioterapeutima koji rade s odraslima i koji su zaposleni u bolnicama, depersonalizacija je bila veća kod muškaraca, bolničkih djelatnika i zaposlenika s 15 do 19 godina radnog staža, dok je osobno postignuće bilo smanjeno kod muškaraca i manje obrazovanih terapeuta (79). Zanimljivi su i rezultati istraživanja koje su proveli Śliwiński i suradnici iste godine, također u Poljskoj. Pokazalo se da postoje statistički značajne razlike u ukupnom životnom zadovoljstvu između ispitanih skupina fizioterapeuta s obzirom na duljinu radnog staža. Tako su fizioterapeuti s više od 15 godina radnog staža više zadovoljni od onih s manje od pet godina i onih s između pet i 15 godina radnog staža. Također se pokazalo da je profesionalno sagorijevanje kod fizioterapeuta s pet do 15 godina radnog staža češće u onih fizioterapeuta koji rade u domovima zdravlja te da se povećava s dobi i s većim financijskim zadovoljstvom, dok se smanjuje s većim zadovoljstvom u odnosima s prijateljima i obiteljskim odnosima te s većim zadovoljstvom radom i profesijom. U fizioterapeuta s više od 15 godina radnog staža profesionalno sagorijevanje povećava se u slučaju rada u okruženju koje nije zdravstveni ili edukacijski centar, a smanjuje se s većim zadovoljstvom radom i profesijom (80). U istraživanju provedenom u Saudijskom Arabiji u kojem je sudjelovalo 119 fizioterapeuta pokazalo se da su rezultati u sve tri dimenzije profesionalnog sagorijevanja, odnosno u emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji te percepciji smanjenog osobnog postignuća umjereni do visoki (81). Istraživanje provedeno u Cipru također pokazuje da fizioterapeuti smatraju svoj posao stresnim. U tom je istraživanju sudjelovalo 172 fizioterapeuta, a gotovo polovica njih, točnije 46 % smatra da je posao fizioterapeuta stresan. Osim toga, pokazalo se da čak 21,1 % ispitanika koji su sudjelovali u tom istraživanju zadovoljava Maslachine kriterije za profesionalno sagorijevanje (82). Istraživanje provedeno u Portugalu također je pokazalo slične rezultate – od 106 fizioterapeuta koji su sudjelovali u istraživanju njih 31,2 % pokazuje znakove profesionalnog sagorijevanja, od čega 3,8 % ispitanika ozbiljne znakove, a ostalih 27,4 % umjerene (83).

S obzirom na to da su fizioterapeuti jedni od zdravstvenih djelatnika i da su zbog prirode svojeg posla suočeni s brojnim stresnim situacijama važno je identificirati stresore i resurse kojima je moguće da se fizioterapeuti suoče s profesionalnim stresom i da spriječe proces profesionalnog sagorijevanja. Stoga je potrebno razvijati programe kojima će se zdravstveni djelatnici, uključujući i fizioterapeute, osposobljavati za suočavanje s profesionalnim stresom i sprječavanje izgaranja na poslu (84).

**Tablica 6. Prikaz provedenih istraživanja sagorijevanja kod fizioterapeuta**

<b>Autori i godina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>Upitnik kojim je mjerena iscrpljenost</b>	<b>Rezultati</b>
Campo i sur. (2000)	882	<i>Job Content Questionnaire (JCQ)</i>	16 % fizioterapeuta tijekom praćenja za potrebe istraživanja promijenilo mjesto rada, dok je više od polovice ispitanika osjećalo fizičku bol koja je posljedica njihova posla.
Hariss i sur. (1987)	169	ONQ( <i>Occupational Needs Questionnaire</i> )+subjektivna skala profesionalnog sagorijevanja 5%-95%	Zadovoljstvo aspektima posla, kao što su postignuća i kreativnost, niže je od razine nezadovoljstva zbog radnog vremena, radnog opterećenja i organizacijske učinkovitosti.
Pustułka-Piwnik i sur. (2014)	151	<i>Maslach Burnout Inventory</i>	Emocionalna iscrpljenost bila je značajno viša među fizioterapeutima koji rade s odraslima i koji su zaposleni u bolnicama, depersonalizacija je bila veća kod muškaraca, bolničkih djelatnika i zaposlenika s 15 do 19 godina radnog staža, dok je osobno postignuće bilo smanjeno kod muškaraca i manje obrazovanih terapeuta.
Śliwiński i sur. (2014)	200	<i>Life Satisfaction Questionnaire (LSQ)</i> <i>Burnout Scale Inventory (BSI)</i>	Postoje statistički značajne razlike u ukupnom životnom zadovoljstvu između ispitanih skupina fizioterapeuta s obzirom na duljinu radnog staža. fizioterapeuti s više od 15 godina radnog staža više zadovoljni od onih s manje od pet godina i onih s između pet i 15 godina radnog staža. P=0,03
Al-Imam DM, Al-Sobayel HI (2014)	119	<i>Maslach Burnout Inventory</i>	Rezultati u sve tri dimenzije profesionalnog sagorijevanja, odnosno u emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji te percepciji smanjenog osobnog postignuća umjereni do visoki
Pavlakis i sur. (2010)	172	<i>Maslach Burnout Inventory</i>	46 % smatra da je posao fizioterapeuta stresan. (p=0,038)
Saganha JP i sur. (2012)	106	<i>Maslach Burnout Inventory</i>	31,2 % pokazuje znakove profesionalnog sagorijevanja, od čega 3,8 % ispitanika ozbiljne znakove, a ostalih 27,4 % umjerene

## **2. CILJ RADA**

Glavni cilj ovog ispitivanja je utvrditi postojanje razlike u iscrpljenosti poslom između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta.

Specifični cilj istraživanja: Utvrditi stupanj iscrpljenosti fizioterapeuta zaposlenih u KBC-u Split pri Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom odnosno onih koji su zaposleni u Ustanovama za kućnu njegu i rehabilitaciju u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

Hipoteza: Iscrpljenost poslom kod patronažnih fizioterapeuta veća je od one kod bolničkih fizioterapeuta.

### **3. MATERIJALI I METODE**

#### **3.1. Uzorak ispitanika**

Istraživanje je provedeno na fizioterapeutima u Splitsko-dalmatinskoj županiji, točnije u Splitu u razdoblju od lipanja do rujna 2016. godine. Istraživanje je bilo potpuno anonimno i dobrovoljno. Ukupno je sudjelovalo 60 fizioterapeuta, i to 30 iz Kliničkog bolničkog centra Split te 30 iz Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući.

Kriteriji uključivanja: Fizioterapeuti zaposleni u KBC-u Split na Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom te fizioterapeuti zaposleni u zdravstvenim ustanovama za rehabilitaciju u kući u Splitsko-dalmatinskoj županiji.

Kriteriji isključivanja: nema

#### **3.2. Metode istraživanja**

Za istraživanje je korišten Maslach upitnik; Maslach Burnout Inventory (MBI) koji je najčešće korišten alat u ispitivanju sagorijevanja. Kako bi ustanovio rizik od sagorijevanja Maslach upitnik istražuje tri komponente: emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i osobno postignuće. Upitnik je detaljno opisan u uvodnom dijelu rada (1.2.2. Metode mjerenja iscrpljenosti). Maslach upitnik u originalu Christine Maslach, Susan E. Jackson i Michele P. Leiter preveden je na hrvatski jezik 2012. godine kao Priručnik za Maslachin upitnik izgaranja na poslu. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2012. 58str. 266-90.

Budući da se upitnik sastoji od tri dijela (emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i osobni uspjeh) ispitivali smo svaki dio zasebno te njihove međusobne korelacije. Cronbach's alpha za podljestvicu A ovog upitnika (emocionalna iscrpljenost) iznosi 0,850. Cronbach's alpha za podljestvicu B ( depersonalizacija) iznosi 0,779 te za treću podljestvicu C (osobni uspjeh) 0,840.

#### **3.3. Analiza podataka**

U cilju iznalaženja odgovora na postavljene ciljeve istraživanja primijenjeni su statistički postupci obrade podataka. Za analizu podataka korišten je program SPSS

19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). U prvom koraku za sve ključne varijable prikazani su deskriptivni podatci koji su uključivali frekvencije i udjele ispitanika po kategorijama za opće varijable, te mjere centralne tendencije, standardne devijacije i intervali pouzdanosti.

Korištene su metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja, metode deskriptivne statistike, Mann-Whitney U test, test razlike u proporcijama, te korelacijska analiza.

Metodama grafičkog i tabelarnog istraživanja prikazana je zastupljenost modaliteta odabranih obilježja u promatranom uzorku.

