

# Utjecaj profesionalnog stresa na kvalitetu života medicinskih sestara

---

**Vučković, Luka**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2019**

*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:176:721641>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-04**

*Repository / Repozitorij:*



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[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

SESTRINSTVA

**Luka Vučković**

**UTJECAJ PROFESIONALNOG STRESA NA KVALITETU  
ŽIVOTA MEDICINSKIH SESTARA**

**Diplomski rad**

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

**Luka Vučković**

**UTJECAJ PROFESIONALNOG STRESA NA KVALITETU**

**ŽIVOTA MEDICINSKIH SESTARA**

**THE INFLUENCE OF PROFESSIONAL STRESS ON THE**

**QUALITY OF LIFE OF NURSES**

Mentor:

**Doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.**

**Diplomski rad / Master's thesis**

Split, 2019.

## **Zahvala**

Ovim putem želio bih se zahvaliti mentorici doc. dr. sc. Iris Jerončić – Tomić na svoj pomoći i vodstvu kroz pisanje ovog rada, kao i Marini, Nikoli, Dinu, Kreši i Ljilji koji su mi kroz prijateljstvo i kolegijalnost pomogli pri završavanju studija.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Kvaliteta života .....	4
1.1.1. Definicije kvalitete života .....	5
1.1.1. Mjerenje kvalitete života .....	6
1.2. Profesionalni stres .....	9
1.2.1. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestara .....	11
1.3. Posljedice profesionalnog stresa .....	14
1.3.1. Sindrom sagorijevanja.....	16
2. CILJ RADA .....	20
2.1. Cilj istraživanja .....	20
2.2. Hipoteze .....	21
3. MATERIJALI I METODE .....	22
3.1. Ustroj istraživanja .....	22
3.2. Ispitanici.....	22
3.3. Upitnici i postupci.....	23
3.3.1. Upitnik.....	23
3.4. Statistička analiza.....	24
4. REZULTATI.....	25
4.1. Sociodemografska obilježja ispitanika.....	25
4.2. Kvaliteta života.....	30
4.3. Kvaliteta i organizacija rada.....	37
5. RASPRAVA .....	46
6. ZAKLJUČCI.....	52
7. LITERATURA.....	53
8. SAŽETAK.....	59
9. SUMMARY .....	61
10. ŽIVOTOPIS .....	64

# 1. UVOD

Kvaliteta života je termin koji se upotrebljava u različitim profesijama, kao i u svakodnevnom govoru. Tom se pojmu pridaju različita značenja. Tako će u medicini kvaliteta života uglavnom označavati stupanj očuvanih funkcija bolesnika, u ekonomiji životni standard, dok političari i politolozi naglašavaju zajamčene slobode i prava građana te civilizacijska postignuća kao što su dostupnost obrazovanja i zdravstvene zaštite (1). Sam pojam kvalitete života podrazumijeva dobar život, odnosno život koji osim odsustva bolesti i financijske sigurnosti znači i postojanje osjećaja radosti, životnog zadovoljstva, unutrašnjeg mira. Nadalje, misli se na život bez posebne opterećenosti i život bez straha i neizvjesnosti (2). Uzimajući u obzir individualne i kulturološke razlike, možemo reći kako je percepcija kvalitetnog života različita te iz toga proizlazi da se radi o subjektivnom i multidimenzionalnom pojmu koji se mijenja ovisno o osobnim karakteristikama, kao i karakteristikama sredine u kojoj se pojedinac nalazi.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 58% svjetske populacije trećinu svoje odrasle životne dobi provede na radnom mjestu, što posao čini jako važnom komponentom života te na njega ima pozitivne i negativne učinke (3). Loši radni uvjeti, preopterećenost poslom, nedovoljna primanja kao i loši društveni odnosi na poslu predstavljaju izvore stresa čije posljedice dovode do narušavanja fizičkog i psihičkog zdravlja te sindroma sagorijevanja.

Medicinske sestre pripadaju skupini pomagačkih profesija te su kao takve dio populacije koja je na svom radnom mjestu često izložena profesionalnom stresu (4). U mnogim istraživanjima, čiji će se rezultati prikazati u ovom radu, pokazano je kako profesionalni stres bitno utječe na zdravlje medicinskih sestara i kvalitetu rada. Psihosomatske bolesti i sindrom sagorijevanja česta su stanja koja medicinske sestre dovode

do narušenog fizičkog i psihičkog zdravlja, smanjenja kvalitete obavljanja zadataka te u konačnici napuštanja posla ili profesije. Sestrinstvo je regulirana profesija od iznimne važnosti za zdravlje stanovništva. Temeljna zadaća medicinskih sestara je očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, pomoć u bolesti ili mirnoj smrti, a sve na način na koji bi to čovjek sam činio kada bi za to imao potrebnu snagu, znanje ili volju (5). U svim zemljama svijeta, medicinske sestre čine najveći dio zdravstvenih stručnjaka. U Republici Hrvatskoj je, prema registru Hrvatske komore medicinskih sestara u 2018. godini, upisano 40283 važećih odobrenja za samostalan rad (6. izvjesce HKMS).

U liječenju, rehabilitaciji te prevenciji bolesti nezaobilazan dio multidisciplinarnog zdravstvenog tima upravo je medicinska sestra. Upravo medicinske sestre u provođenju zdravstvene skrbi najveći dio vremena posvećuju rješavanju problema pacijenata, različitim intervencijama, bilo da je riječ o neposrednoj fizičkoj pomoći, motiviranju, vođenju, usmjeravanju i osiguravanju socijalne potpore, edukaciji i savjetovanju pacijenta i njegove obitelji. Stoga medicinskim sestrama treba omogućiti da svoju funkciju obavljaju kreativno, individualiziranim pristupom jer navedeno zahtijeva visoku razinu kvalitete rada. Organizacija i planiranje zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija u kojima zdravstveni radnici (ponajprije medicinske sestre/tehničari) doprinose kvaliteti rada (5).

Zbog posljedica profesionalnog stresa na kvalitetu života medicinskih sestara, koja se u konačnici odražava na kvalitetu zdravstvenih ustanova i zdravstvene ishode pacijenata koji koriste njihove usluge, istraživanje ovog područja nije od velike važnosti samo za kvalitetu života medicinskih sestara nego i cijelog zdravstvenog sustava te društva koje njegove usluge koristi.

Sve učestalija istraživanja na temu profesionalnog stresa, sindroma sagorijevanja i kvalitete života, zajedno sa sve većim brojem migracija medicinskih sestara i njihovim

nedostatkom kao najbrojnijim zdravstvenim kadrom, ukazuju na manjak informacija o problematici i potrebi za pronalaskom rješenja problema.

U istraživanju provedenom među kliničkim medicinskim sestrama i medicinskim sestrama doma zdravlja u Osijeku (7), 117 medicinskih sestara je ispunilo upitnik Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života. Najviše medicinskih sestara je kvalitetu svog života ocijenilo “dobrom” (45, 3%) i “niti dobrom niti lošom” (31,6%). Zatim su slijedili odgovori “veoma dobra” (17,9%), “loša” (3,4%) i “vrlo loša” (1,7%). Većina medicinskih sestara bila je zadovoljna svojim zdravljem, a ispitanici mlađe dobi imali su statistički značajno bolju kvalitetu društvenog života. U samim rezultatima rada nisu prikazane razlike u zadovoljstvu ispitanika s obzirom na radno mjesto. Također, u Hrvatskoj je slučajnim odabirom medicinskih sestara kroz 70 bolnica provedeno istraživanje o povezanosti rada u smjeni s kvalitetom života u kojem rezultati nisu pokazali statističku povezanost (8).

S obzirom na broj istraživanja na temu kvalitete života medicinskih sestara u Hrvatskoj, možemo zaključiti da je kvaliteta života u svezi s radnom okolinom nedovoljno istražena pa se odgovore na najčešća pitanja uglavnom mora tražiti u literaturi stranih autora. Iako se medicinske sestre na radnom mjestu susreću sa stresorima koji su svima zajednički, neka radna mjesta ipak nose određene razlike poput pojavnosti akutnih stanja i smrtnih ishoda, smjenskim radom, radom u pripravnosti i specifičnim razlikama u broju, odnosima i hijerarhiji radnih kolega. Tri najčešća tipa ustanove u kojima medicinske sestre u Hrvatskoj rade su ustanove hitne medicinske pomoći, ambulante domova zdravlja te bolničke ustanove. Osim specifičnosti radnog mjesta, na povezanost stresa s kvalitetom života mogu utjecati i demografske razlike koje uključuju: spol, dob, stručnu spremu i radni staž.

Zbog navedenih čimbenika, u ovom ćemo se radu fokusirati na povezanost profesionalnog stresa i kvalitete života s obzirom na radno mjesto i demografske karakteristike ispitanika.



## 1.1. Kvaliteta života

Iako se o kvaliteti života danas u medicinskoj literaturi redovito priča, tijekom povijesti su se mijenjali različiti pristupi i načini mjerenja. Sam koncept pojma prošao je dug put tijekom kojeg je bio predmetom istraživanja različitih grana znanosti (9).

Sredinom 20. stoljeća kvalitetom života se uglavnom podrazumijevao životni standard te su istraživanja na tu temu uglavnom rađena u području ekonomije. Promjenom životnog standarda i sve većim zadovoljenjem osnovnih potreba, kvaliteta života počinje biti sve češća tema socioloških istraživanja. Tijekom šezdesetih godina mijenja se pristup u promatranju pokazatelja kvalitete života te se javlja "pokret društvenih indikatora" koji dovodi velike promjene na području društvenih znanosti. Društveni/socijalni indikatori mogu biti objektivni i subjektivni. Objektivni indikatori poput stope nezaposlenosti, stope smrtnosti, broja radnih sati i udjela stanovništva koji se nalazi ispod granice siromaštva, reprezentiraju uvjete i činjenice neke društvene sredine, dok se subjektivni temelje na doživljaju pojedinca i njegovu vrednovanju društvenih uvjeta te uključuju zadovoljstvo životom, zadovoljstvo poslom koji obavlja, percepciju društvene pravde i slično. Promjene u pokazateljima zatim podižu ili spuštaju razinu kvalitete života. Tu konačno dolazi do holističkog pristupa te se čovjeka promatra kao zasebnu individuu (9, 10).

Slično ekonomskom gledanju, u zdravstvu se također sve do druge polovice šezdesetih godina na kvalitetu gledalo kroz objektivne pokazatelje - godine života, stope smrtnosti, stope pobola. Prva ozbiljna promjena dolazi 1966. pojavom aparata za dijalizu i transplatacijom bubrega kada se dovodi u pitanje kako očuvati kvalitetu života pacijenata koji su prošli navedene zahvate i postupke. Uskoro dolazi do stavljanja kvalitete života u prvi plan i etičkih razmatranja po pitanju odnosa trajanja životnog vijeka i daljne kvalitete života što utječe na provođenje ili ne provođenje određenih postupaka te njihovih konačnih

posljedica. Jedan od primjera je i razvoj prenatalne dijagnostike gdje se dovodi u pitanje pobačaj oštećenog ploda zbog neadekvatne kvalitete života u slučaju poroda (11).

S vremenom su subjektivni pokazatelji postali neizbježan čimbenik kvalitete života, tako da u konačnici dolazi do usaglašavanja pojma kvalitete života koji podrazumijeva kombinaciju objektivnih i subjektivnih varijabli pa se može sa sigurnošću reći da se radi o multidimenzionalnom pojmu. Usprkos navedenome, još nije donešena univerzalna definicija pojma te još dolazi do neslaganja. U literaturi se na različite načine tumače isti pojmovi, stoga ćemo u sljedećim paragrafima prikazati najčešća tumačenja (11).

### **1.1.1. Definicija kvalitete života**

Pojam kvalitete života podrazumijeva dobar život, život koji osim odsustva bolesti i financijske sigurnosti podrazumijeva i postojanje osjećaja radosti, životnog zadovoljstva, unutrašnjeg mira, život bez posebne opterećenost i život bez straha i neizvjesnosti (2).

"Felce i Perry kvalitetu života definiraju kao sveukupno opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano prolazi kroz osobni skup vrijednosti pojedinca" (12).

"Krizmanić i Kolesarić smatraju da je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i specifičnim životnim iskustvom osobe" (13).

"Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 1998.) kvalitetu života definira kao pojedinčevu percepciju vlastite pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu u kojem živi" (14).

"Cummins i suradnici su objasnili da se kvaliteta života održava u homeostazi. Prema homeostatskom modelu pretpostavlja se da se s dobi mijenjaju prioriteti pojedinaca te kako bi se opća kvaliteta održala stabilnom, smanjenje zadovoljstva u jednoj njenoj domeni kompenzira se povećanjem u nekoj drugoj" (15).

Zbog različitih tumačenja i modela kvalitete života, postoji poveća povijest mjernih instrumenata koji su se javljali kroz povijest. Prvi mjerni instrumenti javljaju se 1970. godine i fokusiraju se na ispitanikovu mogućnost mobilnosti i radne sposobnosti. Dva događaja sredinom osamdesetih godina 20. stoljeća obilježila su popularizaciju u razvijanju mjernih instrumenata kvalitete života. Prvi se dogodio 1985. kada je Američka administracija za lijekove i hranu kao jedan od osnovnih čimbenika za odobrenje novih lijekova za tretiranje karcinoma determinirala ulogu kvalitete života. Drugo istraživanje odvijalo se 1986. kada je istraživanje novih hipertenziva koristilo kvalitetu života kako jedan od evaluacijskih čimbenika. Kada je istraživanjem pokazano da se korištenjem novog lijeka poboljšava sveukupna kvaliteta života, u industriji jača nagon za daljnjim istraživanjem kvalitete života kao bitnog čimbenika za kontrolu, odobrenje i promociju lijeka (9, 16).