Deskriptivna statistika je korištena kod prikazivanja srednjih vrijednosti i pokazatelja disperzije emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i osobnog uspjeha.

Mann-Whitney U test neparametrijski je test koji je primjereno koristiti kao zamjena za parametrijski T-test ukoliko nisu zadovoljeni nužni preduvjeti za provođenje parametrijskih testova (normlanost distribucije, numerička varijabla i sl.).

Korelacijskom analizom testira se povezanost između kretanja dvaju varijabli. Korišten je Pearsonov test korelacije.

### **3.4. Etička pitanja**

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (Ur. br: 2181-228-06-16-002). Pristanak na provođenje upitnika također sam dobila od Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split za ispitivanje zaposlenika (fizioterapeuta) bolnice (Ur. br: 2181-147-01/06/J.B.-16-2) te od ravnatelja patronažnih ustanova na čijim zaposlenicima sam vršila istraživanje (potvrde ovjerene potpisom).

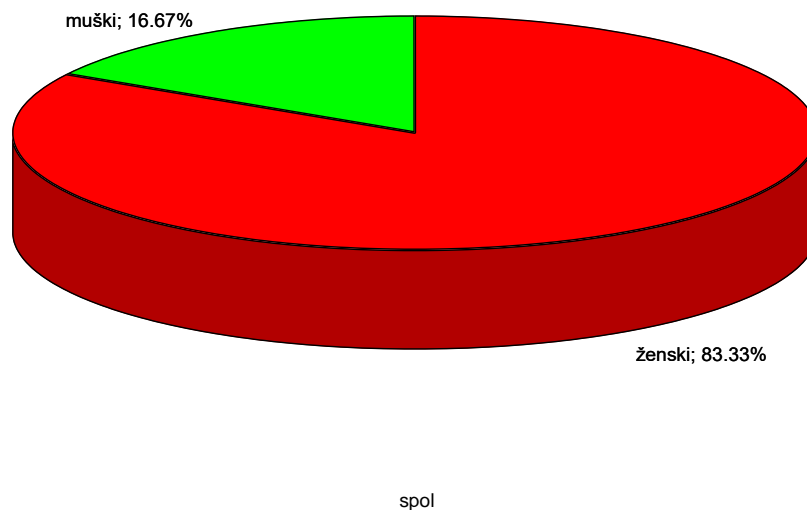
## 4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 60 ispitanika, točnije 30 bolničkih i 30 patronažnih fizioterapeuta u dobi od 27 do 60 godina, od kojih bilo 10 muškaraca i 50 žena. Između ove dvije skupine nije bilo razlika u spolu (5 muškaraca, 25 žena u svakoj skupini), dok se prosječna dob značajno razlikovala te je kod bolničkih fizioterapeuta iznosila 48, a kod patronažnih 38 godina. Razlike u stručnoj spremi također nije bilo, najviše ispitanika imalo je VŠS u obje skupine (tablica 7).

**Tablica 7. Sociodemografski podatci bolničkih i patronažnih fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini**

Varijabla	Fizioterapeuti		p
	Bolnički (n=30)	Patronažni (n=30)	
<b>Spol</b>			
M (n,%)	5 (8,3)	5 (8,3)	1
Ž (n,%)	25 (41,7)	25 (41,7)	
<b>Dob</b>			
(M±SD, 95% CI)	47,9±8,65 (44,57-51,13)	37,5±7 (34,85-40,08)	<0,001
<b>Stručna sprema(n,%)</b>			
SSS	2 (3,3)	3 (5,0)	0,896
VŠS	27 (45,0)	26 (43,3)	
VSS	1 (1,7)	1 (1,7)	





Slika 4. Grafički prikaz raspodjele po spolu za ukupni broj fizioterapeuta (bolnički i patronažni)

U tablici 8 opisana je razlika između patronažnih i bolničkih fizioterapeuta u sva tri segmenta „burnouta“. Prosječna emocionalna iscrpljenost kod bolničkih fizioterapeuta iznosi 2,11 uz SD od 1,14, dok kod patronažnih fizioterapeuta iznosi 2,52 uz SD od 1,33. Iz dobivenih podataka možemo vidjeti da ne postoji statistički značajna razlika u emocionalnoj iscrpljenosti između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta ( $p=0,211$ ).

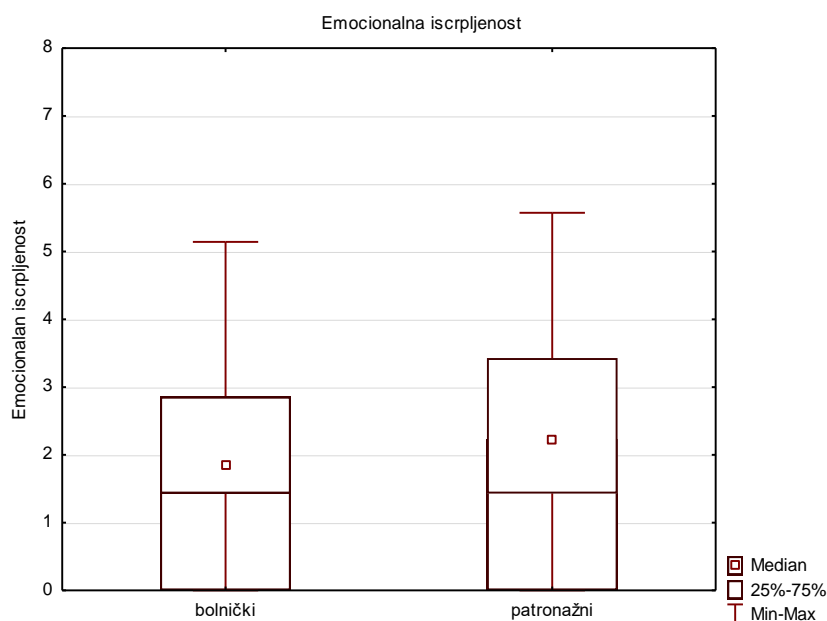
Medijan za depersonalizaciju kod bolničkih fizioterapeuta iznosi 0,85 uz IQR od 0,29 do 1,57 dok kod patronažnih iznosi 1,00 uz IQR od 0,43 do 1,43. Iz navedenih podataka vidljivo je da ne postoji statistički značajna razlika u pojavi depersonalizacije kod bolničkih i patronažnih fizioterapeuta ( $p=0,558$ ).

Medijan za osobni uspjeh kod bolničkih fizioterapeuta iznosi 5,13 uz IQR od 4,00 do 5,63, dok kod patronažnih iznosi 5,50 uz IQR od 5,00 do 5,65. Ne postoji statistički značajna razlika u doživljavanju osobnog uspjeha između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta ( $p=0,070$ ).

**Tablica 8. Sagorijevanje bolničkih i patronažnih fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini**

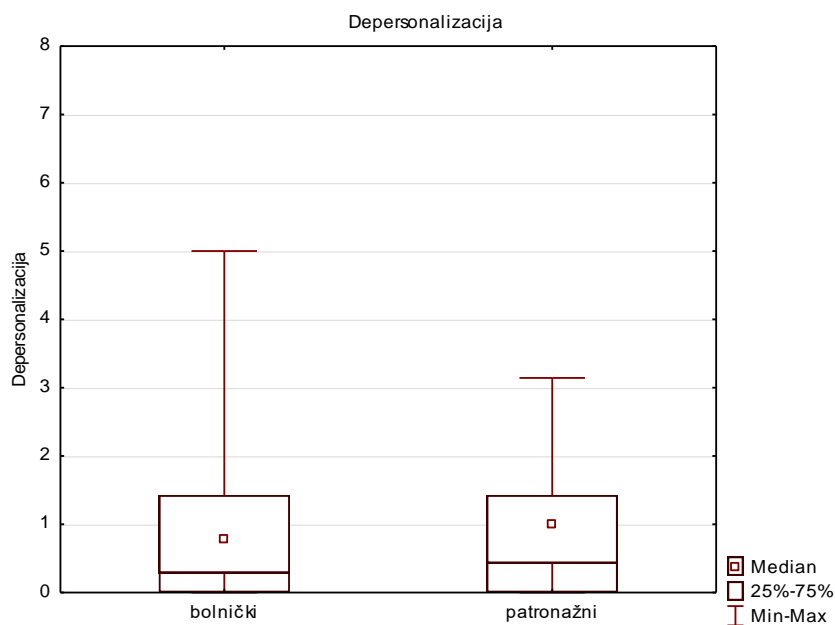
Varijabla	Bolnički(n=30)	Patronažni (n=30)	p
<b>Emocionalna iscrpljenost (M, SD, 95% CI)</b>	2,11±1,14 (1,69-2,54)	2,52±1,33 (2,02-3,02)	0,211
<b>Depersonalizacija (Md, IQR, 95% CI)</b>	0,85 0,29-1,57 (0,72-1,66)	1,00 0,43-1,43 (0,77-1,30)	0,558
<b>Osobni uspjeh (Md, IQR, 95% CI)</b>	5,13 4,00-5,63 (4,23-5,16)	5,50 5,00-5,65 (4,98-5,52)	0,070