### **1.1.2. Mjerenje kvalitete života**

U literaturi postoje brojna istraživanja kvalitete života i pojedinih aspekata koji tu kvalitetu čine. Ekonomisti procjenjuju kvalitetu života na temelju društvenog proizvoda ili ekonomskog standarda, dok je za ekologe kvaliteta života ovisna prvenstveno o očuvanosti prirodne sredine. Nutricionisti zastupaju zdravu prehranu kao važan činitelj kvalitetnog

života, a sociolozi se bave društvenim odnosima među različitim grupama ljudi. Menadžeri su usmjereni na kvalitetu života u radnoj organizaciji na koju utječu radni uvjeti i odnosi na radu. Psiholozi i zdravstveni djelatnici proučavaju kvalitetu života sa stajališta pojedinca. Oni često kvalitetu života dovode u vezu sa zdravljem. Zbog toga postoje brojni instrumenti kojima se zahvaća i mjeri konstrukt kvalitete života povezan s domenom zdravlja, a može ih se podijeliti u tri skupine. Prvu skupinu čine opći upitnici kojima se zahvaća veći broj područja kvalitete života te su oni stoga uglavnom višedimenzionalni. Takva vrsta upitnika ima najširu upotrebu te se koristi kod različitih bolesti, ali i kod zdrave populacije ljudi gdje se ispituju demografske i međukulturalne razlike u kvaliteti života. Od instrumenata ove vrste često se koriste Profil učinka bolesti (Sickness Impact Profile; Bergner, Bobbit, Carter i Gilson, 1981), SF-36 (Ware, 1993) i Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Instrument; The World Health Organization Quality of Life Group 1996). Drugu skupinu čine instrumenti vezani uz točno određene bolesti, razvijeni za specifičnu uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Neki od njih konstruirani su za tegobe vezane uz oboljenja od raka, artritisa, dijabetesa, srčanih bolesti i sl., a upitnicima se zahvaćaju one domene kvalitete života koje su značajne za pojedino oboljenje. Kod pacijenata oboljelih od artritisa kvaliteta života često se ispituje Skalom 8 za mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa (Arthritis Impact Measurement Scale; Meenan, Gertman i Mason, 1980). Kod rakom oboljelih pacijenata upotrebljava se Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka (European Organization for Research on Treatment of Cancer; Aaronson i sur., 1993). I na kraju, treću skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput tjelesnog funkcioniranja ili psihičkog zdravlja. Primjer ove vrste upitnika je Beckov inventar depresivnosti (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh 1961).

Svjetska zdravstvena organizacije također je izradila svoj mjerni instrument u obliku WHOQOL (World health organisation quality of life) upitnika. U 15 državnih centara diljem svijeta tako je razvijen WHOQOL – 100 upitnik te njegova sažetija verzija WHOQOL BREF.

WHOQOL – 100 mjeri kvalitetu života koju čini 6 različitih domena kroz 100 stavki:

- fizičko zdravlje,
- psihičko zdravlje,
- razina samostalnosti,
- društveni odnosi,
- okoliš,
- duhovnost, religija i osobna uvjerenja.

Zbog opširnosti upitnika, WHO je proizvela WHOL BREF upitnik koji je zbog svoje sažetosti pogodniji za svakodnevnu upotrebu i kroz 26 stavki mjeri kvalitetu života kroz 4 domene:

- fizičko zdravlje,
- psihičko zdravlje,
- društveni odnosi,
- okoliš.

Upitnik je, osim za istraživačke svrhe, stvoren i prilagođen kako bi i unaprijedio odnos između liječnika i pacijenta, pridonio evaluaciji procesa liječenja kao i procesa zdravstvene njege i odnosa između medicinske sestre i pacijenta (17).

Sam proces mjerenja i određivanja kvalitete života zahtijeva još istraživanja i rada. Zbog pokazanih rezultata, članci na temu istraživanja kvalitete života su u konstantom porastu. Sam broj razvijenih upitnika je i dalje povelik jer se kulturološki čimbenici i osobni sustavi vrijednosti uvelike razlikuju između različitih područja, karaktera ispitanika i njihovih zdravstvenih stanja. Sve navedeno mjerenje kvalitete života čini bitnim čimbenikom, kako u liječenju, tako i u prepoznavanju različitih stanja određene populacije (9).

## 1.2. Profesionalni stres

Stres je pojam koji označava stanje organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu. Fiziološki je stres prirodni mehanizam koji organizam dovodi u stanje prikladno za obranu i bijeg. Sam naziv stres ima podrijetlo iz srednjovjekovnog engleskog jezika (eng. stress – napor, nevolja, ograničenje) (18).

Kanadski liječnik Hans Selye tridesetih godina 20. stoljeća postavlja model fiziološkog stresa i utvrđuje kako široki raspon različitih podražaja izaziva jednake fiziološke promjene. Za podražaje koji uzrokuju stres uveo je pojam stresori (19).

Kako bi se stres bolje shvatio i prikazao, stvoreno je više modela koji pokušavaju objasniti mehanizam djelovanja. Tri glavna pristupa su podražajni, medicinsko fiziološki i psihološki pristup. Podražajni pristup promatra stres kao karakteristiku podražaja u čovjekovoj okolini i obično se shvaća u terminima opterećenja, razine zahtjeva koji se postavljaju osobi ili terminima štetnih elemenata okoline. Medicinsko fiziološki pristup promatra stres kao više ili manje generaliziran i nespecifičan odgovor organizma na averzivne ili štetne okolinske podražaje. Psihološki pristup, za razliku od prethodna dva, kao bitnu odrednicu uvodi ispitivanje individualne razlike u odnosu na doživljaj i posljedice stresa, kao i u odnosu na suočavanje sa stresom pa se stoga smatra potpunijim. Psihološki su modeli uglavnom interakcijski ili transakcijski. Jedan od najpopularnijih modela je Lazarusov model (20).

Richard Lazarus je razradio teoriju stresa prema kojoj najveće značenje u stresnim zbivanjima imaju spoznajni i kognitivni procesi, a središnji je pojam njegove teorije pojam ugroženosti. U okviru ovog modela, stres se definira kao sklop emocionalnih, tjelesnih i bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kada osoba procijeni neki događaj uznemirujućim, odnosno kao sklop psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor koji pred osobu stavlja zahtjeve

kojima osoba ne može udovoljiti. 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 (4, 21 – 22).

Stres na poslu, odnosno profesionalni stres, je specifična vrsta stresa čiji je izvor u radnom okolišu (19). Profesionalni stres se može 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 (23).

Prema Cooper i Marshall, model stresa u radu čini pet izvora stresa koji dovode do negativnog ishoda. To su:

- unutrašnji čimbenici organizacije, uključujući neadekvatne fizičke uvjete rada, radno opterećenje ili vremenski pritisak,
- uloga u organizaciji, uključujući ulogu dvosmislenosti ili sukob uloga,
- razvoj karijere, uključujući nedostatak sigurnosti na radnom mjestu,
- odnosi na radnom mjestu, uključujući loše odnose sa svojim šefom ili kolegom, neke ekstremne komponente (nasilje na radnom mjestu),
- organizacijska struktura i klima, uključujući malu mogućnost sudjelovanja u donošenju odluka te politiku radne organizacije (24).

Prema Ajduković, stresori se dijele na vanjske i unutarnje (25). Pod vanjskim se stresorima podrazumijevaju oni stresori koji proizlaze iz osobina radne okoline, organizacije rada uloga i načina komuniciranja u organizaciji. Kao vanjske stresore autor navodi: vremenski pritisak rokova, odgovornost bez mogućnosti utjecaja i moći, nejasno definirane uloge, premalo suradnika u timu u odnosu na zadane 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 i dr. Pod unutarnjim stresorima se podrazumijevaju oni stresori koji proizlaze iz same osobe. Unutarnji stresori stoga mogu biti: nerealno očekivanje posla i nesposobnost prilagodbe realnosti, velika potreba za kontrolom situacije i perfekcionizmom, identifikacija s poslom i postajanje posla kao jedinog sredstva potvrđivanja, neučinkovito korištenje radnog vremena, nepostojanje liste prioriteta, osjećaj profesionalne nekompetentnosti.

Primjenjujući transakcijski model stresa na profesionalni stres, Cooper i suradnicima se usmjerili na tri ključna elementa:

1. Izvore profesionalnog stresa
2. Posljedice po pojedinca i organizaciju
3. Razlike u ličnosti i ponašanju (26).

### **1.2.1. Izvori profesionalnog stresa medicinskih sestara**

Uz prethodno navedene profesionalne stresore, postoje i oni stresori koji su specifični za određene struke, odnosno radna mjesta. Zdravstveni djelatnici, odnosno medicinske sestre, su izloženi velikom broju takvih stresora.

Prema Johnson i Cooper, medicinske sestre spadaju među 6 profesija koje su najizloženije profesionalnom stresu i sagorijevanju na poslu (27). Kao pomagačka profesija, sestринство je iznimno vezano za odnos s ljudima te je kao takvo izvor različitih stresora specifičnih za radnu okolinu. Također, sestринство je kao profesija doživjelo veliki napredak pa se samim tim uloga medicinske sestre sve više širi i obogaćuje, što u konačnici medicinske sestre dovodi u situacije da sve više šire svoje znanje i sudjeluju u sve složenijim dijagnostičkim i terapijskim postupcima te idu u korak s tehnologijom. Neki od specifičnih



stresora medicinskih sestara uključuju: noćna dežurstva, rad u pripravnosti, skrb za teško bolesne pacijente, suočavanje sa smrtnim slučajevima, izloženost verbalnim sukobima s pacijentima i njihovim bližnjima, izlaganje mogućnostima fizičkih sukoba, konflikti s kolegama na poslu, izloženost kemikalijama, zračenjima i infektivnom materijalu, nedostupnost zaštitnog materijala, moguće - za život ugrožavajuće - izlaganje opasnostima u području hitnih intervencija.

Hingley i Cooper odredili su 9 kategorija iz kojih proizlaze potencijalni sestrinski stresori:

- obim radnih zadataka,
- odnosi s nadređenima,
- sukobi uloga i podjela posla,
- suočavanje sa smrću i umiranjem,
- konflikt poslovnog i osobnog života,
- problemi karijere,
- narušeni međuljudski odnosi,
- problemi vezani za resurse,
- promjene (28).

U traganju za najčešćim stresorima sestrinske profesije, Lee i Ellis kroz 30 slučajno odabranih istraživanja uočavaju da se stresori koje su Hingley i Cooper naveli redovito javljaju kao najčešći stresori kod britanskih i amerčkih medicinskih sestara (29).

Prema istraživanju Ekića i suradnika provedenom u Kliničkoj bolnici Dubrava, najčešći stresor su neadekvatna primanja, a zatim slijede: dežurstva, cjelodnevna odgovornost, prekapacitiranost poslom, hitne odluke koje se donose samostalno bez mogućnosti konzultacije, svakodnevne nepredvidive situacije, verbalna agresija, prijetnje od strane bolesnika ili članova obitelji, komunikacija s teškim ili neizlječivim bolesnicima te smjenski rad (21).

Istraživanje u OB Dubrovnik od strane Marlais i Haudorovića te suradnika također kao najveći stresor navodi neadekvatna primanja, a zatim slijede: mali broj djelatnika, financijska ograničenja, nepredviđene situacije, preopterećenost poslom, neizlječivi pacijenti, neadekvatan prostor, administracija, izloženost zarazi, vremensko ograničenje, vremenski rokovi, cjelodnevna odgovornost (30).

Knežević i suradnici u istraživanju stresora zdravstvenih djelatnika u zagrebačkim bolnicama koriste isti mjerni instrument kao Ekić i suradnici te za medicinske sestre navode identičan redoslijed najčešćih stresora: neadekvatna primanja, mali broj djelatnika, financijska ograničenja, nepredviđene situacije, preopterećenost poslom, neizlječivi pacijenti, neadekvatan prostor, administracija, izloženost zarazi, vremensko ograničenje, vremenski rokovi, dvadesetčetverosatna odgovornost (19).

Adzakupah kao najčešće stresore bolničkih medicinskih sestara u Ghani navodi prekapacitiranost poslom, nedovoljne resurse i konflikte povezane sa zahtijevima (31). Također, kao česti stresori se navode nemogućnost napretka, nedovoljne pauze za odmor i preučestale noćne smjene.

Adeb Saeedi (32) kao najčešće stresore medicinskih sestara hitne službe u Teheranu navodi suočavanje s boli i smrću pacijenata, preopterećenost poslom, prisustvo pacijentove obitelji na odjelu i pritisak vremenskih rokova. Također, pokazano je kako su medicinske sestre hitne službe često izložene fizičkim i verbalnim sukobima s pacijentima i njihovim obiteljima. Stručna sprema, dob i smjenski rad nisu bili statistički značajni u svezi sa stresom, ali je bitnu razliku činio spol, odnosno muškarci su bitno manje bili pod stresom.

Škrinjarić i Šimunović (33) u istraživanju izvora profesionalnog stresa u ambulantom obiteljske medicine u Zagrebu kao najčešće stresore susreću strah od neuspjeha u radnim obavezama, a zatim ga slijedi suočavanje sa smrću i umiranjem.

Kroz navedene primjere možemo zaključiti kako su Hingley i Cooper valjano prepoznali skupine profesionalnih stresora u radnom okruženju medicinskih sestara. Iako postoje određeni čimbenici u prirodi radne okoline svake medicinske sestre, Moustaka i Constantinidis (34) kroz pregledni članak ukazuju na to da, osim organizacijskih i poslovnih čimbenika, bitnu ulogu igra i korelacija istih s individualnim karakteristikama djelatnika. Zbog različitih ekonomskih prilika, društvenog statusa medicinske sestre u specifičnoj sredini, edukacije i kulturoloških obilježja društva, možemo zaključiti kako se profesionalni stres medicinskih sestara razlikuje s obzirom na kulturološku i socijalnu sredinu. Stoga se javlja potreba da se profesionalni stres medicinskih sestara interpretira iz perspektive socijalno – kulturološke sredine kojoj medicinske sestre pripadaju.

### **1.3. Posljedice profesionalnog stresa**

Stres na poslu za posljedicu može imati brojne negativne učinke kao što su iscrpljenost, profesionalno sagorijevanje, opadanje radne učinkovitosti te druge zdravstvene probleme i pojavnosti (35). Stresni uvjeti na poslu smatraju se čimbenicima koji uzrokuju različite fizičke i psihičke bolesti. U Europskoj uniji, profesionalni je stres uzrok više od četvrtine odsustava s posla zbog zdravstvenih problema povezanih s radom, koji traju dva tjedna ili više (36).

Zbog velike odgovornosti prema ljudskom životu i zdravlju, smjenski rad, dvadesetčetverosatna dežurstva, odgovornost pri donošenju ponekad brzih odluka, kontakt s obiteljima oboljelih i emocionalno iscrpljivanje kod medicinskih sestara povećava mogućnost nastanka psihosomatskih bolesti kardiovaskularnog sustava, npr. povišen tlak, aritmije te ishemijske bolesti srca. Navedene bolesti spadaju u skupinu bolesti koje se povezuju s utjecajem stresa, a ujedno zauzimaju vodeće mjesto po smrtnosti u društvu.

Djelovanje stresa povezuje se s bolestima sustava organa za kretanje kao što su: osjećaj ukočenosti zglobova bez patoloških promjena, psihogeni reumatizam, kronični umor i teško podnošenje tjelesnog napora – što dovodi do emotivne razdražljivosti. Sustav žlijezda s unutrašnjim izlučivanjem, uz autonomni živčani sustav, najodgovorniji je za promjene koje se u tijelu zbivaju pod utjecajem stresa, stoga se endokrinološke bolesti kao što su hipertireoza i dijabetes često stavljaju u navedenu skupinu. Također, stres utječe i na dišni sustav na način da disanje postaje nepravilno, isprekidano i duboko. Bolest dišnog sustava za koju se najčešće spominje kako je pod jakim utjecajem psihosomatskih mehanizama jest bronhalna astma. Nastanak nekih bolesti probavnog sustava kao što je akutni gastrointestinalni ulkus često se naziva i stres – ulkus, jer se pojavljuje kao reakcija na jak fiziološki stres (37).

Kod hrvatskih medicinskih sestara, Ekić i suradnici (21) su uz najzastupljenije stresore istražili i postojanje bolesti nastalih kao posljedice stresa na radnom mjestu. Pojavnost psihosomatskih bolesti kod medicinskih sestara u bolnici Dubrava zabilježena je kao statistički značajna te je dala indikaciju za potrebnim smanjenjem prisutnih stresora. Bolesti nastale kao posljedica stresa na radnom mjestu koje su prisutne dulje od godinu dana imalo je 60,9% ispitanika. U skupinama bolesti prednjače kardiovaskularne bolesti (32,5%), a zatim ih slijede gastroenterološke bolesti (32,1%), lokomotorne bolesti (29,2%), endokrinološke bolesti (20,8%), psihičke bolesti (13,2%), neurološke bolesti (12,3%), plućne bolesti (6,1%) te onkološke bolesti (1,4%).

U Srbiji, Milutinović i suradnici (38) istražili su utjecaj stresora medicinskih sestara zaposlenih na jedinicama intenzivne njege te su također dobili statistički značajne razlike u učestalosti pojave psihičkih i psihosomatskih bolesti ispitanih medicinskih sestara. U istraživanju je sudjelovalo preko 1000 ispitanika. Iako se kao životna navika nije očitivalo kao bitan čimbenik koji je poveziv s osobnom percepcijom stresnih situacija, zabilježen je velik broj pušača. Pušačima se izjasnilo 32,2% ispitanika, a 22,6% se izjasnilo kao bivši pušači, a prosječna konzumacija kave je 2,8 šalica dnevno. Kao najčešće posljedice stresa,

ispitanici su naveli glavobolju (42,4%), bol u leđima (40,6%), promjene raspoloženja (28,0%) i premorenost (27,1%). Manje zastupljene bolesti su obuhvaćale: hipertenziju (8,4%), peptički ulkus (7,5%), upalu žučnog mjehura i žučne kamence (5,2%), bronhitis (3,0%) te dijabetes (1,7%).

Peterson (39) je u istraživanju u Švedskoj također u vezu doveo profesionalni stres i štetne životne navike pa se kod švedskih medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika javlja statistički bitna razlika u konzumaciji alkohola u odnosu na djelatnike kod kojih nije zabilježena visoka razina stresa. Uz konzumaciju alkohola, stresni uvjeti na poslu kod istih ispitanika također su praćeni s poremećajima spavanja, anksioznim poremećajima te bolovima u leđima.

Stres često može utjecati na ishode rada medicinskih sestara. Posljedični umor, manjak koncentracije, loši međusobni odnosi i anksioznost na radnom mjestu mogu utjecati na ishod i kvalitetu postupaka i zdravstvene njege. Hall i suradnici (40) u sustavnom preglednom članku u 16 od 27 različitih istraživanja pronalaze povezanost između zdravlja medicinske sestre i sigurnosti pacijenta pa se stoga javlja i zaključak da stres i njegove posljedice nisu problem samo medicinskih sestara koje ih direktnu proživljavaju, nego i problem čitavih timova, ustanova i njihovih korisnika.

### **1.3.1. Sindrom sagorijevanja**

Jedna od posljedica stresa koja se najviše proučavala jest sindrom sagorijevanja. Sindrom sagorijevanja (eng. Burnout) prvi je put definiran 1974. kao stanje preopterećenosti ili frustracije izazvane prevelikom privrženosti i odanošću nekom cilju. Opisani simptomi uključuju tjelesni umor, emocionalnu iscrpljenost i gubitak motivacije (41). Maslach sindrom

sagorijevanja definira kao višedimenzionalni sindrom stresa koji se sastoji od emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i osjećaja smanjenog osobnog postignuća. Emocionalna iscrpljenost podrazumijeva stanje umora i iscrpljenosti kontaktom s drugim ljudima, nakon čega se pojedinac nije više sposoban davati drugima. Depersonalizacija se opisuje kao bezosjećajan i ravnodušan odnos prema korisnicima, dakle pacijentima, koji može prerasti u ekstremnije oblike poput dehumanizacije. Smanjeno osobno postignuće uključuje opadanje osjećaja kompetencije i uspješnog postignuća u radu s ljudima, što može dovesti do osjećaja neadekvatnosti, neuspjeha, gubitka samopoštovanja i depresije. Sagorijevanje se događa kada posao za osobu počinje gubiti smisao. U takvim situacijama ljudi nisu motivirani za rad, gube svako zadovoljstvo u poslu i ne vide razlog za daljnji rad što dovodi do pada produktivnosti te u konačnici i mogućeg napuštanja posla (4, 42).

Ajduković (25) navodi četetiri ključne faze koje vode do sagorijevanja:

1. Prva faza je faza radnog entuzijazma koju karakteriziraju nerealna očekivanja brzog postignuća, preveliko ulaganje u posao i nekritična predanost poslu. U ovoj fazi pomagač radi mnogo dulje od uobičajenog radnog vremena. Raskorak između uloženog profesionalnog napora i njegovih učinaka često dovodi do osobnog razočaranja, dvojbe u vlastitu kompetentnost, pojavu negativizma i do prvih znakova bespomoćnosti.
2. Druga je faza stagnacije kad pomagač postane svjestan da postignuće u poslu nije onakvo kakvim ga je zamišljao. To dovodi do stanja frustracije, osjećaja razočaranja, dvojbe u vlastitu kompetentnost, pojavu negativizma i do poteškoća u komuniciranju kako s kolegama tako i s korisnicima. Emocionalna ranjivost pomagača je karakteristika ove faze.
3. Treća je faza emocionalnog povlačenja i izolacije koja se očituje udaljavanjem od korisnika i kolega što doprinosi doživljaju posla kao besmislenog i nevrijednog. Proces sagorijevanja ubrzavaju i tjelesne poteškoće koje se javljaju u ovoj fazi (glavobolje, kronični umor, nesаница, alergije i sl.). I sami znaci sagorijevanja počinju

pomagaču predstavljati dodatne stresore te ga dovode do posljednje faze sagorijevanja na poslu.

4. Posljednja je faza apatije i gubitka životnih interesa. Ona se javlja kao svojevrsna obrana od kronične frustriranosti na poslu. Početno suosjećanje i entuzijizam u ovoj fazi zamjenjeni su cinizmom ili ravnodušnošću prema problemima korisnika. Znaci depresije kod pomagača postaju jasno uočljivi, a motivacija za posao i osobni resuri potpuno su iscrpljeni.

Dosadašnja istraživanja opisuju sindrom sagorijevanja kao učestalu posljednicu stresnih uvjeta u radnom okruženju medicinskih sestara, s tim da se kao i kod stresa razlikuju učestalosti s obzirom na individualna svojstva radnog mjesta, kao i kod osobnih karakteristika samih medicinskih sestara. Prikazani rezultati upućuju na sindrom sagorijevanja kao čestu pojavu kod medicinskih sestara i medicinskih djelatnika općenito, a razlike u rezultatima među ustanovama i odjelima najčešće slijede one u izmjerenim razinama stresa na radnom mjestu. Tako je istraživanje provedeno među 873 medicinske sestre u Kini pokazalo da 45,1% njih pokazuje znakove sindroma sagorijevanja povezanog s poslom (43). Bogdanović i suradnici u ispitivanju 100 medicinskih sestara u nikšičkoj bolnici i domu zdravlja prikazuju prisustvo sindroma sagorijevanja kod 36% medicinskih sestara (44). Sindrom sagorijevanja najčešće se prikazuje kod medicinskih sestara hitnih službi i odjela intenzivne njege. Gomez – Urquiza i suradnici u meta – analizi 13 istraživanja navode da je sindrom sagorijevanja prisutan kod 30% medicinskih sestara hitnih službi (45). Li i suradnici u meta – analizi 11 istraživanja navode kako su postotci emocionalne iscrpljenosti, visoke depersonalizacije i smanjenog osjećaja osobnog postignuća medicinskih sestara (istim redoslijedom) 40,5%, 44,3% i 42,7% (46).

Godine 2015., kroz recenziranje istraživanja posljednjih 25 godina, Adrianssens i suradnici utvrđuju prosječnu brojku od 26% medicinskih sestara hitnih službi kod kojih je prisutan sindrom sagorijevanja (47). Kod medicinskih sestara jedinica intenzivne njege,

Embriaco i suradnici navode kako se na temelju dosadašnje literature sindrom sagorijevanja pojavljuje kod 1/3 medicinskih sestara. Manja se učestalost bilježi kod medicinskih sestara u ambulantom obiteljske medicine pa se tako u istraživanju provedenom u zagrebačkim ambulantom obiteljske medicine visoki sindrom sagorijevanja javlja kod tek njih 11% (33). U meta – analizi (48) 8 istraživanja u 3 različite države, medicinske sestre u ambulantom obiteljske medicine spadaju u skupinu s visokim rizikom za sagorijevanje s visokim postotkom emocionalne iscrpljenosti (28%) i smanjenog osjećaja osobnog postignuća (31%), ali manje pojavnosti depersonalizacije (15%).

Osim štetnosti na osobnoj razini medicinskih sestara, sindrom sagorijevanja je važan problem koji se zbog svojih posljedica u konačnici odražava kako na medicinske sestre, tako i na samo zdravlje i sigurnost pacijenata i funkcionalnost i ustrojstvo ustanove. Velike brojke koje potvrđuju učestalost sindroma sagorijevanja među medicinskim sestrama upozoravaju na nedovoljnu informiranost i mjere prevencije među medicinskim sestrama za čiju posljedicu dolazi do nezadovoljavajuće kvalitete zdravstvene njege te u konačnici do sve većeg napuštanja radnog mjesta ili profesije, odnosno nedovoljnog broja medicinskih sestara na tržištu rada. Kako bi se iste spriječile, preventivne mjere poput “team buildinga”, davanja bitnih pojedinačnih zadataka, kontinuirane edukacije i unaprjeđenja ljudskih odnosa postaju sve bitnije komponente profesionalnog života medicinske sestre.



## **2. CILJ RADA**

### **2.1. Cilj istraživanja**

Današnji migracijski tokovi i mobilnost stanovnika Europske unije dovela je do strukturnog deficita unutar zdravstvenih struka pojedinih zemalja članica (49). Planiranje i motiviranje budućih generacija za izbor sestrinske profesije je važna stavka dostupnosti zdravstvene skrbi. Dugotrajna edukacija, visoki tehnološki zahtjevi za specifičnim znanjima i vještinama medicinskih sestara, rad u posebnim uvjetima i rizicima razlog su smanjenog zanimanja za ovu profesiju u nekim zemljama razvijenog svijeta. Pronalaženjem otegotnih stavki i čimbenika koji utječu na subjektivnu percepciju te njihovim anuliranjem možemo osmisliti motivirajuće okružje za buduće generacije.