Rezultati su prikazani i grafički za svaku varijablu pojedinačno:



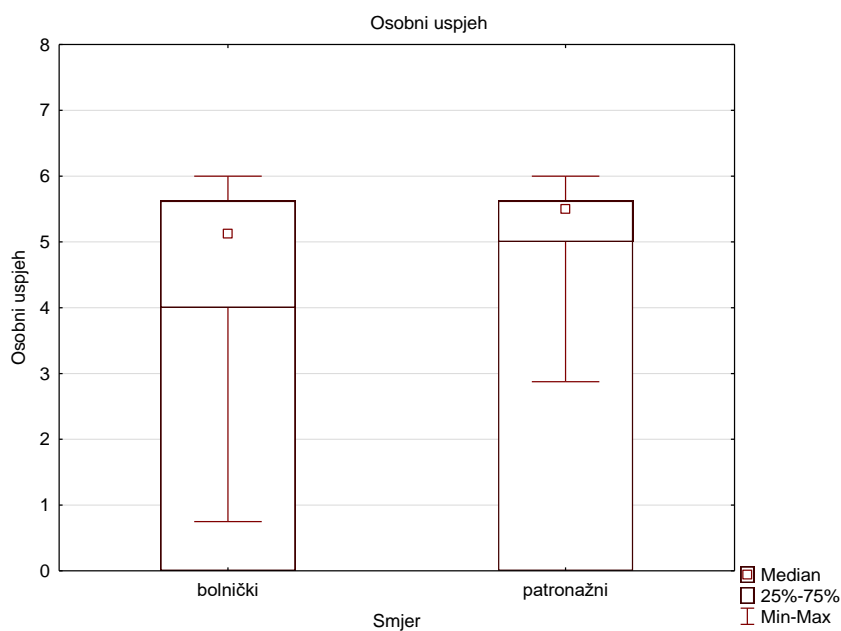
**Slika 5. Grafički prikaz emocionalne iscrpljenosti kod bolničkih i patronažnih fizioterapeuta**

Iz grafa se može uočiti postojanje blago veće emocionalne iscrpljenosti patronažnih zaposlenika. Razlika nije statistički značajna.



Slika 6. Grafički prikaz depersonalizacije kod bolničkih i patronažnih fizioterapeuta

Iz grafa se može iščitati postojanje blago veća depersonalizacija patronažnih zaposlenika. Razlika nije statistički značajna.



Slika 7. Grafički prikaz za osobni uspjeh kod bolničkih i patronažnih fizioterapeuta

Iz grafa se može uočiti postojanje blago većeg osobnog uspjeha patronažnih zaposlenika. Razlika nije statistički značajna.

## Razina sagorijevanja

### 1. Bolnički fizioterapeuti

**Tablica 9. Razina emocionalne iscrpljenosti kod bolničkih fizioterapeuta**

Razina	Broj ispitanika	%
Visoka razina sagorijevanja	2	6,67
Niska razina sagorijevanja	19	63,33
Umjerena razina sagorijevanja	9	30,00
<b>Ukupno</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Visoka razina emocionalne iscrpljenosti prisutna je kod 6,67% ispitanika.

**Tablica 10. Razina depersonalizacije kod bolničkih fizioterapeuta**

Razina	Broj ispitanika	%
Visoka razina sagorijevanja	7	23,33
Niska razina sagorijevanja	15	50,00
Umjerena razina sagorijevanja	8	26,67
<b>Ukupno</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Visoka razina depersonalizacije prisutna je kod 23,33% ispitanika.

**Tablica 11. Razina osobnog uspjeha kod bolničkih fizioterapeuta**

Razina	Broj ispitanika	%
Visoka razina sagorijevanja	8	26,67
Umjeren razina sagorijevanja	6	20,00
Niska razina sagorijevanja	16	53,33
<b>Ukupno</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Visoka razina sagorijevanja za osobni uspjeh prisutna je kod 26,67% ispitanika.

## 2. Patronažni fizioterapeuti

**Tablica 12. Razina emocionalne iscrpljenosti kod patronažnih fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	4	13,33
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	18	60,00
<b>Umjerena razina sagorijevanja</b>	8	26,67
<b>Ukupno</b>	30	100,00

Visoka razina emocionalne iscrpljenosti prisutna je kod 13,33% ispitanika.

**Tablica 13. Razina depersonalizacije kod patronažnih fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	5	16,67
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	12	40,00
<b>Umjeren sagorijevanja</b>	13	43,33
<b>Ukupno</b>	30	100,00

Visoka razina depersonalizacije prisutna je kod 16,67% ispitanika.

**Tablica 14. Razina osobnog uspjeha kod patronažnih fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	3	10,00
<b>Umjerena razina sagorijevanja</b>	3	10,00
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	24	80,00
<b>Ukupno</b>	30	100,00

Visoka razina sagorijevanja za osobni uspjeh prisutna je kod 10% ispitanika.

### 3. Ukupan broj fizioterapeuta

**Tablica 15. Razina emocionalne iscrpljenosti za ukupan broj fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	6	10,00
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	37	61,67
<b>Umjerena razina sagorijevanja</b>	17	28,33
<b>Ukupno</b>	60	100,00

Visoka razina emocionalne iscrpljenost prisutna je kod ukupno 10% fizioterapeuta.

**Tablica 16. Razina depersonalizacije za ukupan broj fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	12	20,00
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	27	45,00
<b>Umjeren sagorijevanja</b>	21	35,00
<b>Ukupno</b>	60	100,00

Visoka razina depersonalizacije prisutna je kod ukupno 20% fizioterapeuta.

**Tablica 17. Razina osobnog uspjeha za ukupan broj fizioterapeuta**

<b>Razina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>%</b>
<b>Visoka razina sagorijevanja</b>	11	18,33
<b>Umjeren sagorijevanja</b>	9	15,00
<b>Niska razina sagorijevanja</b>	40	66,67
<b>Ukupno</b>	60	100,00

Visoka razina sagorijevanja na području osobnog uspjeha kod ukupno 18,33% fizioterapeuta.

U tablici 18 prikazane su razlike u emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji i doživljavanju osobnog uspjeha između muškaraca i žena.

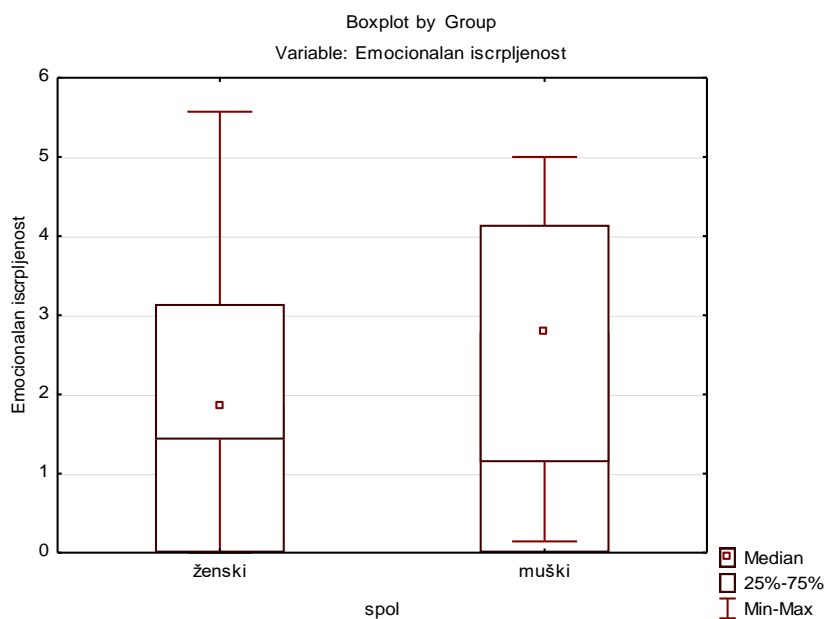
Prosječna vrijednost za emocionalnu iscrpljenost kod muškaraca iznosi 2,73 uz SD od 1,57, dok kod žena iznosi 2,23 uz SD od 1,17. Iz navedenih podataka proizlazi da ne postoji statistički značajna razlika u emocionalnoj iscrpljenosti između muškaraca i žena ( $p=0,225$ ).

Medijan za depersonalizaciju kod muškaraca iznosi 1,00 uz IQR od 0,64 do 2,89, a kod žena medijan iznosi 0,86 uz IQR od 0,29 do 1,32. Ne postoji statistički značajna razlika u pojavi depersonalizacije između muškaraca i žena ( $p=0,203$ ).

Medijan za osobni uspjeh kod muškaraca iznosi 5,06 uz IQR od 4,00 do 5,59, dok kod žena medijan iznosi 5,00 uz IQR od 4,75 do 5,63. Iz priloženog slijedi da ne postoji statistički značajna razlika u doživljaju osobnog uspjeha između muškaraca i žena ( $p=0,474$ ).

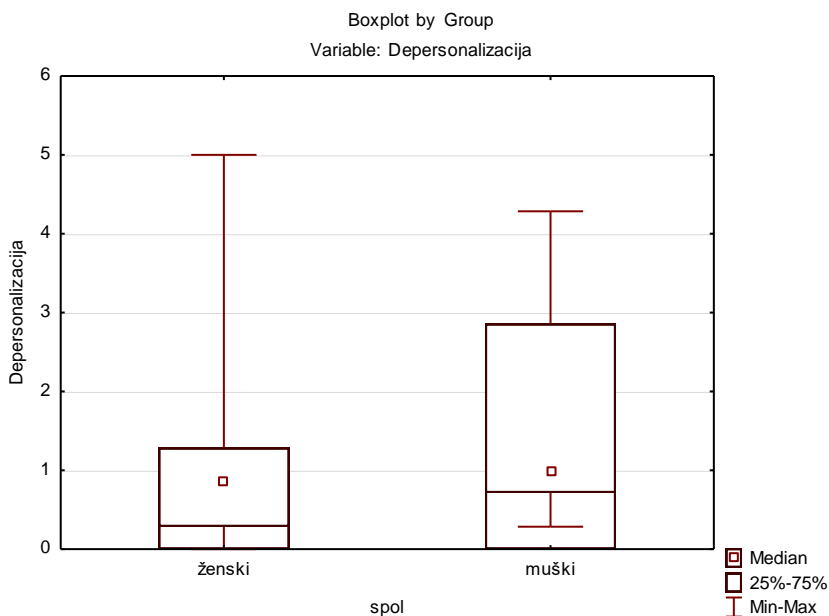
**Tablica 18. Razlike u emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji i osobnom uspjehu u odnosu na spol kod fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini**

<b>Varijabla</b>	<b>muški(n=30)</b>	<b>žene (n=30)</b>	<b>p</b>
<b>Emocionalan iscrpljenost (M, SD, 95% CI)</b>	2,73±1,57 (1,60-3,85)	2,23±1,17 (1,90-2,57)	0,255
<b>Depersonalizacija (Md, IQR, 95% CI)</b>	1,00 0,64-2,89 (0,66-2,59)	0,86 0,29-1,32 (0,75-1,28)	0,203
<b>Osobni uspjeh (Md, IQR, 95% CI)</b>	5,06 4,00-5,59 (4,16-5,52)	5,00 4,75-5,63 (4,67-5,31)	0,474



Slika 8. Grafički prikaz razlike po spolu u emocionalnoj iscrpljenosti kod ukupnog broja fizioterapeuta

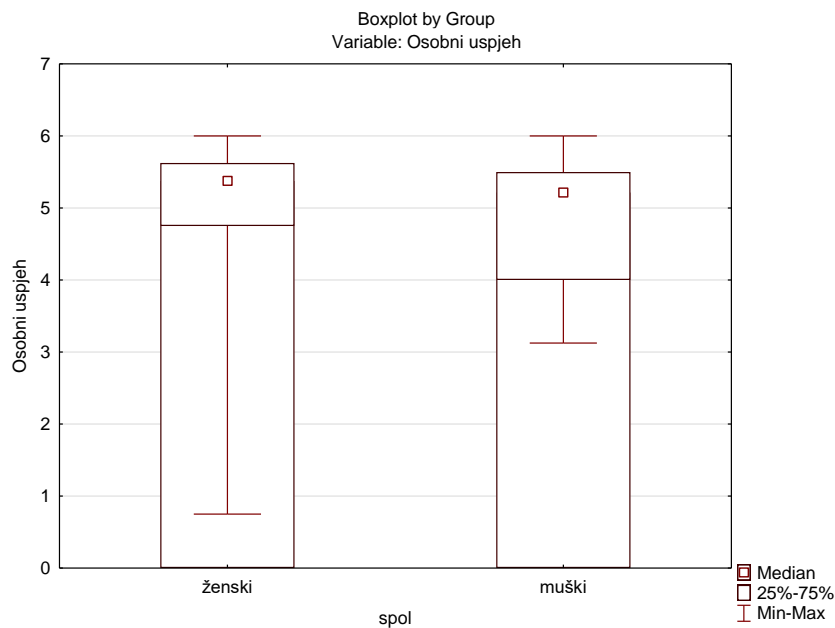
Iz grafičkog prikaza može se uočiti da su zaposlenici muškog spola bilježili blago veće vrijednosti emocionalne iscrpljenosti. Razlika nije statistički značajna.



Slika 9. Grafički prikaz razlike po spolu u depersonalizaciji kod ukupnog broja fizioterapeuta



Iz grafičkog prikaza može se uočiti da su zaposlenici muškog spola bilježili blago veće vrijednosti u depersonalizaciji. Razlika nije statistički značajna.



Slika 10. Grafički prikaz razlike po spolu u osobnom uspjehu kod ukupnog broja fizioterapeuta

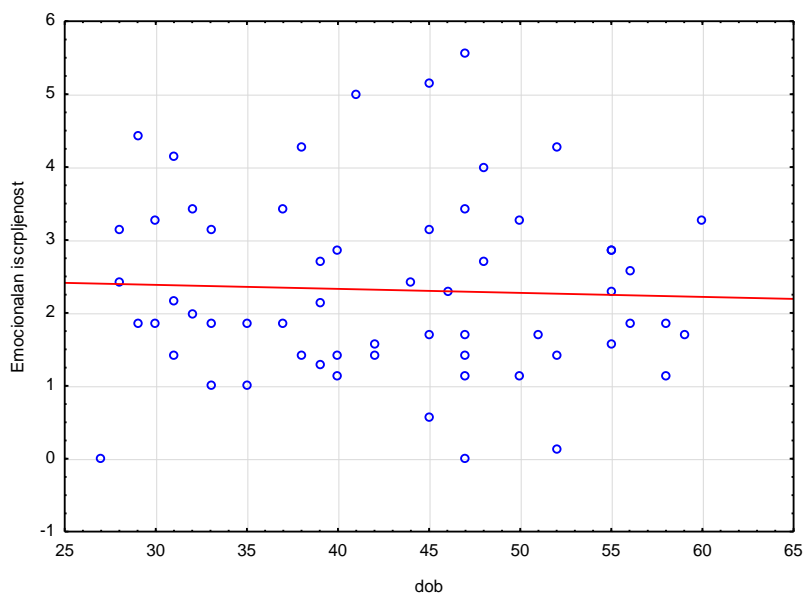
Iz grafičkog prikaza može se uočiti da su zaposlenici ženskog spola bilježili blago veće vrijednosti u osobnom uspjehu. Razlika nije statistički značajna.

U tablici 19 prikazana je povezanost između dobi i svake od kategorija sagorijevanja tj. da dob ne korelira sa rezultatima pojave emocionalne iscrpljenosti ( $r=-0,044$ ,  $p=0,741$ ), depersonalizacije ( $r=0,085$ ,  $p=0,52$ ) i doživljaja osobnog uspjeha ( $r=-0,127$ ,  $p=0,334$ ).