Prvi dio budućeg istraživanja odnosi se na subjektivnu kvalitetu života općenito i kvalitetu života osoba sestrinske profesije kao zasebne populacijske skupine (1). Istraživanje se temelji na dosadašnjim saznanjima iz navedenog područja; daje povijesni razvoj shvaćanja koncepta kvalitete života te pregled vodećih teorija subjektivne kvalitete života. Dobiveni rezultati uspoređeni su s rezultatima istraživanja provedenih u Hrvatskoj što daje referentni okvir za usporedbu s drugim istraživanjima. Ovim radom istraženo je područje psihičkog i fizičkog zdravlja, te njihova povezanost s kvalitetom života. U drugom dijelu istraživanja nastojimo pronaći i usporediti posebne uvjete rada na pojedinim radnim zadacima unutar sestrinske profesije te njihov utjecaj na kvalitetu života i zadovoljstvo na radnom mjestu kod medicinskih sestara zaposlenih u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti te ustanovama hitne medicinske pomoći. Svrha je ovog istraživanja predlaganje mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja i radne sposobnosti zdravstvenih djelatnika.

## 2.2. Hipoteze

1. Kvaliteta života u zdravstvenih djelatnika razlikuje se obzirom na njihove sociodemografske osobine. Iako se s rastućom dobi mijenja kvaliteta života u fizičkoj i psihičkoj domeni, pad radne sposobnosti tijekom starenja nije nužna pojava, već se može održati pozitivnim djelovanjem na ostale dimenzije kvalitete života budući da je funkcionalni kapacitet pojedinca na radnom mjestu rezultat interakcije stručnosti, radnog iskustva te prilagodbe na fizičku i psihosocijalnu okolinu.
2. Kvaliteta života u zdravstvenih djelatnika razlikuje se obzirom na ustroj zdravstvene ustanove: rade li osobe u domu zdravlja, bolničkoj ustanovi ili ustanovi za hitnu medicinsku pomoć.
3. Radni zadatci i organizacija rada unutar ustanove značajno utječu na kvalitetu života zdravstvenih djelatnika i mogući odabir buduće profesije.

## **3. MATERIJALI I METODE**

### **3.1. Ustroj istraživanja**

Istraživanje je provedeno u razdoblju od travnja 2019. do lipnja 2019. godine uz suglasnost etičkog povjerenstva Odjela za zdravstvene studije Sveučilišta u Splitu (Kl. 024-04/19-03-0001; ur. broj: 0015-19-0005). U istraživanje je bilo uključeno 226 ispitanika; od toga 65 zaposlenika doma zdravlja, 108 zaposlenika bolnice i 50 zaposlenika ustanova za hitnu medicinsku pomoć. Svi anketirani zdravstveni djelatnici bili su upoznati sa svrhom istraživanja. Istraživanje se provodilo putem standardiziranih upitnika WHOQOL-BREF, program za mentalno zdravlje, Svjetske zdravstvene organizacije, Ženeva i ORCAB upitnikom (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009) ORCAB Questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009).

### **3.2. Ispitanici**

U istraživanju su sudjelovala 226 ispitanika među kojima je proveden anketni upitnik. Ispitanici su dobrovoljno pristupili istraživanju uz uvjet isključenja onih medicinskih sestara koje u ispitivanom razdoblju nisu bile zaposlene. Od toga 65 zaposlenika doma zdravlja, 108 zaposlenika bolnice i 50 zaposlenika ustanova za hitnu medicinsku pomoć. Ispitanici su grupirani prema spolu, životnoj dobi, stručnoj spremi, tipu ustanove u kojoj rade i duljini radnog vijeka. Životna dob ispitanika je podijeljena u skupine: 19 do 30, 31 do 40, 41 do 50, 51 do 60 i iznad 60 godina. Stručna sprema je grupirana u tri podskupine: srednja stručna sprema, viša stručna sprema te visoka stručna sprema. Ustanove u kojima su ispitanici zaposleni su: dom zdravlja, hitna medicinska pomoć i bolnička ustanova. Prema duljini

radnog vijeka ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: od 0 do 10 godina, 11 do 20 godina, 21 do 30 godina i više od 30 godina radnog vijeka.

### **3.3. Upitnici i postupci**

#### **3.3.1. Upitnik**

Istraživanje se provelo primjenom dvaju upitnika: WHOQOL-BREF, program za mentalno zdravlje, Svjetske zdravstvene organizacije, Ženeva i ORCAB upitnikom (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009) ORCAB Questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009).

WHOQOL-BREF upitnik, dio je programa za mentalno zdravlje, sastoji se od 5 dijelova koja se odnose na:

1. Opće podatke o ispitaniku,
2. Procjena osobnih osjećaja kvalitete života i zdravlja,
3. Doživljaj određenih stvari u protekla dva tjedna života,
4. Doživljaj ili sposobnost obavljanja nekih stvari u protekla dva tjedna,
5. Zadovoljstvo različitim dijelovima života u protekla dva tjedna i (6) učestalost osjećaja ili doživljaja protekla dva tjedna (3).

ORCAB upitnik se sastoji od pet područja koja se odnose na:

1. Kako ispitanik procjenjuje svoj rad,
2. Njegov odnos prema ustanovi u kojoj radi,
3. Kako procjenjuje sigurnost pacijenta u ustanovi,
4. Ispitanikovo zdravlje i njegove navike,
5. Kvaliteta skrbi koju pruža (8).

Odgovori ispitanika bilježit će se Likertovom skalom. Temeljem ekvidistantne strukture Likertove skale, u ovom je istraživanju uzeto u obzir da ispitanici s vrijednošću većom od 60% skalnog maksimuma u pojedinoj domeni imaju dobru kvalitetu života u istoj domeni, a oni s vrijednošću ispod 60% skalnog maksimuma lošu kvalitetu života te specifične domene.

### **3.4. Statistička analiza**

U empirijskom dijelu ovog rada upotrebom kvantitativnih metoda u biomedicini testiraju se postavljene hipoteze istraživanja.

Kao instrument istraživanja korišten je anketni upitnik proveden među 226 ispitanika u razdoblju od 1. travnja do 1. lipnja 2019. godine.

U radu se koriste metode deskriptivne statistike gdje se kao srednja vrijednost koristi medijan, te kao pokazatelj raspršenosti oko srednjih vrijednosti interkvartilni raspon (IQR). Normalnost razdiobe testirana je Kolmogorov-Smirnov testom.

Za testiranje razlika u percepciji kvalitete rada s obzirom na spol koristi se Mann-Whitney U test, dok se za potrebe testiranja razlika s obzirom na dobnu skupinu, stručnu spremu, tip ustanove i duljinu radnog staža koristi Kruskal-Wallis test.

Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 123, te se zaključci donose pri razini signifikantnosti od 5%.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Sociodemografska obilježja

U istraživanju su sudjelovala 226 ispitanika među kojima je proveden anketni upitnik. Ispitanici su dobrovoljno pristupili istraživanju uz uvjet isključenja onih medicinskih sestara koje u ispitivanom razdoblju nisu bile zaposlene.

**Tablica 1.** Sociodemografska obilježja ispitanika

		N	%	X <sup>2</sup>	p*
<b>Spol</b>	Muški	31	13,90	116,24	<0,001
	Ženski	192	86,10		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	96	43,05	123,79	<0,001
	31 - 40	59	26,46		
	41 - 50	51	22,87		
	51 - 60	12	5,38		
	Iznad 60	5	2,24		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	114	51,12	39,08	<0,001
	Viša stručna sprema	71	31,84		
	Visoka stručna sprema	38	17,04		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	65	29,15	24,39	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	50	22,42		
	Bolnička ustanova	108	48,43		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	110	49,33	124,13	<0,001
	11-20 godina	53	23,77		
	21-30 godina	30	13,45		
	Više od 30 godina	30	13,45		

\*X<sup>2</sup> test

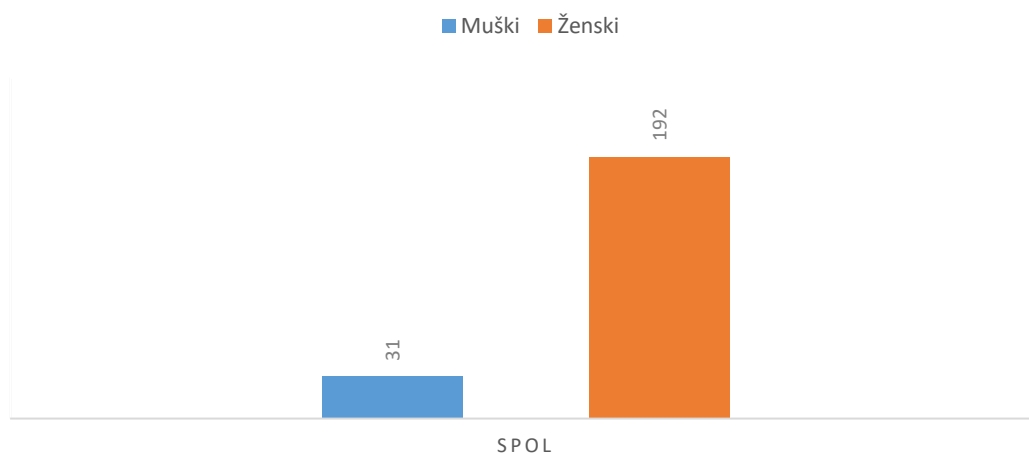
Ispitanika ženskog spola je za 161 više u odnosu na broj ispitanika muškog spola, te je utvrđeno postojanje razlike u zastupljenosti prema spolu (X<sup>2</sup>=116,24; p <0,001).

Prema životnoj dobi ispitanika najveći broj ih je mlađe dobi, i to između 19 i 30 godina, te su zastupljeni za 91 ispitanika više u odnosu na broj ispitanih starosne dobi iznad 60 godina ( $\chi^2=123,79$ ;  $p < 0,001$ ).

Najčešća stručna sprema je srednja stručna sprema, te je ispitanih za 76 više u odnosu na broj ispitanika sa završenim visokim obrazovanjem ( $\chi^2=39,08$ ;  $p < 0,001$ ).

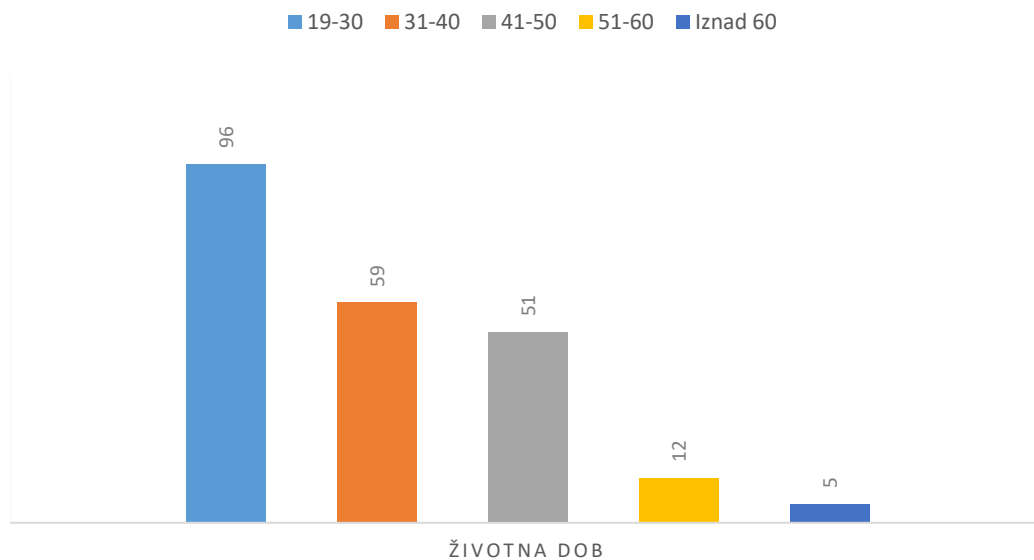
Prema tipu ustanove u kojoj rade najveći broj ispitanih je u bolničkoj ustanovi, te ih je za 58 više u odnosu na broj ispitanih koji rade u hitnoj medicinskoj pomoći ( $\chi^2=24,39$ ;  $p < 0,001$ ).

Najčešća duljina radnog staža je do 10 godina, te su ispitanici s navedenim radnim vijekom zastupljeniji za 80 ispitanika u odnosu na broj ispitanika koji imaju radni vijek između 21 i 30 godina, te za 80 ispitanika koji imaju radni vijek dulje od 30 godina ( $\chi^2=124,13$ ;  $p < 0,001$ ).



**Slika 1.** Prikaz ispitanika prema spolu

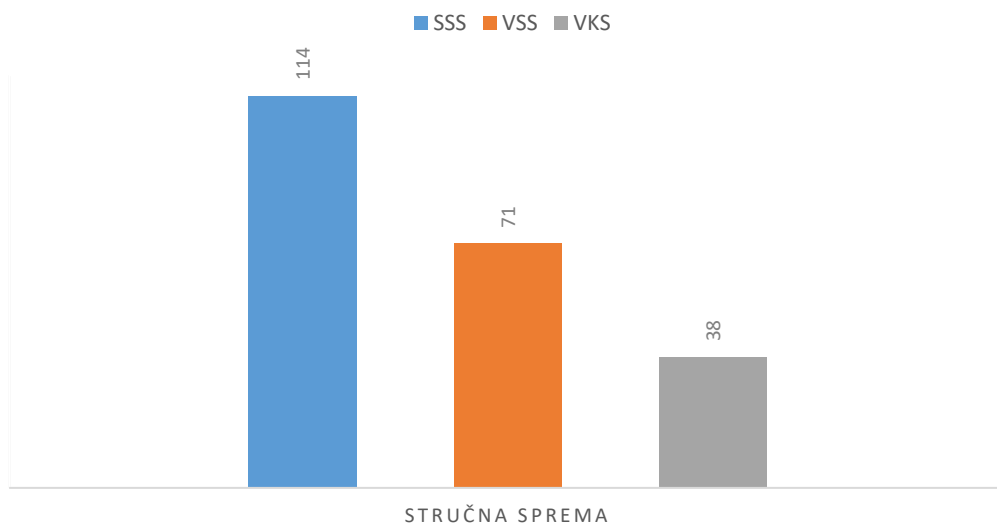
Na slici 1 prikazali smo različit udio ispitanika prema spolu. Velik udio medicinskih sestara u odnosu na medicinske tehničare bio je očekivan s obzirom na feminiziranost profesije.



**Slika 2.** Prikaz ispitanika s obzirom na životnu dob

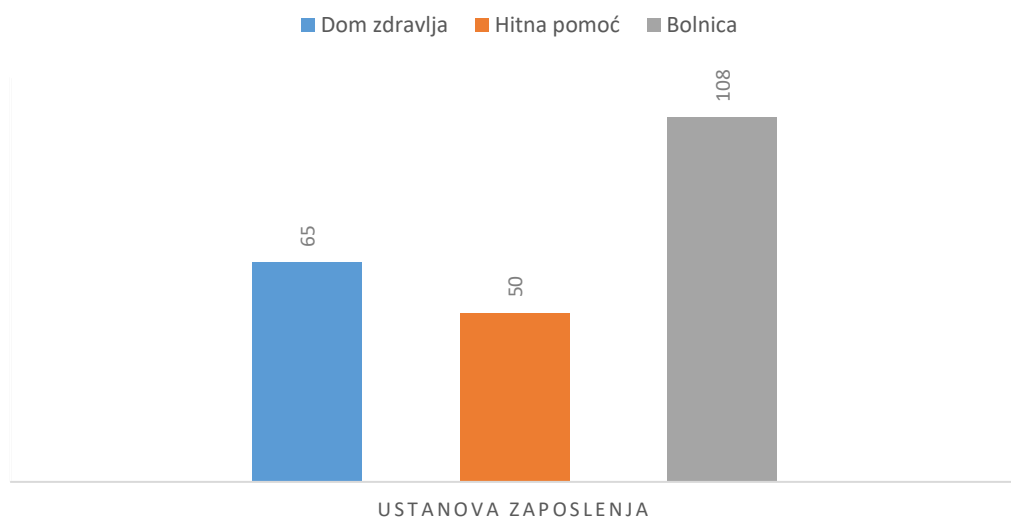
U provedenom istraživanju najzastupljeniji ispitanici bile su odobe mlade životne dobi. Možda je raspodjela po dobi jednim dijelom razlog načina provođenja ankete on line.





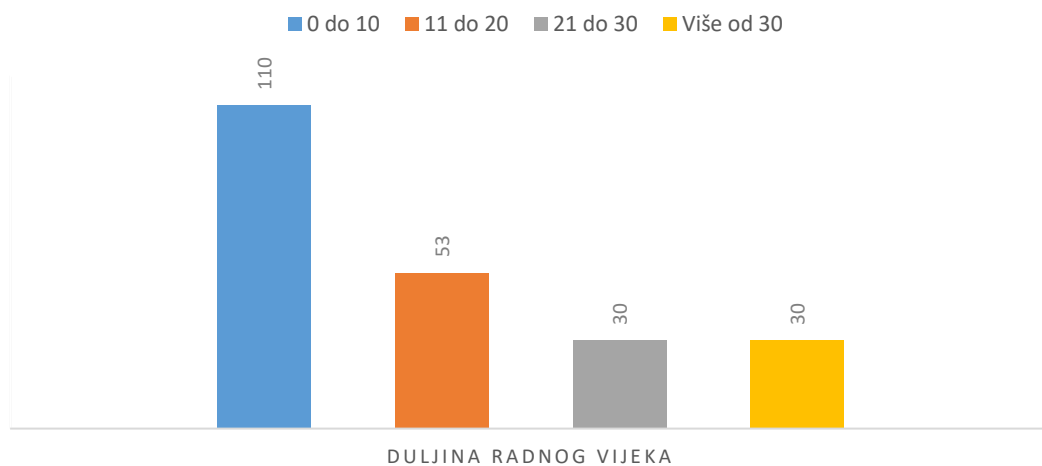
**Slika 3.** Prikaz ispitanika s obzirom na završenu stručnu spremu

Na slici 3 prikazali smo udio ispitanika s obzirom na završenu stručnu spremu. Očekivano je najviše sudionika u istraživanju imalo završenu srednju stručnu spremu, ali je iznenađujuće velik udio ispitanika sa visokom stručnom spremom.



**Slika 4.** Prikaz ispitanika s obzirom na ustanovu zaposlenja

Na slici 4 prikazali smo udio ispitanika prema ustanovi u kojoj su zaposleni. Najveći udio ispitanika zaposlen je u bolničkim ustanovama, dok je najmanji udio ispitanika zaposlen u ustanovama za hitnu pomoć.



**Slika 5.** Prikaz ispitanika s obzirom na duljinu radnog vijeka

Na slici 5 prikazali smo ispitanike koji su sudjelovali u istraživanju s obzirom na duljinu radnog vijeka. Najveći broj ispitanika je imao deset i manje godina radnog vijeka, a broj ispitanika iznad dvadeset i jedne i iznad trideset godina radnog vijeka bio je jednak.

## 4.2. Kvaliteta života

Razina fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i odnosa prema okolini dobivaju se sukladno metodologiji obrade upitnika WHOQOL - BREF, program za mentalno zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija, Ženeva, gdje se razine kvalitete kreću do vrijednosti 100 koja ukazuje na visoku razinu zdravlja promatranih dimenzija.

**Tablica 2.** Sveukupna kvaliteta života ispitanika

Sveukupna kvaliteta života		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	70,14	65,14-77,01	1,87**	0,062
	Ženski	66,39	55,58-73,87		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	66,93	58,76-74,83	5,35*	0,253
	31 - 40	66,59	54,39-75,78		
	41 - 50	66,44	50,67-71,84		
	51 - 60	63,76	49,18-73,47		
	Iznad 60	71,76	67,63-77,94		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	66,44	55,62-72,73	2,01*	0,365
	Viša stručna sprema	66,59	55,84-77,94		
	Visoka stručna sprema	67,56	62,57-74,29		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	67,37	53,98-74,74	3,58*	0,167
	Hitna medicinska pomoć	68,12	62,69-77,01		
	Bolnička ustanova	66,00	54,74-73,49		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	66,52	57,14-73,92	1,39*	0,709
	11-20 godina	70,13	56,85-75,78		
	21-30 godina	65,57	50,67-70,57		
	Više od 30 godina	67,24	55,77-75,41		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost sveukupne kvalitete života je za 3,75 veća kod ispitanika muškog spola u odnosu na ispitanice, te testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $Z=1,87$ ;  $p=0,062$ ).

Najviša razina sveukupne kvalitete života je utvrđena kod ispitanika dobne skupine iznad 60 godina ( $Me=71,76$ ;  $IQR=67,63-77,94$ ), dok je najniža razina ukupnog zdravlja utvrđena među ispitanicima starosne dobi između 41 i 50 godina ( $Me=66,44$ ;  $IQR=50,67-71,84$ ). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=5,35$ ;  $p=0,253$ ).

Kod ispitanika s visokom stručnom spremom utvrđena je razina sveukupne kvalitete života za 1,12 bodova veća u odnosu na ispitanike sa završenom srednjom stručnom spremom, te testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=2,0$ ;  $p=0,365$ ).

Najviša sveukupna kvaliteta života je utvrđena kod ispitanika zaposlenih u hitnoj medicinskoj pomoći, te je za 2,12 veća u odnosu na zaposlenike bolničkih ustanova gdje je utvrđena najniža razina bolničkog zdravlja. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=3,58$ ;  $p=0,167$ ).

Najviša razina sveukupne kvalitete života utvrđena je među ispitanicima s 11 do 20 godina radnog vijeka, te je za 4,56 veća u odnosu na razinu ukupnog zdravlja utvrđenog među ispitanicima s radnim vijekom u rasponu od 21 do 30 godina. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=1,39$ ;  $p=0,709$ ).

**Tablica 3.** Kvaliteta domene fizičkog zdravlja ispitanika

Fizičko zdravlje		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	75,00	64,29-85,71	3,22**	0,001
	Ženski	67,86	57,14-75,00		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	67,86	57,14-78,57	1,20*	0,787
	31 - 40	67,86	57,14-78,57		
	41 - 50	74,43	53,57-75,00		
	51 - 60	69,64	57,14-76,79		
	Iznad 60	71,43	64,29-85,71		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	67,86	53,57-75,00	3,01*	0,221
	Viša stručna sprema	67,86	60,71-82,14		
	Visoka stručna sprema	71,43	57,14-78,57		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	71,43	57,14-78,57	14,48*	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	75,00	64,29-82,14		
	Bolnička ustanova	60,71	53,57-75,00		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	67,86	57,14-78,57	0,95*	0,813
	11-20 godina	67,86	57,14-78,57		
	21-30 godina	67,86	53,57-75,00		
	Više od 30 godina	73,21	57,14-82,14		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost fizičkog zdravlja je za 7,14 veća kod ispitanika muškog spola u odnosu na ispitanice, te je testiranjem utvrđeno postojanje razlike ( $Z=3,22$ ;  $p=0,001$ ).

Najviša razina fizičkog zdravlja je utvrđena kod ispitanika dobne skupine između 41 i 50 godina ( $Me=74,43$ ;  $IQR=53,57-75,00$ ), dok je najniža razina fizičkog zdravlja utvrđena među ispitanicima starosne dobi od 19 do 30 godina, te starosne dobi između 31 i 40 godina ( $Me=67,86$ ;  $IQR=57,14-78,57$  kod obje dobne skupine). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=1,20$ ;  $p=0,787$ ).

Kod ispitanika visoke stručne spreme utvrđena je razina fizičkog zdravlja za 3,57 bodova veća u odnosu na ispitanike sa završenom srednjom i višom stručnom spremom, te testiranjem nije utvrđeno postojanje razlika ( $H=3,01$ ;  $p=0,221$ ).

Najviša kvaliteta fizičkog zdravlja je utvrđena kod ispitanika zaposlenih u hitnoj medicinskoj pomoći, te je za 14,71 veća u odnosu na zaposlenike bolničkih ustanova gdje je utvrđena najniža razina fizičkog zdravlja. Utvrđeno je postojanje razlike ( $H=14,48$ ;  $p<0,001$ ).

Duljinom radnog staža utvrđen je porast razine fizičkog zdravlja gdje je najviša razina utvrđena među ispitanicima s više od 30 godina staža. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike u odnosu na ostale promatrane skupine ( $H=0,95$ ;  $p=0,813$ ).

**Tablica 4.** Kvaliteta domene mentalnog zdravlja ispitanika

Mentalno zdravlje		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	70,83	66,67-83,33	2,03**	0,042
	Ženski	70,73	58,33-75,00		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	70,83	60,42-79,17	4,31*	0,365
	31 - 40	66,67	58,33-75,00		
	41 - 50	66,67	54,17-75,00		
	51 - 60	66,67	52,08-77,08		
	Iznad 60	70,83	70,83-79,17		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	70,83	54,17-75,00	0,81*	0,67
	Viša stručna sprema	70,83	58,33-79,17		
	Visoka stručna sprema	70,83	66,67-75,00		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	66,67	58,33-75,00	5,30*	0,071
	Hitna medicinska pomoć	75,00	66,67-79,17		
	Bolnička ustanova	70,83	54,17-75,00		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	70,83	58,33-75,00	2,52*	0,471
	11-20 godina	70,83	58,33-79,17		
	21-30 godina	66,67	58,33-75,00		
	Više od 30 godina	68,75	54,17-75,00		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost mentalnog zdravlja je za 0,10 veća kod ispitanika muškog spola u odnosu na ispitanice, te je testiranjem utvrđeno postojanje razlike ( $Z=2,03$ ;  $p=0,042$ ).

Jednaka razina mentalnog zdravlja je utvrđena kod ispitanika dobne skupine između 19 i 30 godina ( $Me=70,83$ ;  $IQR=60,42-79,17$ ), odnosno kod ispitanika dobne skupine iznad 60

godina (Me=70,83; IQR=70,83-79,17). Jednaka razina mentalnog zdravlja je također utvrđena kod ispitanika dobne skupine od 31 do 40 godina (Me=66,67; IQR=58,33-75,00), kod ispitanika dobne skupine od 41 do 50 godina (Me=66,67; IQR=54,17-75,00) odnosno kod ispitanika dobne skupine od 51 do 60 godina (Me=66,67; IQR=52,08-77,08). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=4,31; p=0,365).

Kod ispitanika svih razina obrazovanja je utvrđena jednaka srednja vrijednost mentalnog zdravlja (Me=70,83). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=0,81; p=0,67).

Najviša razina mentalnog zdravlja je utvrđena kod ispitanika zaposlenih u hitnoj medicinskoj pomoći, te je za 8,33 veća uz odnosu na zaposlenike doma zdravlja gdje je utvrđena najniža razina mentalnog zdravlja. Nije utvrđeno postojanje razlike (H=5,30; p=0,071).

Jednaka razina mentalnog zdravlja je utvrđena kod ispitanika s radnim vijekom od 0 do 10 godina (Me=70,83; IQR=58,33-75,00), odnosno kod ispitanika s radnim vijekom od 11 do 20 godina (Me=70,83; IQR=58,33-79,17). Najniža razina mentalnog zdravlja je utvrđena kod ispitanika s radnim vijekom od 21 do 30 godina (Me=66,67; IQR=58,33-75,00). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H= 2,52; p=0,471).