**Tablica 19. Korelacija dobi s podljestvicama; emocionalnom iscrpljenosti, depersonalizacijom i osobnim uspjehom kod fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini**

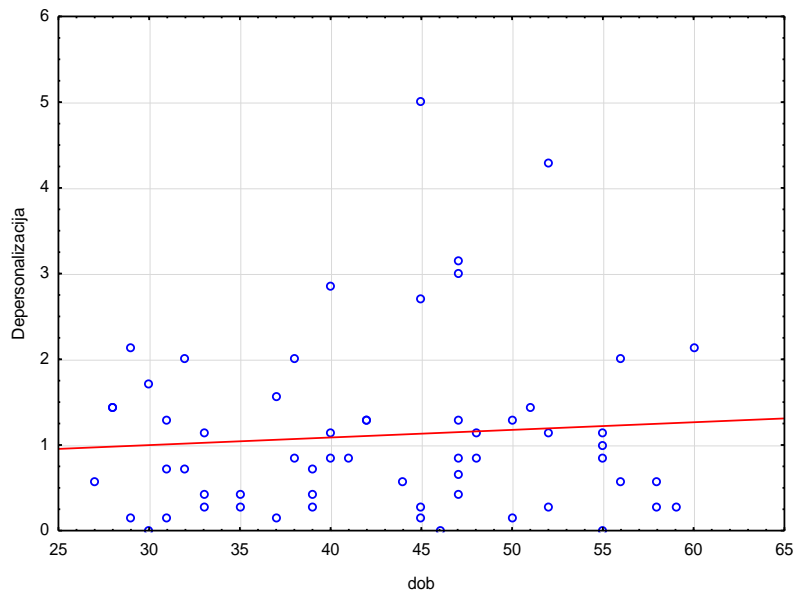
		Dob
<b>Emocionalna iscrpljenost</b>	r	-0,044
	p	0,741
<b>Depersonalizacija</b>	r	0,085
	p	0,52
<b>Osobni uspjeh</b>	r	-0,127
	p	0,334

Rezultati su prikazani i grafički dijagramom rasipanja.



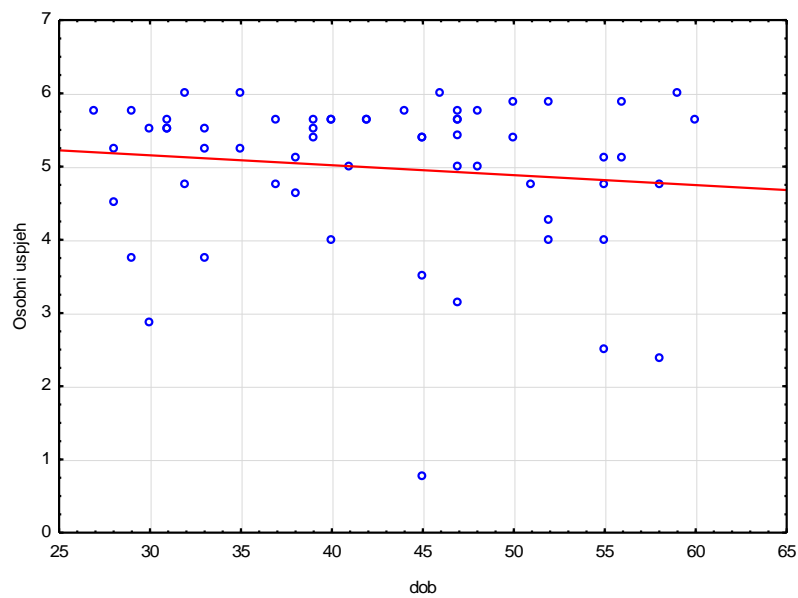
Slika 11. Dijagram rasipanja emocionalne iscrpljenosti i dobi

Iz grafičkog prikaza se može uočiti velika raspršenost što upućuje na zaključak da veza između emocionalne iscrpljenosti i dobi ne postoji.



Slika 12. Dijagram rasipanja depersonalizacije i dobi

Iz grafičkog prikaza se može uočiti velika raspršenost što upućuje na zaključak da veza između depersonalizacije i dobi ne postoji.



Slika 13. Dijagram rasipanja osobnog uspjeha i dobi

Iz grafičkog prikaza se može uočiti velika raspršenost što upućuje na zaključak da veza između osobnog uspjeha i dobi ne postoji.

## 5. RASPRAVA

U istraživanju koje sam provela na fizioterapeutima u Splitsko-dalmatinskoj županiji, točnije onima koji su zaposleni u KBC - u Split te patronažnim fizioterapeutima koji rade u Ustanovama za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući dobila sam sljedeće rezultate. Hipoteza kako će iscrpljenost poslom kod fizioterapeuta u patronažnoj skrbi biti veća od iscrpljenosti kod fizioterapeuta koji su zaposleni u KBC - u nakon statističke analize nije dokazana tj. ne postoji statistički značajna razlika u iscrpljenosti i sagorijevanju između ove dvije ispitivane skupine.

Pretraživanjem znanstvenih baza podataka nisam pronašla niti jedan rad koji je istraživao sagorijevanje između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta već je u svim radovima pisalo o sagorijevanju kod fizioterapeuta općenito.

S obzirom na to kako nije bilo statistički značajne razlike između ispitivanih skupina u sagorijevanju u komparaciji s drugim radovima koristili smo ukupan broj ispitanika iz našeg istraživanja.

Kod ukupnog broja fizioterapeuta mjerena je i razlika u iscrpljenosti među spolovima, a rezultati su pokazali da ne postoji značajna razlika u sagorijevanju između muškaraca i žena. S obzirom na to mogu se nadovezati na istraživanje koje su proveli Nowakowska-Domagala i sur., a obuhvatilo je 117 radno aktivnih fizioterapeuta (90 žena i 27 muškaraca) u Poljskoj. Rezultati istraživanja pokazali su da nema razlike u sagorijevanju između muškaraca i žena te se u tom segmentu naša istraživanja podudaraju. Budući da je za mjerenje sagorijevanja korišten MBI upitnik koji je podijeljen na tri dijela, rezultati svakog od njih za ukupni uzorak iznosili su: 17% fizioterapeuta imalo je visok stupanj emocionalne iscrpljenosti, 16% visok stupanj depersonalizacije i 15% fizioterapeuta imalo je smanjen osjećaj osobnog postignuća. Ispitanici tog istraživanja imali su nešto nižu razinu emocionalne iscrpljenosti i osjećaja osobnog postignuća nego kod ostalih studija što može biti rezultat kratkog radnog vijeka većine ispitanika, pa smatra da nisu još podlegli utjecaju stresa kroz taj kraći period (18).

U mom istraživanju visok stupanj emocionalne iscrpljenosti imalo je 10% svih fizioterapeuta, visok stupanj depersonalizacije njih 20% te osjećaj smanjenog osobnog uspjeha 18,33%. S obzirom na ove rezultate, nema velikih odstupanja u sagorijevanju u mom istraživanju u odnosu na istraživanje Nowakowske –Domagale i suradnika.

Nadalje, u istraživanju Al-Imam-a i sur. provedenom na 119 fizioterapeuta zaposlenih u bolnicama u Saudijskoj Arabiji također ne postoji razlika u sagorijevanju između muškaraca i žena, a rizik od visoke emocionalne iscrpljenosti pronađen je kod 42% fizioterapeuta, što je znano više nego u mom istraživanju. Umjeren stupanj depersonalizacije prisutan je kod njih 39,4% koji je i kod mojih ispitanika bio sličan i iznosio 35%. Međutim, 45 ispitanika pokazalo je visoku razinu profesionalne učinkovitosti (37,8%). Srednji rezultati za cijeli uzorak za iscrpljenost, depersonalizaciju i osobni uspjeh ukazuju da fizioterapeuti u ovom uzorku imaju umjerenu razinu izgaranja dok u mom istraživanju imaju nisku razinu sagorijevanja. Istraživači su zaključili da na sagorijevanje djeluje više čimbenika iz radne okoline kao što su: mjesto rada tj. subspecijalizacija, pozicija i iskustvo, radno opterećenje, kontrola unutar organizacije te nedostatak pravednosti. Vrijednost same organizacije podudara se s vrijednošću zaposlenika te se na taj način očituje i povećan radni angažman (81).

Saganha i sur. u svom istraživanju ispitali su 106 fizioterapeuta (36 muškaraca i 70 žena). Emocionalna iscrpljenost bila je prisutna kod 49% fizioterapeuta, depersonalizacija kod 33,9% te smanjen osjećaj osobnog postignuća kod 31,2%, od kojih je njih 3,8% pokazalo visok stupanj, a njih 27,4% umjeren stupanj sagorijevanja. U istraživanju su promatrali utjecaj takozvane „*qigong*“ terapije, nešto slično meditaciji koja je značajno smanjila sagorijevanje u svakoj od tri navedene dimenzije. Unutar ispitivane skupine *qigong* terapija je snižavala srednju vrijednost emocionalne iscrpljenosti podljestvice od 38,0 do 31,4, dok je u kontrolnoj skupini vrijednosti porasle sa 33,9 na 37,9. Razlike između dvije skupine bile su statistički značajne ( $p=0,023$ ). *Qigong* terapija je smanjila srednju vrijednost depersonalizacijske podljestvice od 10,8 do 6,8. U kontrolama vrijednost je porasla od 7,3 do 10,6. Razlika između dvije skupine bila je statistički značajna ( $p = 0,013$ ). Srednje vrijednosti podljestvice osobnog postignuća smanjene su u obje skupine: od 35,4 do 33,9 u intervencijskoj skupini, a od 37,5 do 37,1 u kontrolnoj skupini. Razlika između dvije skupine nije bila statistički značajna (83). Ovo istraživanje je pokazalo veću razinu sagorijevanja nego u mom istraživanju te se temeljilo na načinu smanjivanje razine sagorijevanja kod fizioterapeuta. Budući da su rezultati bili pozitivni, a terapija se

primjenjuje samo dva puta dnevno po 5 minuta, vrijedilo bi razmotriti takvu vrstu terapije.

Balogun i suradnici proveli su istraživanje na 169 fizioterapeuta i 138 radnih terapeuta u nekoliko klinika u New Yorku. Ukupni rezultati MBI pokazali su visok stupanj emocionalne iscrpljenosti (28.9 +/- 6.8), visok stupanj depersonalizacije (18.3 +/- 4.7) i nizak osjećaj osobnog postignuća (18.0 +/- 7.0). Faktori koji su utjecali na emocionalnu iscrpljenost bili su broj djece, vjerska pripadnost i razina podrške od strane nadređenog. Faktor koji je utjecao na osobni uspjeh bio je razina podrške kolega, a faktori za depersonalizaciju nisu posebno naznačeni (85). Rezultati sagorijevanja su veći nego kod mog istraživanja, moguće zbog većeg uzorka ispitanika, te ukazuju na potrebu reorganizacije radne okoline.

Wandling i Smith proveli su istraživanje o sagorijevanju među fizioterapeutima koji rade isključivo na ortopediji u 6 američkih država u različitim klinikama. Rezultati se nisu statistički značajno razlikovali s obzirom na spol terapeuta te je još jednom, kao i u mom radu, potvrđeno da spol bitno ne utječe na razinu sagorijevanja. Što se tiče dobi, sve dobne skupine imale su nisku razinu sagorijevanja s obzirom na osobi uspjeh i depersonalizaciju dok je stupanj emocionalne iscrpljenosti bio umjeren (osim u dobi 34-41 kada je bio nizak). S obzirom na godine staža, svi fizioterapeuti imali su nisku razinu sagorijevanja, osim emocionalne iscrpljenosti, a oni koji rade više od 16 godina imali su najnižu razinu sagorijevanja kroz sve tri skale (86). Dužina radnog staža očito je imala utjecaj na razinu sagorijevanja te su se oni s duljim stažom lakše nosili sa stresom i sagorijevanjem. Vjerojatno su se s godinama naučili na takav način rada, tome se prilagodili i svakodnevno se susreću s već poznatim situacijama i problemima. Budući da je sveukupno sagorijevanje kod svih fizioterapeuta bilo na niskoj razini, možemo pretpostaviti da se fizioterapeuti koji rade s jednom skupinom pacijenata, u ovom slučaju s ortopedskim pacijentima, susreću s manje stresnim situacijama jer je domena rada uvijek ista bez velikih izazova koji mogu biti izvor stesa. Kod ovog istraživanja, a i mnogih drugih možemo zaključiti da je emocionalna iscrpljenost najvažnija kategorija koja vodi ka sagorijevanju.

Istraživanje provedeno na fizioterapeutima u Južnoj Australiji odnosilo se na one koji su diplomirali u posljednjih 5 godina. Scutter i Goold ispitali su 66 fizioterapeuta (44 žene i 22 muškarca) koji su ispunili uvjet da rade više od 75% vremena od dana kada su diplomirali. 40 fizioterapeuta (60%) prijavilo je umjeren do visok stupanj emocionalne iscrpljenosti, njih 29 (44%) imalo je umjerene do visok stupanj depersonalizacije, a samo njih 6% imalo je nizak stupanj osobnog postignuća. Autori istraživanja zaključili su da fizioterapeuti koji su u braku ili u stabilnoj vezi imaju manji stupanj sagorijevanja pod pretpostavkom da imaju podršku partnera i lakše se nose sa stresom na poslu. Također fizioterapeuti koji imaju više radnog iskustva imaju manji stupanj sagorijevanja od onih koji su nedavno diplomirali, a kao razlog tome navode se manji izazovi pa tako i manja razočarenja od strane starijih kolega (87). Kod ovog istraživanja također su visoke razine emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije što ukazuje na znatno veće sagorijevanje nego kod fizioterapeuta u mom istraživanju.

Istraživanje među radnim terapeutima i fizioterapeutima proveli su Schlenz i sur. U prosjeku su ispitanici pokazivali visoku razinu osjećaja osobnog uspjeha, prosječne razine emocionalne iscrpljenosti i niske razine depersonalizacije. Rezultati emocionalne iscrpljenosti iznosili su: 42,5 % ispitanika imalo je visok stupanj iscrpljenosti, 37,5 % ispitanika umjeren stupanj iscrpljenosti te 20% ispitanika nizak stupanj iscrpljenosti. Za depersonalizaciju; visok stupanj prijavilo je 10% ispitanika, umjeren stupanj njih 32,5%, te 57,5% ispitanika imalo je nizak stupanj depersonalizacije. Što se tiče osjećaja osobnog uspjeha 65% ispitanika imalo je visoku razinu, njih 30% umjerenu te samo 5% nisku razinu. Veću emocionalnu iscrpljenost povezali su sa neiskustvom fizioterapeuta koji se još ne znaju nositi sa stresom. Što se tiče osobnog uspjeha, zaključili su da je vrijednost te komponente u porastu s obzirom na sudjelovanje na seminarima, konferencijama i radionicama, zatim kvalitetnu komunikaciju s kolegama te godine radnog iskustva (88). Ono što je zajedničko fizioterapeutima iz mog istraživanje i onome koji su proveli Schlenz i sur. je visoka razina osobnog uspjeha koja kod mojih ispitanika iznosi 66,67% te umjeren stupanj depersonalizacije koja iznosi 35%. Visok stupanj emocionalne iscrpljenosti znatno je veći kod fizioterapeuta u ovom istraživanju u usporedbi s fizioterapeutima iz mog istraživanja.

Donohoe i suradnici proveli su istraživanje na fizioterapeutima u Massachusettsu koristeći MBI upitnik. Rezultati su pokazali da je visoka emocionalna iscrpljenost među fizioterapeutima bila prisutna kod njih 46%, visok stupanj depersonalizacije kod njih 20%, a vrlo nizak stupanj osobnog postignuća kod njih 60%. Ukupan uzorak pokazuje umjeren stupanj sagorijevanja. Povezanost čimbenika, dostignuća i vremenska ograničenja činili su 69% varijabilnosti emocionalne iscrpljenosti i 73% varijabilnosti u depersonalizaciji i osobnom ostvarenju. Sagorijevanje nije bilo značajno povezano s brojem godina prakse terapeuta, brojem godina na poslu ili brojem pacijenata koji se svakodnevno obrađuje (89). Kod ovog istraživanja sagorijevanje je također na višoj razini nego u mom istraživanju jer je stupanj osobnog postignuća znatno niži, dok je umjerena razina depersonalizacija jednaka kao u mom istraživanju tj. prisutna je kod 20% ispitanika.

Uzimajući u obzir rezultate svih ovih istraživanja dolazimo do zaključka da su fizioterapeuti općenito izloženi riziku od sagorijevanja, u nekim zemljama i klinikama više, u nekima manje te različita istraživanja navode i različite faktore rizika. Kao i ostalo medicinsko osoblje, fizioterapeuti su stalno u kontaktu s pacijentom te se moraju nositi s njihovim problemima, a pored toga takav način rada iziskuje konstantnu komunikaciju s kolegama i nadređenima te određene uvjete rada koji nisu uvijek idealni. Budući da je sagorijevanje sve više prisutno, potrebno je usvojiti tehnike suočavanja sa stresom te na taj način prevenirati da dođe do sindroma sagorijevanja.

Što se tiče rezultata mog istraživanja, smatram da je potrebno provesti detaljniju analizu jer postoji mogućnost da rezultati nisu u potpunosti vjerodostojni budući da je razina sagorijevanja niža nego u ostalim istraživanjima. Patronažni fizioterapeuti, koji su zaposlenici privatnih ustanova, ankete su ispunjavali anonimno, ali su ipak bili pod nadzorom svojih nadređenih te postoji mogućnost da odgovori nisu bili sasvim iskreni u strahu od mogućih sankcija.