**Tablica 5.** Kvaliteta domene društvenog života ispitanika

Društveni život		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	75,00	58,33-75,00	0,45**	0,756
	Ženski	66,67	50,00-83,33		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	75,00	58,33-83,33	11,00*	0,027
	31 - 40	66,67	41,67-83,33		
	41 - 50	66,67	50,00-75,00		
	51 - 60	66,67	54,17-75,00		
	Iznad 60	83,33	83,33-83,33		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	66,67	50,00-83,33	0,29*	0,866
	Viša stručna sprema	75,00	50,00-83,33		
	Visoka stručna sprema	66,67	50,00-75,00		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	66,67	50,00-75,00	1,73*	0,420
	Hitna medicinska pomoć	66,67	58,33-75,00		
	Bolnička ustanova	70,83	58,33-83,33		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	66,67	58,33-83,33	3,43*	0,336
	11-20 godina	75,00	41,67-83,33		
	21-30 godina	66,67	50,00-75,00		
	Više od 30 godina	66,67	50,00-75,00		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost kvalitete društvenih odnosa je veća kod ispitanika muškog spola (Me=75,00; IQR=58,33-75,00) u odnosu na ispitanice (Me=66,67; IQR=50,00-83,33). Testiranjem nije utvrđena razlika u razini društvenih odnosa i spola (Z=0,45; p=0,756).

Najviša razina kvalitete društvenih odnosa je utvrđena kod ispitanika koji imaju iznad 60 godina (Me=83,33; IQR=83,33-83,33), dok je ista ujedno i najniža razina (Me=66,67) utvrđena kod tri dobne skupine (31-40 – IQR= 41,67-83,33; 41-50 – IQR=50,00-75,00; 51-60 – IQR=54,17-75,00). Testiranjem je utvrđeno postojanje razlike (H=11,00; p=0,027).

Kod ispitanika više stručne spreme utvrđena je razina kvalitete društvenih odnosa za 8,33 bodova veća u odnosu na ispitanike sa završenom srednjom i visokom stručnom spremom, te testiranjem nije utvrđeno postojanje razlika (H=0,29; p=0,866).



Kod ispitanika koji rade u bolničkoj ustanovi je razina kvalitete društvenih odnosa za 4,16 bodova veća u odnosu na ispitanike koji rade u domu zdravlja i hitnoj medicinskoj pomoći. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=1,73$ ;  $p=0,420$ ).

Ispitanici koji imaju od 11 do 20 godina radnog vijeka imaju i najveću razinu kvalitete društvenih odnosa ( $Me=75,00$ ;  $IQR=41,67-83,33$ ). Testiranjem nije utvrđena razlika u razini kvalitete društvenih odnosa i duljine radnog staža ( $H=3,43$ ;  $p=0,336$ ).

**Tablica 6.** Kvaliteta domene životne okoline ispitanika

Životna okolina		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	62,50	50,0-75,00	0,8**	0,426
	Ženski	59,38	46,88-71,88		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	59,38	46,88-73,44	4,81*	0,308
	31 - 40	65,63	53,13-71,88		
	41 - 50	59,38	46,88-71,88		
	51 - 60	54,69	45,31-59,38		
	Iznad 60	68,75	62,50-71,86		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	56,22	46,86-68,75	6,00*	0,049
	Viša stručna sprema	62,50	50,00-75,00		
	Visoka stručna sprema	66,63	59,38-71,88		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	66,63	46,88-71,88	4,01*	0,133
	Hitna medicinska pomoć	65,63	53,13-75,00		
	Bolnička ustanova	59,38	46,88-30,31		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	59,38	46,88-71,88	2,05*	0,562
	11-20 godina	65,63	53,13-75,00		
	21-30 godina	56,25	46,88-71,88		
	Više od 30 godina	59,38	46,88-71,88		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Veća srednja vrijednost kvalitete okoliša je utvrđena kod ispitanika muškog spola ( $Me=62,50$ ;  $IQR=50,0-75,00$ ) u odnosu na ispitanice ( $Me=59,38$ ;  $IQR=46,88-71,88$ ). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $Z=0,80$ ;  $p=0,426$ ).

Najviša razina kvalitete okoliša utvrđena je kod ispitanika dobne skupine iznad 60 godina (Me=68,75; IQR=62,50-71,86), dok je najniža razina kvalitete životne okoline utvrđena kod ispitanika dobne skupine od 51 do 60 godina (Me=54,69; IQR=45,31-59,38). Testiranjem nije utvrđena razlika u razini kvalitete okoliša i dobnoj skupini (H=4,81; p=0,308). S većom razinom stručne spreme utvrđen je porast razine kvalitete živote okoline gdje je najviša razina utvrđena među ispitanicima s visokom stručnom spremom. Testiranjem je utvrđeno postojanje razlike u odnosu na ostale promatrane skupine (H=6,00; p=0,049).

Najviša kvaliteta životne okoline je utvrđena kod ispitanika zaposlenih u domu zdravlja te je za 7,25 veća u odnosu na zaposlenike bolničkih ustanova gdje je utvrđena najniža razina kvalitete okoline. Nije utvrđeno postojanje razlike (H=4,01; p=0,133).

Najveća razina kvalitete životne okoline utvrđena je kod ispitanika koji imaju 11 do 20 godina radnog vijeka (Me=65,63; IQR=53,13-75,00) dok je najniža razina kvalitete okoline utvrđena kod ispitanika koji imaju 21 do 30 godina radnog staža (Me=56,25; IQR=46,88-71,88). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike u odnosu na ostale promatrane skupine (H=2,05; p=0,562).

### **4.3. Kvaliteta i organizacija rada**

Razina kvalitete rada percipirano od strane ispitanih prikupljena je upotrebom 34 čestice gdje su ispitanici iskazivali slaganje s tvrdnjama u rasponu od 1 do 7 gdje vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s tvrdnjom, dok vrijednost 7 ukazuje na potpuno slaganje s tvrdnjama (privitak I). Kod izračuna ukupne razine percepcije kvalitete rada konvertiran je stupanj slaganja na tvrdnje koje imaju negativno značenje, te je rađena konverzija ostalih mjernih skala slaganja na mjernu skalu u rasponu od 1 do 7.

**Tablica 7.** Razina kvalitete rada percipirano od strane ispitanika

Ispitanici i njihov rad		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	5.32	4,31-6,10	0,03**	0,978
	Ženski	5.27	4,53-6,00		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	5.30	4,60-6,05	5,00*	0,288
	31 - 40	5.26	4,41-6,13		
	41 - 50	5.18	4,54-5,94		
	51 - 60	5.20	3,65-6,15		
	Iznad 60	6.53	5,49-6,53		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	5.32	4,66-5,97	0,10*	0,949
	Viša stručna sprema	5.19	4,41-6,18		
	Visoka stručna sprema	5.21	4,32-6,10		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	5.51	4,82-6,17	15,93*	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	5.49	5,06-6,29		
	Bolnička ustanova	4.88	4,21-5,65		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	5.26	4,65-5,91	1,24*	0,743
	11-20 godina	5.59	4,41-6,18		
	21-30 godina	5.18	4,54-5,97		
	Više od 30 godina	5.20	4,74-5,87		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost mišljenja ispitanika o njihovom radu je za 0,05 veća kod ispitanika muškog spola u odnosu na ispitanice, te testiranjem nije utvrđena razlika ( $Z=0,03$ ;  $p=0,978$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o njihovom radu je utvrđena kod ispitanika dobne skupine iznad 60 godina ( $Me=6,53$ ;  $IQR=5,49-6,53$ ), dok je najniža razina mišljenja utvrđena kod ispitanika dobne skupine između 41 do 50 godina ( $Me=5,18$ ;  $IQR=4,54-5,94$ ). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=5,00$ ;  $p=0,288$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o njihovom radu je utvrđena kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom, gdje je utvrđena razina za 0,13 bodova veća od razine mišljenja ispitanika s višom stručnom spremom gdje je utvrđena najniža razina mišljenja. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=0,10$ ;  $p=0,949$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o njihovom radu utvrđena je kod ispitanika zaposlenih u domu zdravlja (Me=5,51; IQR=4,82-6,17), te je za 0,63 veća u odnosu na zaposlenike bolničkih ustanova gdje je utvrđena najniža razina mišljenja. Utvrđeno je postojanje razlike (H=15,93; p<0,001).

Najviša razina mišljenja ispitanika o njihovu radu utvrđena je kod ispitanika s 11 do 20 godina radnog vijeka (Me=5,59; IQR=4,41-6,18), u odnosu na ispitanike s 21 do 30 godina radnog vijeka kod kojih je utvrđena najniža razina mišljenja (Me=5,18; IQR=4,54-5,97). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=1,24; p=0,743).

Razina kvalitete odnosa između ispitanika i ustanove u kojoj rade prikupljena je upotrebom 9 čestica gdje su ispitanici iskazivali slaganje s tvrdnjama u rasponu od 1 do 5 gdje vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s tvrdnjom, dok vrijednost 5 ukazuje na potpuno slaganje s tvrdnjama (privitak II). Kod izračuna ukupne razine percepcije kvalitete rada konvertiran je stupanj slaganja na tvrdnje koje imaju negativno značenje.

**Tablica 8.** Razina kvalitete odnosa između ispitanika i ustanove u kojoj rade

Ispitanici i ustanova		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	2.33	1,89-3,11	1,01**	0,31
	Ženski	2.67	1,94-3,39		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	2.71	2,06-3,50	6,09*	0,193
	31 - 40	2.33	1,78-3,22		
	41 - 50	2.56	1,89-3,33		
	51 - 60	2.83	1,89-3,61		
	Iznad 60	3.11	2,56-3,78		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	2.89	2,11-3,67	8,66*	0,013
	Viša stručna sprema	2.33	1,78-3,22		
	Visoka stručna sprema	2.50	1,78-2,89		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	3.11	2,44-3,78	20,46*	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	2.61	1,89-3,22		
	Bolnička ustanova	2.44	1,78-3,11		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	2.71	2,11-3,44	2,30*	0,512
	11-20 godina	2.56	1,78-3,33		
	21-30 godina	2.61	1,89-3,22		
	Više od 30 godina	2.67	1,89-3,56		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost mišljenja ispitanika o ustanovi u kojoj rade za 0,34 boda veća kod ispitanika ženskog spola u odnosu na ispitanike muškog spola, te testiranjem nije utvrđena razlika ( $Z=1,01$ ;  $p=0,310$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o ustanovi u kojoj rade je utvrđena kod ispitanika dobne skupine iznad 60 godina ( $Me=3,11$ ;  $IQR=2,56-3,78$ ), dok je najniža razina mišljenja utvrđena kod ispitanika dobne skupine između 31 do 40 godina ( $Me=2,33$ ;  $IQR=1,78-3,22$ ). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=6,09$ ;  $p=0,193$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o ustanovi u kojoj rade je utvrđena kod ispitanika s srednjom stručnom spremom, gdje je utvrđena razina za 0,56 bodova veća od razine mišljenja ispitanika s višom stručnom spremom gdje je utvrđena najniža razina mišljenja. Testiranjem je utvrđeno postojanje razlike ( $H=8,66$ ;  $p=0,013$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o ustanovi u kojoj rade utvrđena je kod ispitanika zaposlenih u domu zdravlja (Me=3,11; IQR=2,44-3,78), te je za 0,67 veća u odnosu na zaposlenike bolničkih ustanova gdje je utvrđena najniža razina mišljenja. Utvrđeno je postojanje razlike (H= 20,46; p<0,001).

Najviša razina mišljenja ispitanika o ustanovi u kojoj rade utvrđena je kod ispitanika s 0 do 10 godina radnog vijeka (Me=2,71; IQR=2,11-3,44), u odnosu na ispitanike s 11 do 20 godina radnog vijeka (Me=2,56; IQR=1,78-3,33) kod kojih je utvrđena najniža razina mišljenja. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=2,30; p=0,512).

Razina sigurnosti bolesnika percipirano od strane ispitanih prikupljena je upotrebom 34 čestice gdje su ispitanici iskazivali slaganje s tvrdnjama u rasponu od 1 do 5 gdje vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s tvrdnjom, dok vrijednost 5 ukazuje na potpuno slaganje s tvrdnjama (privitak III). Kod izračuna ukupne razine percepcije kvalitete rada konvertiran je stupanj slaganja na tvrdnje koje imaju negativno značenje, te je rađena konverzija ostalih mjernih skala slaganja na mjernu skalu u rasponu od 1 do 5.

**Tablica 9.** Razina sigurnosti bolesnika percipirano od strane ispitanika unutar ustanove zaposlenja

Sigurnost bolesnika		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	2.85	2,25-3,10	1,15**	0,251
	Ženski	2.90	2,50-3,30		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	2.88	2,40-3,31	2,81*	0,589
	31 - 40	2.75	2,44-3,15		
	41 - 50	2.95	2,55-3,25		
	51 - 60	3.08	2,45-3,38		
	Iznad 60	2.95	2,90-3,50		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	2.95	2,60-3,40	6,63*	0,036
	Viša stručna sprema	2.80	2,50-3,10		
	Visoka stručna sprema	2.65	2,10-3,25		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	3.1	2,65-3,56	14,47*	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	2.78	2,40-3,05		
	Bolnička ustanova	2.82	2,43-3,20		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	2.85	2,45-3,30	2,95*	0,399
	11-20 godina	2.80	2,50-3,20		
	21-30 godina	2.80	2,45-3,10		
	Više od 30 godina	3.05	2,65-3,50		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost mišljenja ispitanika o sigurnosti bolesnika je za 0,15 bodova veća kod ispitanika ženskog spola u odnosu na ispitanike muškog spola, te testiranjem nije utvrđena razlika ( $Z=1,15$ ;  $p=0,251$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o sigurnosti bolesnika je utvrđena kod ispitanika dobne skupine s 51 do 60 godina ( $Me=3,08$ ;  $IQR=2,45-3,38$ ), dok je najniža razina mišljenja utvrđena kod ispitanika dobne skupine između 31 do 40 godina ( $Me=2,75$ ;  $IQR=2,44-3,15$ ). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike ( $H=2,81$ ;  $p=0,589$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o sigurnosti bolesnika je utvrđena kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom, gdje je utvrđena razina za 0,30 bodova veća od razine mišljenja ispitanika s visokom stručnom spremom, u kojoj nalazimo najnižu razinu mišljenja. Testiranjem je utvrđeno postojanje razlike ( $H=6,63$ ;  $p=0,036$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o sigurnosti bolesnika utvrđena je kod ispitanika zaposlenih u domu zdravlja (Me=3,10; IQR=2,65-3,56), te je za 0,32 veća u odnosu na zaposlenike hitne medicinske pomoći gdje je utvrđena najniža razina mišljenja. Utvrđeno je postojanje razlike (H= 14,47;  $p < 0,001$ ).

Najviša razina mišljenja ispitanika o sigurnosti bolesnika utvrđena je kod ispitanika s više od 30 godina radnog vijeka (Me=3,05; IQR=2,65-3,50), u odnosu na ispitanike s 11 do 20 godina radnog vijeka odnosno 21 do 30 godina radnog vijeka (Me=2,80) kod kojih je utvrđena najniža razina mišljenja. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=2,95;  $p = 0,399$ ).

Razina kvalitete skrbi percipirana od strane ispitanih prikupljena je upotrebom 34 čestice gdje su ispitanici iskazivali slaganje s tvrdnjama u rasponu od 1 do 5, pri čemu vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s tvrdnjom, dok vrijednost 5 ukazuje na potpuno slaganje s tvrdnjama (privitak IV). Kod izračuna ukupne razine percepcije kvalitete rada konvertiran je stupanj slaganja na tvrdnje koje imaju negativno značenje, te je obavljena konverzija ostalih mjernih skala slaganja na mjernu skalu u rasponu od 1 do 5.



**Tablica 10.** Razina kvalitete skrbi za bolesnike percipirano od strane ispitanika

Kvaliteta skrbi		Medijan	IQR	Z/H	p
<b>Spol</b>	Muški	2,73	2,25-3,13	1,30**	0,195
	Ženski	2,50	2,21-2,88		
<b>Životna dob</b>	19 - 30	2,46	2,13-3,00	4,71*	0,318
	31 - 40	2,46	2,21-2,92		
	41 - 50	2,56	2,38-2,88		
	51 - 60	2,60	2,35-2,81		
	Iznad 60	3,25	2,79-3,29		
<b>Stručna sprema</b>	Srednja stručna sprema	2,63	2,25-3,00	3,37*	0,185
	Viša stručna sprema	2,42	2,21-2,88		
	Visoka stručna sprema	2,42	2,17-2,75		
<b>Tip ustanove u kojoj radite</b>	Dom zdravlja	2,63	2,29-3,21	16,56*	<0,001
	Hitna medicinska pomoć	2,71	2,42-3,13		
	Bolnička ustanova	2,42	2,13-2,71		
<b>Duljina radnog vijeka</b>	0-10 godina	2,46	2,13-2,96	1,69*	0,64
	11-20 godina	2,50	2,29-3,00		
	21-30 godina	2,52	2,29-2,88		
	Više od 30 godina	2,63	2,29-2,88		

\*Kruskal-Wallis test

\*\*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost slaganja ispitanika o kvaliteti skrbi je veća kod ispitanika muškog spola (Me=2,73; IQR=2,25-3,13) u odnosu na ispitanike ženskog spola (Me=2,50; IQR=2,21-2,88), te testiranjem nije utvrđena razlika (Z=1,30; p=0,195).

Najviša razina slaganja ispitanika o kvaliteti skrbi utvrđena je kod ispitanika u dobnoj skupini iznad 60 godina (Me=3,25; IQR=2,79-3,29), dok je najniža razina slaganja utvrđena kod ispitanika u dobnoj skupini od 10 do 30 godina (Me=2,46; IQR=2,13-3,00) odnosno kod pacijenata dobne skupine od 31 do 40 godina (Me=2,46; IQR=2,21-2,92). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=4,71; p=0,318).

Najviša razina slaganja ispitanika o kvaliteti skrbi je utvrđena kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom, gdje je utvrđena razina za 0,21 bod veća od razine mišljenja ispitanika s višom i visokom stručnom spremom. Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=3,37; p=0,185,).

Najviša razina slaganja ispitanika o kvaliteti skrbi utvrđena je kod ispitanika zaposlenih u hitnoj medicinskoj pomoći (Me=2,71; IQR=2,42-3,13), dok je najniža razina slaganja utvrđena kod zaposlenika bolničkih ustanova (Me=2,42; IQR=2,13-2,71). Utvrđeno je postojanje razlike (H= 16,56; p<0,001).

Najviša razina slaganja ispitanika o kvaliteti skrbi utvrđena je kod ispitanika s više od 30 godina radnog vijeka (Me=2,63; IQR=2,29-2,88), u odnosu na ispitanike od 0 do 10 godina radnog vijeka gdje je utvrđena najniža razina slaganja (Me=2,46; IQR=2,13-2,96). Testiranjem nije utvrđeno postojanje razlike (H=1,69; p=0,640).

## 5. RASPRAVA

Posljednih godina u porastu je istraživanje kvalitete života medicinskih sestara u Hrvatskoj. Istraživanja percepcije i očekivanja korisnika zdravstvene njege te uvjeti rada u sestrinskoj profesiji nisu još zastupljeni u velikom broju. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju uspoređeni su s drugim podacima s područja Republike Hrvatske. Zbog manjeg broja istraživanja i različitih organizacijskih i kulturoloških osobitosti dobivene rezultate smo usporedili s onima iz različitih zemalja koje pripadaju drugačijoj ekonomskoj, kulturološkoj i socijalnoj sredini. U svim demografskim skupinama koje su pristupile istraživanju utvrdili smo statistički bitne razlike među ispitanicima.

Istraživanju je pristupilo 226 ispitanika koji su ispravno ispunili anketni upitnik. Kao što je očekivano, zbog tradicionalno zastupljenijeg ženskog spola u zdravstvenim strukama, žene su činile bitno veći broj ispitanika s udjelom 86.1% prema 13.9%. Najviše ispitanika pripadalo je mlađoj životnoj dobi pa je tako 96 ispitanika pripadalo dobnoj skupini od 19 do 30 godina te se broj ispitanika smanjio kako se povećao broj godina pa je tako dobnu skupinu stariju od 60 godina činilo samo 5 ispitanika. Razlog ovakve razlike zainteresiranosti za sudjelovanje u istraživanju vjerojatno leži u činjenici da se upitnik ispunjavao putem online ankete i prosljeđivao mail adresama i društvenim mrežama koje starija populacija bitno manje koristi u odnosu na mlađu.

Najveći broj ispitanika, 114, imao je srednju stručnu spremu. Ispitanika s višom stručnom spremom je bilo 71, dok je onih s visokom stručnom spremom bilo 38. Napredak struke u Republici Hrvatskoj i dovođenje studija sestrinstva na sveučilišnu razinu u ovom je slučaju poboljšalo sliku o utjecaju razine obrazovanja na kvalitetu života, što će biti prikazano u daljnoj raspravi.

Očekivano, najveći broj ispitanika, njih 108, radi u bolničkim ustanovama, dok 65 ispitanika radi u ambulantom domova zdravlja i 50 u ustanovama za hitnu pomoć. Osim što

bolnicama pripada najveći broj medicinskih sestara, na bitno veći odaziv vjerojatno su utjecali i redoviti dolazak mladog kadra kao i veći broj radnih mjesta za medicinske sestre više i visoke razina obrazovanja.

Broj godina radnog staža ispitanika pratio je putanju dobi pa je tako s 120 ispitanika prednjačila skupina koja je imala 0 – 10 godina radnog staža, a skupine 11 – 20, 21 – 30 i više od 30 godina su je pratile s 53 te 30 i 30 godina radnog staža.

Sveukupna kvaliteta života pokazala je dobre rezultate u svim demografskim skupinama te se kvaliteta života medicinskih sestara može opisati kao dobra. Muški spol, mlađa životna dob i viši stupanj edukacije pokazali su se kao predisponirajući čimbenici za viši stupanj kvalitete života. Unatoč tome što najveću kvalitetu života pokazuje dobna skupina starija od 60 godina, bitno je napomenuti da nju čini samo 5 ispitanika i da uzorak kao takav nije reprezentativan kada se uspoređi s dobnom skupinom 18 – 30 godina koju čini 96 ispitanika. Iako sveukupna kvaliteta života nije dala statistički bitne razlike, primjećena su jednaka ili slična kretanja sociodemografskih skupina u drugim istraživanjima koja su koristila isti anketni upitnik za procjenu kvalitete života. Istraživanje u Iraku na temu povezanosti noćnih smjena i kvalitete života također su u rezultatima prikazali pozitivnu vezu između spola i dobi, u kojem bolju kvalitetu života imaju muškarci i osobe mlađe životne dobi. Razliku kretanja uzorka u Iranu čine visokoobrazovane medicinske sestre koje su imale manju kvalitetu života. Kao i u istraživanju u Osijeku, većina ispitanika je pokazala visoku razinu kvalitete života dok je više od polovice ispitanika u Iraku svoj život ocjenilo lošim do vrlo lošim što s obzirom na podudaranje rezultata unutar Republike Hrvatske može biti učinak drugačije socijalne i kulturne sredine (7,50).

U istraživanjima kvalitete života medicinskih sestara u Osijeku i Zagrebu, koristeći WHOQOL upitnik, pronađene su statistički bitne razlike između povezanosti u domenama fizičkog zdravlja, socijalne okoline i okoliša. Sorić i suradnici su pronašli pozitivnu povezanost edukacije s fizičkim zdravljem i kvalitetom okoliša te pozitivnu povezanost

mlađe životne dobi s kvalitetom socijalne domene života (8). Bartnek i Gašpert su također pronašli pozitivnu povezanost mlađe životne dobi s kvalitetom socijalne domene života (7).

U ovom istraživanju rezultati pokazuju kako muškarci imaju bitno bolju kvalitetu fizičkog zdravlja ( $p=0,001$ ) i mentalnog zdravlja ( $p=0,042$ ). Kao i kod prethodnih istraživanja, pronađena je pozitivna povezanost mlađe životne dobi s kvalitetom društvenog života ( $p=0,027$ ) te pozitivne povezanosti edukacije s kvalitetom životnog okruženja ( $p=0,049$ ). Statistički bitne razlike između ostalih čimbenika nisu pronađene. Uzimajući u obzir statistički značajne rezultate, kao i rezultate koji nisu polučili statistički bitne rezultate, ali su imali očekivane međusobne razlike, možemo zaključiti kako sociodemografske osobine utječu na kvalitetu života.

Životna se dob nije pokazala kao bitan čimbenik kvalitete života, kao ni odnosa prema radnim zadacima i organizaciji ustanova. Rezultati koji uključuju stavove prema radnim zadacima i organizaciji rada nas upućuju na to da se radna sposobnost može održati u starijoj životnoj dobi. Sorić i suradnici također nisu pronašli bitne poveznice između dobi i radne sposobnosti hrvatskih medicinskih sestara, a i istraživanja u Australiji i Brazilu pokazuju slične rezultate; što je bitno, jer nakon ulaska u Europsku uniju, hrvatske medicinske sestre imaju otvorene granice te smo svjedoci sve češćih migracija mladih zdravstvenih stručnjaka pri čemu dolazi do izostatka pomlađivanja radnog kadra (8, 51-52). Deficitno stanje u sestrinstvu i staro stanovništvo zahtijevaju što veće očuvanje radne sposobnosti što podrazumijeva promjenu radnog mjesta i održavanje određenog broja mladog radnog kadra s obzirom na težinu radnih zadataka kako bi se preventivno djelovalo na trenutne trendove kretanja u struci.

Uzimajući u obzir ustanove u kojima su ispitanici zaposleni, nije bilo bitne razlike u sveukupnoj kvaliteti života ( $p=0,167$ ). U povezanosti ustanove zaposlenja s domenama života, statistički bitan rezultat je prepoznat jedino u kvaliteti fizičkog zdravlja ( $p=0,001$ ) gdje najveću kvalitetu imaju djelatnici hitne pomoći, a zatim je slijede djelatnici doma zdravlja te bolničkih ustanova. S obzirom da Sorić i suradnici, kao ni Srdar, nisu u svojim

istraživanjima pronašli bitnu povezanost smjenskog rada i kvalitete života, nije isključivo da je bitnost u razlikama između fizičkog zdravlja djelatnika hitne pomoći i bolničkih ustanova upravo u odnosu spolova zastupljenih u tim ustanovama. Naime, hitna pomoć se od tri ispitane ustanove jedina ističe po zastupljenosti medicinskih tehničara u odnosu na medicinske sestre te je također na prvom mjestu u rezultatima domene mentalnog zdravlja (8). Stoga je moguće kako se radi o boljem podnošenju težih uvjeta rada kod muškaraca s obzirom da se radi o fizički zahtjevnom poslu dok se kod ženskog spola može pretpostaviti i dodatno opterećenje tijekom boravka s obitelji zbog tradicionalno zastupljenih poslova u domaćinstvu.