## **6. ZAKLJUČAK**

Prema rezultatima istraživanja o iscrpljenosti poslom između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini, moguće je zaključiti sljedeće:

1. Ne postoji razlika u ukupnoj iscrpljenosti poslom između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini.
2. Ne postoji razlika u svakoj od zasebnih komponenti; emocionalnoj iscrpljenosti, depersonalizaciji i osobnom uspjehu.
3. Ne postoji razlika u iscrpljenosti među spolovima pri obavljanu fizioterapijske djelatnosti.
4. Ne postoji razlika u iscrpljenosti poslom kod fizioterapeuta s obzirom na njihovu dob.
5. Iscrpljenost kod fizioterapeuta nije vezana za mjesto rada već je posljedica izuzetno zahtjevnog i složenog rada s pacijentima.

## 7. SAŽETAK

**Uvod:** „Burnout“ je posljedica dugoročne izloženosti profesionalnom stresu. Sindrom je određen trima komponentama; emocionalnom iscrpljenosti, depersonalizacijom i osobnim uspjehom koje se mjere MBI upitnikom. Simptomi izgaranja uključuju mentalnu i fizičku iscrpljenost, praćeni psihosomatskim poremećajima i emocionalnim problemima. Najčešće je prisutan među takozvanim pomagačkim zanimanjima koje obilježava komunikacija s osobama kojima je potrebna pomoć druge osobe, a među njih spadaju sve medicinske struke pa tako i fizioterapeuti.

**Cilj istraživanja:** Utvrditi postojanje razlike u iscrpljenosti poslom između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta u Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2016. godini.

**Metode:** Istraživanje je provedeno na fizioterapeutima u Splitsko-dalmatinskoj županiji, točnije u Splitu u razdoblju od lipanja do rujna 2016. godine putem standardiziranog anketnog upitnika o sagorijevanju (Maslach Burnout Inventory). Istraživanje je bilo potpuno anonimno i dobrovoljno. Ukupno je sudjelovalo 60 fizioterapeuta, i to 30 iz Kliničkog bolničkog centra Split te 30 iz Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući na području grada Splita.

**Rezultati:** Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ne postoji značajna razlika u ukupnoj iscrpljenosti poslom, kao ni kod pojedinačnih komponenti (emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, osobni uspjeh) između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta. Također ne postoji značajna razlika u iscrpljenosti u odnosu na dob ili spol fizioterapeuta.

**Zaključak:** Iscrpljenosti poslom je prisutna kod fizioterapeuta u obe skupine, ali ne postoji razlika između bolničkih i patronažnih fizioterapeuta. Potrebna su detaljnija istraživanja koja će pridonijeti boljem razumijevanju ove problematike tj. faktora koji utječu na pojavu sindroma sagorijevanja i načina na koji ga se može spriječiti.

## 8. SUMMARY

**Background:** Burnout is a consequence of long-term exposure to professional stress. The syndrome is determined by three components; emotional exhaustion, depersonalization and personal success which are measured by the MBI questionnaire. Combustion symptoms include mental and physical exhaustion, followed by psychosomatic disorders and emotional problems. It is most often present among the so-called assisting professions that are marked by communication with people who need help from another person, including all medical professionals, as well as physiotherapist.

**Research objectives:** The aim of this study is to identify the existence of differences in job burnout between hospital physiotherapists and physiotherapists who work at patient's home in the Splitsko-dalmatinska County in 2016.

**Methods:** The study was conducted on physiotherapists in the Splitsko-dalmatinska County, precisely in Split, in the period from June to September 2016 through a standardized Maslach Burnout Inventory. The research was completely anonymous and voluntary. A total of 60 physiotherapists participated, of which 30 were employed in Clinical Hospital Center Split and 30 were working for various the Institutions for health care and rehabilitation at home in Split.

**Results:** The results of this research have shown that there is no statistically significant difference in job burnout between hospital physiotherapist and physiotherapists who work at patient's home. There is also no statistically significant difference in exhaustion physiotherapists of different age and sex.

**Conclusion:** Work exhaustion is present in both groups of physiotherapists, but there is no difference between these two groups. More detailed studies should be made in order to contribute to a better understanding of this problem ie factors affecting the occurrence of combustion syndrome and the ways in which it can be prevented.

## 9. LITERATURA

1. Hrvatski zbor fizioterapeuta, <http://www.hzf.hr/about>. (1.5.2017.)
2. Jakšić, M. Sindrom izgaranja na radnome mjestu = Burn out sindrom. Katolički bogoslovni fakultet, Đakovo, 2014.
3. Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2015; 28 (5): 875-89.
4. Aasland OG, Oloff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615-29.
5. Ajduković D. Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača (1996).. U: Ajduković D, Ajduković M. (ur.), Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 29-37.
6. Ajduković M. Sindrom sagorijevanja na poslu. U: Ajduković, D., Ajduković M.(ur.). Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb (1996). Društvo za psihološku pomoć, 21-27.
7. Zakon o zaštiti na radu NN 71/14, [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_06\\_71\\_1334.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_71_1334.html) (1.5.2017.)
8. Marlais M, Hudurović N. Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara/tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. *Sestrinski glasnik* 2015, 20 (1): 72-74.
9. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease *Ann.Med.* 2010; 42 (7):487-494.
10. Arambašić L. Stres i suočavanje – teorijski modeli i njihove implikacije za problem nezaposlenosti. *Suvremena psihologija*(2003). 6 (11), 103-127.
11. Cooper C. L, Dewe P. J, O'Driscoll, M. P. *Organizational stress: A review and critique of theory. Research and applications.* Thousand Oaks CA (2001): Sage Publications.
12. Cooper C. L, Sloan S. J, Williams S. *Occupational stress indicator.* Management gudies. Windsor (1988).: NFER-Nelson.

13. Ajduković, D, Ajduković, M. (ur.) (1996). Zašto je ugroženo mentalno zdravlje pomagača? Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 3-10.
14. Hudurović N, Krešić V. Izvješće – sindrom sagorijevanja na poslu. *Sestrinski glasnik* 2011; 16 (1): 129-131.
15. Škrinjar J, Fulgosi Masnjak R. Mjerne značajke skala procjena za ispitivanje profesionalne opterećenosti (burnout). *Defektologija* 1994; 30 (2): 127-137.
16. Trešek E. Sindrom sagorijevanja na radu kod zaposlenih u zdravstvu. Diplomski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb; 2015
17. Harris MJ, Fogel M, Blacconiere M. Job satisfaction among academic coordinators of clinical education in physical therapy. *Physical Therapy Journal*, 1987; 67 (6): 958-963.
18. Nowakowska-Domagala K, Jablkowska-Górecka K, Kostrzanowska-Jarmakowska L, Morton M, Stecz P. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*, 2015; 94 (28): 1.
19. Michinov N. Social comparison, perceived control, and occupational burnout. *Appl Psychol.* 2005;54(1):99–118
20. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *J Organ Behav.* 1991;12(2):123–44
21. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1996.
22. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.* 1996;81:123–33
23. Halbesleben JR, Buckley MR. Burnout in organizational life. *J Manage.* 2004;30(6):859–79
24. Škrinjar, J. Odnos zanimanja i strategija suočavanja i svladavanja burnout sindroma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 1996, 32 (1): 25-36.
25. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet, C. The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology* (2005). 20 (2), 178-187

26. Gandi J, Wai P, Karick H, Dagona Z. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine* 8:181-94
27. WHO. ICD - 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992.
28. <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm#difference> (29.5.2017.)
29. Kalauz S. (2008). Sindrom sagorijevanja na poslu medicinskih sestara. Zbornik radova 7. Kongresa kardiološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem, 16-18. listopada, 2008, Liječnički vjesnik, 2008. str. 120.
30. Schaufeli, T.W. Taris. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart . *Work and Stress*, 19 (3) (2005), pp. 256–262
31. A. Shirom, S. Melamed. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professional. *International Journal of Stress Management*, 13 (2) (2006), pp. 176–200
32. Reis D, Xanthopoulou D, Tsaousis I. Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries. *Burnout Research*, 2015; 2 (1): 8-18.
33. Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli WB, Schreurs PJG, Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work and Stress*, 2005; 19 (3): 238–255.
34. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 2005; 19 (3): 192–207.
35. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 2006; 13 (2): 176–200.
36. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*. 2013 Sep-Oct;11(5):412-20

37. van der Klink JJ1, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. 2001 February; 91(2): 270–276.
38. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2015 Feb;52(2):649-61.
39. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Dec;95(50):e5629.
40. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015 Aug 31;10(8):e0136955.
41. Gómez-Urquiza JL, Aneas-López AB, Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Díaz-Rodríguez L, Fuente GA. Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncol Nurs Forum*. 2016 May 1;43(3):E104-20.
42. Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *Int J Evid Based Healthc*. 2012 Jun;10(2):126-41.
43. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrão MN et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008 Nov;17(6):524-31.
44. Moradi Y, Baradaran HR, Yazdandoost M, Atrak S, Kashanian M. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2015 Jul 6;29(4):235.
45. Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2016 Oct 1;151(10):970-978.

46. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2004 Mar;50(1):54-65.
47. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):317-26.
48. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016; 11(7): e0159015.
49. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013 Aug;10(4):242-5.
50. Singh P, Aulak DS, Mangat SS, Aulak MS. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occup Med (Lond)*. 2016 Jan;66(1):27-31.
51. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 May 31;10(6):2214-40
52. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017 Mar 16;17(1):264.
53. Seidler A1, Thinschmidt M, Deckert S, Then F, Hegewald J et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *J Occup Med Toxicol*. 2014 Mar 14;9(1):10.
54. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, Wu Q, Budavari AI. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 2013 Nov;8(11):653-64
55. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281
56. Walter U, Krugmann CS, Plaumann M. Preventing burnout? A systematic review of effectiveness of individual and combined approaches. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Feb;55(2):172-82



57. Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *Am J Occup Ther.* 2016 Mar-Apr;70(2):7002250020p1-7002250020p10.
58. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017 Feb 1;177(2):195-205
59. Vlada RH. Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015. - 2020. Zagreb, 2014.  
<https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2015/214%20sjednica%20Vlade//214%20-%208.pdf>
60. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care.* 14: 5-13
61. De Zwart BC, Frings-Dresen MH, Van Duivenbooden JC. Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occup Med (London)* 2002; 52: 177-81
62. Aasland OG, Olf M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615-29.
63. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-306
64. Mazzi B, Ferlin D. Sindrom sagorjelosti na poslu: Naš profesionalni problem. IV. kongres HDOD-HLZ. Rovinj: HDOD; 2004)
65. al-Ma'aitah R, Cameron S, Horsburgh ME, Armstrong - Stassen M. Predictors of job satisfaction, turnover, and burnout in female and male Jordanian nurses. *Can J Nurs Res* 1999; 31(3): 15–30
66. Chen SM, McMurray A. "Burnout" in intensive care nurses. *J Nurs Res* 2001; 9(5): 152–64.
67. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, NN 120/08, <https://www.zakon.hr/z/398/Zakon-o-fizioterapeutskoj-djelatnosti> (6.9.2016.)

68. Fizioterapeuti, <http://mrav.ffzg.hr/zanimanja/book/part2/node1106.htm> (6.9.2016.)
69. <http://www.zvu.hr/strucni-studij-fizioterapije/#> (25.5.2017.)
70. [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT\\_Policy\\_statements\\_2013.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Policy_statements_2013.pdf) (25.5.2017.)
71. <http://www.hkf.hr/Propisiobrascidokumenti/Zakonofizioterapeutskojdjelatnosti/tabid/68/Default.aspx> (31.5.2017.)
72. <http://statistika.hzz.hr/Statistika.aspx?tipIzvjestaja=1> (31.5.2017.)
73. [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_dentists,\\_pharmacists\\_and\\_physiotherapists](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists) (26.5.2017.)
74. Sabih F, Siddiqui FR, Baber MN. Assessment of stress among physiotherapy students at Riphah Centre of Rehabilitation Sciences. J Pak Med Assoc. 2013 Mar;63(3):346-9.
75. Campo MA, Weiser S, Koenig KL. Job strain in physical therapists. Physical Therapy Journal, 2009; 89 (9): 946-956
76. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato, Lucilene Cardoso, Carla Araújo Bastos Teixeira, Sandra de Souza Pereira, Emilene Reisdorfer. Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. Rev Lat Am Enfermagem. 2015 Jul-Aug; 23(4): 733–740
77. Mika Kivimäki, Ichiro Kawachi. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. Curr Cardiol Rep. 2015; 17(9): 74.
78. Bradford HA. The environment and disease: association or causation? Proc R Soc Med. 1965;58:295–300
79. Pustułka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywoszański Ł, Stożek J. Burnout syndrome in physical therapists – demographic and organizational factors. Medycyna pracy (Journal), 2014; 65 (4): 453-462.
80. Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D, Kijak E, Makara-Studzińska M. Burnout among physiotherapists and length of service. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 2014; 27 (2): 224-235.
81. Al-Imam DM, Al-Sobayel HI, The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational

- Factors: An Observational Study. *Journal of Physical Therapy Science*, 2014; 26 (8): 1193-1198.
82. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 2010; 11 (10): 63.
83. Saganha JP, Doenitz C, Greten T, Efferth T, Greten HJ. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Journal of Chinese Integrative Medicine (Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao)*, 2012; 10 (11): 1233-1239.
84. Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy* 2010; 96 (4): 303-10.
85. Balogun JA, Titiloye V, Balogun A, Oyeyemi A, Katz J. Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *J Allied Health*. 2002 Fall;31(3):131-9.
86. Wandling BJ, Smith BS. Burnout in orthopaedic physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1997 Sep;26(3):124-30.
87. Scutter S, Goold M. Burnout in recently qualified physiotherapists in South Australia. *Aust J Physiother*. 1995;41(2):115-8.
88. Schlenz KC, Guthrie MR, Dudgeon B. Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. *Am J Occup Ther*. 1995 Nov-Dec;49(10):986-93.
89. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, Schindler T, Jette DU. Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Phys Ther*. 1993 Nov;73(11):750-6; discussion 756-61.

## **10. ŽIVOTOPIS**

### OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Kristina Sedej

Datum i mjesto rođenja: 17.04.1988., Split

Državljanstvo: Hrvatsko

Kontakt broj: 095/845-1184

E-mail: kristinasedej1@gmail.com

### OBRAZOVANJE:

2013. – 2017. – Diplomski sveučilišni studij fizioterapije pri OZS – a u Splitu

2012. – Položila stručni ispit

2006. – 2009. – Stručni studij fizioterapije pri Medicinskom fakultetu u Splitu

2006. – Završila Opću gimnaziju „Vladimir Nazor“ u Splitu

### RADNO ISKUSTVO:

4/2017 – sada: zaposlenica Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju s reumatologijom u KBC – u Split

9/2013 – 4/2017 - Ustanova za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući „Octavius“

2/2013 – 7/2013 - Poliklinika „Jadran“

## 11. PRILOG

Molimo Vas da za svaku sljedeću tvrdnju označite **X** ispod broja koji odgovara stupnju Vaše suglasnosti s pojedinom tvrdnjom.

Pitanja	Nikad	Nekoliko puta godišnje	Jednom mjesečno	Više puta mjesečno	Jednom tjedno	Više puta tjedno	Svaki dan
<b>A dio</b>	0	1	2	3	4	5	6
Osjećam se emocionalno iscrpljen/a svojim poslom.							
Cjelodnevni rad s ljudima zahtijeva mnogo truda.							
Osjećam da sam slomljen/a od posla.							
Osjećam se frustriran/a poslom.							
Smatram da radim prenaporno na svom poslu.							
Izravan kontakt s ljudima na poslu djeluje na mene vrlo stresno.							
Osjećam da sam na izmaku snaga.							
Ukupno – A dio							

<b>Pitanja</b>	Nikad	Nekoliko puta godišnje	Jednom mjesečno	Više puta mjesečno	Jednom tjedno	Više puta tjedno	Svaki dan
<b>B dio</b>	0	1	2	3	4	5	6
Prema nekim pacijentima ponašam se kao da su objekti.							
Osjećam se umorno kada se ujutro probudim i moram provesti još jedan dan na poslu.							
Imam dojam da me neki pacijenti smatraju odgovornim/om za neke svoje probleme.							
Ponestaje mi strpljenja na kraju mog radnog dana.							
Ne marim za to što se događa nekima od mojih pacijenata.							
Manje suosjećam s ljudima otkad radim ovaj posao.							
Ovaj posao čini me manje brižnom osobom.							
Ukupno – B dio							

<b>Pitanja</b>	Nikad	Nekoliko puta godišnje	Jednom mjesečno	Više puta mjesečno	Jednom tjedno	Više puta tjedno	Svaki dan
<b>C dio</b>	0	1	2	3	4	5	6
Postižem ciljeve vrijedne truda u svom poslu.							
Osjećam se kao da sam pun/a energije.							
Imam razumijevanja za to kako se moji pacijenti osjećaju.							
Vrlo učinkovito rješavam probleme svojih pacijenata.							
S emocionalnim problemima na poslu nosim se vrlo smireno.							
Osjećam da kroz svoj posao imam pozitivan učinak na ljude.							
Stvaram opuštenu atmosferu sa svojim pacijentima.							
Osjećam se dobro kada sam blizak/ska sa svojim pacijentima na poslu.							
Ukupno – C dio							

**Zahvaljujemo na suradnji!**