U samim rezultatima rada prikazane razlike u zadovoljstvu ispitanika s obzirom na radno mjesto mogu biti uzrokovane potrebom pacijenata za zdravstvenom njegom. Pružanje zdravstvene njege, duljina boravka uz bolesnika kao i okupiranost medicinske sestre najveća je u bolničkim ustanovama prilikom pružanja sekundarne zdravstvene skrbi. Percepcija težine radnih zadataka najčešće nas usmjeri na promatranje hitnih stanja i očuvanju života pacijenata, ali u produljenom bolničkom liječenju udio vremena kojeg medicinska sestra provede uz pacijenta je razmjerno veći i postupci zdravstvene njege zahtjevniji. Dio iskazanog nezadovoljstva radnom okolinom je možda rezultat ovih utjecaja te bi u istraživanjima trebalo upotrijebiti instrumente kojima možemo točno izmjeriti težinu pružene skrbi. Pored točnih mjernih instrumenata u različitim domenama kvalitete života u našem istraživanju nismo mjerili emocionalnu angažiranost kod posebno zahtjevnih radnih zadataka. Kao potrebu za ovakvim istraživanjem navodimo i najlošije izraženu percepciju sigurnosti pacijenata kod osoblja zaposlenog u ustanovama hitne pomoći u našem istraživanju.

Djelatnici domova zdravlja pokazali su najpozitivniji odnos prema radnim zadacima ( $p=0,001$ ) i ustanovom ( $p=0,001$ ) te mišljenje o sigurnosti pacijenta unutar ustanove ( $p=0,036$ ) dok su djelatnici bolničkih ustanova imali najlošije stavove o odnosu prema radnim zadacima i ustanove te o kvaliteti skrbi pacijenata. Djelatnici hitne medicinske

pomoći iskazali su najbolje mišljenje o kvaliteti skrbi koju mogu pružiti pacijentima ( $p=0,001$ ).

S obzirom na veličinu ustanove i ustroj hijerarhije unutar iste, negativniji stavovi bolničkih medicinskih sestara dali su očekivane rezultate. Osim što se radi o mnogo većim ustanovama koje svojim ustrojem ne dopuštaju intimniju atmosferu užitih timova obiteljske i hitne medicine, bolnice također obuhvaćaju mnogo širi spektar zdravstvene skrbi. Usluge sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite koje bolnica pruža često su složenije prirode pa osim što mogu biti fizički i psihički iscrpljujuće, djelatnike često izlažu štetnim učincima redovnog kontakta s infektivnim materijalima i zaraznim pacijentima te djelovanju zračenja i citostatika što medicinske sestre izlaže češćem pobolu i narušavanju zdravlja. Imajući na umu deficit zdravstvenih stručnjaka, gubitak i obuka novih stručnjaka za uže specijalizacije viših razina zdravstvene zaštite vjerojatno predstavljaju veći stres i gubitak za djelatnike, ustanovu i stanovništvo u odnosu na kretanje djelatnika primarne zdravstvene zaštite pa su samim tim povezive s narušenom kvalitetom života bolničkih djelatnika koja je prikazana u prethodnom dijelu istraživanja.

Nedovoljan broj medicinskih sestara u odnosu na europska mjerila, otvorene granice i izjednačavanje sustava školstva onima iz Europske unije otvaraju nova pitanja za očuvanje broja i kvalitete kadra dok dovođenje studija sestrinstva na sveučilišnu razinu otvara vrata struke mladima koji su završili druge srednje škole i koji tek ulaze u struku za koju možda nisu spremni. S obzirom da medicinska sestra prosječno provede 40 – 48 sati tjedno na poslu, možemo zaključiti kako uvjeti na radnom mjestu mogu predstavljati ozbiljan čimbenik njihove kvalitete života. Prema Buljubašićevom istraživanju provedenom među medicinskim sestrama na području cijele Republike Hrvatske, ukupna količina izgaranja zdravstvenih djelatnika objašnjena je 29,6 % osobinama ličnosti, a 69,4% stresorima na poslu. Koristeći rezultate istraživanja koja su se dotakla kvalitete života medicinskih sestara te njenih elemenata i posljedica, postojećim i budućim medicinskim sestrama bi se putem testova

osobnosti i boljom informiranosti moglo pomoći da ispravnije odaberu svoju buduću profesiju, kao i radno mjesto unutar iste (53).

Mogući nedostatak istraživanja u ovom dijelu je isključenje pitanja o bračnom statusu i smjenskom radu zbog kojeg smo primoreni pretpostavljati zaključke za koje već postoje određeni dokazi.

Kod istraživanja učinaka radne okoline na kvalitetu života pažnju smo poklonili odnosima među zaposlenim djelatnicima i organizacijskim problemima. Nedovoljno je istražena domena težine samih postupaka na kojima se zasniva zdravstvena njega bolesnika.

Medicinska sestra je ogledalo moralne svijesti o njezi bolesnika kao privilegirane osobne vrijednosti, a ne kao formalnog moralnog načela, što znači da osoba koja se svjesno skrbi za druge razvija i stječe specifične vrline koje joj omogućuju da tu skrb obavlja s visokom razinom motivacije i postojanosti.

Medicinska sestra treba zadobiti povjerenje bolesnika te mora dati sve što može od sebe za utjehu, pomoć i savjet. Odnos medicinske sestre i bolesnika ne smije prijeći u intimnost; da bi medicinska sestra obavila taj svoj glavni zadatak treba joj pružiti ono poštovanje koje traži karakter njezina zvanja.



## 6. ZAKLJUČCI

1. Muški spol, mlađa životna dob i viši stupanj edukacije predisponirajući su čimbenici za veću kvalitetu života. Muškarci imaju bitno bolju kvalitetu fizičkog i mentalnog zdravlja, a osobe višeg edukacijskog stupnja bitno bolju kvalitetu životnog okoliša.
2. Osobe starije životne dobi nisu pokazale razliku u stavovima prema radnim zadacima i organizaciji rada ustanove u odnosu na mlađe osobe.
3. Ustanova zaposlenja bitno utječe na kvalitetu fizičkog zdravlja s tim da su najbolju kvalitetu fizičkog zdravlja imali djelatnici hitne medicinske pomoći, a zatim djelatnici domova zdravlja te bolničkih ustanova.
4. Djelatnici bolničkih ustanova imali su bitno najnegativniji odnos prema radnim zadacima i mišljenje o skrbi pacijenta, a djelatnici domova zdravlja najpozitivniji. Ovi rezultati prate trend kretanja kvalitete života i njenih domena te su povezivi s istima.
5. Povezivost dobivenih rezultata i njihovo podudaranje s rezultatima prethodnih istraživanja u Republici Hrvatskoj i svijetu pokazuju iskoristivost za instrumente koji bi pomogli u osobnom odabiru sestriinstva kao buduće profesije, kao i u odabiru radnog mjesta unutar profesije.

## 7. LITERATURA

1. Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*. 2008; 24 (1-2): 67-89.
2. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*. 2013; 7: 251 – 257.
3. World Health Organization. *Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work*. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11-14 October 1994, Beijing, China.
4. Družić Ljubotina O, Friščić LJ. Profesionalni stres kod socijalnih radnika: izvori stresa i sagorijevanje na poslu. *Ljetopis socijalnog rada* 2014., 21 (1): 5 – 32.
5. *Strateške smjernice razvoja sestrinstva u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017. – 2018.* [Internet]. Hrvatska komora medicinskih sestara [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2017/08/Strateske-smjernice-HKMS-savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-srpanj-2017.doc&usg=AOvVaw0DMu-vzACuX3vfdj1TV-Ug>
6. *Izješće o radu Hrvatske komore medicinskih sestara u 2018. godini* [Internet]. Hrvatska komora medicinskih sestara [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2018/12/Izvjescje-o-rad-u-2018.-godini-Skupstini-HKMS.pdf>
7. Batrnek T, Gašpert M. Quality of Life of Nurses in Osijek. *Croatia Nursing Journal*. 2018; 2 (2); 99 – 109.
8. Sorić M, Golubić R, Milošević M, Juras K, Mustajbegović J. Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. *Collegium antropologicum*. 2013; 37 (2): 379 – 384.

9. Prutkin JM. A History of Quality of Life Measurements [Internet]. New Haven: Yale University, School of Medicine; 2002 [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na: <https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1423&context=ymtdl>
10. Vuletić G, Benjak T, Brajković L, Brkljačić T, Davern M, Golubić R i sur., ur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost; 2011.
11. Pennacchini M, Bertolaso M, Elvira MM, De Marinis MG. A Brief History of the Quality of Life: Its Use in Medicine and in Philosophy. *La clinica terapeutica*. 2011; 162 (3): 99 – 103.
12. Felce D, Perry J. Quality of Life: Its Definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 1995; 16 (1): 51 – 74.
13. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma “kvalitete života”. *Primjenjena psihologija*. 1989; 10 (3): 179 – 184.
14. Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument – WHQOOL. World Health Organization [Internet]. Department of Mental Health [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na: <https://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf?ua=1>
15. Cummins, R.A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64, 225-256.
16. Nayfield SG, Ganz PA, Moinpour CM, Cella DF, Hailey BJ. Report from National Cancer Institute (USA) Workshop on Quality of Life Assessments in Cancer Clinical Trials. *Quality of Life Research*. 1992; 1 (3): 203 – 210.
17. World Health Organization [Internet]. WHQOL: Measuring Quality of Life [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
18. Lumsden DP. Is the concept of „stress” of any use, anymore? U: Randall D., ur. *Contributions to primary intervention in mental health: Working papers*. Toronto; 1981.

19. Knežević B, Golubić R, Milošević, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*. 2009; 51 (2): 85 – 92.
20. Hudek – Knežević J, Kardum I. *Stres i tjelesno zdravlje: Konceptualizacije stresa*. Zagreb: Naklada slap; 2002.
21. Ekić S, Primorac A, Vučić B. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. *Časopis za primjenjene zdravstvene znanosti*. 2016; 2 (1): 19 – 46.
22. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co; 1984.
23. Sauter S, Murphy L. *Stress...at work* [Internet]. NIOSH. 1998 [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf>
24. Cooper CL, Marshall J. Occupational Sources of Stress: A Review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*. 1976; 49: 11 – 28.
25. Ajduković, D, Ajduković, M. (ur.). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996.
26. Cooper SL, Sloan SJ, Williams S. *Occupational stress indicator management guide*. Windsor: NFER – Nelson; 1988.
27. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Miller C. The experience of work – related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*. 2005; 20 (2); 178 – 187.
28. Hingley P, Cooper GL. *Stress and the Nurse Manager*. Chichester: John Wiley; 1986.
29. Lee S, Ellis N. The design of a stress – management programme for nursing personnel. *J Adv Nurs*. 1990; 15 (8): 946 – 961.
30. Marlais M, Haudorović N. Stres uzrokovan radnim okruženjem medicinskih sestara / tehničara u Općoj bolnici Dubrovnik. *Sestrinski glasnik*. 2015; 20 (1): 72-74.

31. Azdakpah G, Laar AS, Fiadjoe HS. Occupational stress among nurses in a Hospital Setting in Ghana. In Case Rep Rev 1: doi: 10.15761/CCRR.1000207.
32. Adeb – Saeedi J. Stress among emergency nurses. Australian Emergency Nursing Journal. 2002; 5(2): 19 – 24.
33. Škrinjarić JS, Šimunović D. Izvori profesionalnoga stresa medicinskih sestara u ambulantom obiteljske medicine. Medica Jadertina. 2018; 48 (1-2); 13 – 22.
34. Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of Work – related stress in nursing. Health Science Journal. 2010; 4 (4); 210 – 216.
35. Cooper CL, Dewe PJ, O’Driscoll MP. Organizational stress: a review and critique of theory, research and applications. Thousand Oaks: Sage; 2001.
36. European Agency for Safety and Health at Work. [Internet]. Work - related stress [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<https://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/22>
37. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1990.
38. Milutinović D. Stres na radu i zdravlje medicinskih sestara u jedinicama intenzivne njege u Srbiji. Arhiv za higijenu rada i toksikologiju. 2012; 63 (2): 1771 – 179.
39. Peterson U, Demerouti E, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and psychal and mental health among Swedish healthcare workers. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62 (1): 84 – 95.
40. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O’Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review [Internet]. PloS One. 2016; 11 (7) [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938539/pdf/pone.0159015.pdf>
41. Freudenberg, H. Staff Burnout. Journal of Social Issues. 1974; 30 (1): 159 – 165.
42. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press; 1996.

43. Lu M, Ruan H, Xing W, Hu Y. Nurse Burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality care. *J Nurs Manag.* 2015; 23 (4): 440 – 447.
44. Bogdanović G, Kulić V, Kulić V, Živanović S. Sindrom profesionalnog sagorevanja kod medicinskih sestara. *Sestrinska reč.* 2018; 21 (76): 33 – 36.
45. Gomez – Urquiza JL, De La Fuente – Solana EI, Albendin – Garcia L, Vargas – Pecino C, Ortega – Campos EM, Canadas – De La Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta – Analysis. *Crit Care Nurse.* 2017; 35 (7): 1 – 9.
46. Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta – analysis. *Int Emerg Nurs.* 2018; 39: 46 – 54.
47. Adrianssens 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; 52 (2): 649 – 661.
48. Monsalve – Reyes CS, San Luis – Costas C, Gomez – Urquiza JL, Albendin – Garcia L, Aguayo R, Canadas – De La Fuente [Intenret]. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta – analysis. *BMC Fam Pract.* 2018 [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0748-z>
49. Skoblar N. Utjecaj kvalitete i zadovoljstva životom na migraciju mladih u općinama Privlaka i Vir - diplomski rad [Internet]. Split: Sveučilište u Splitu; 2016 [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/efst%3A893>
50. Al – Ameer MHI. Night Shift and its Impact upon the Quality of Life of Nurses Working at the Teaching Hospitals of the Medical City Complex in Baghdad City, Iraq. *Journal of Nursing and Care.* 2017; 6 (4): 1 – 5.

51. Martinez MC, Latorre MDRDO, Fischer FM. Stressors influence work ability in different age groups of nursing professionals: 2 – year follow – up [Internet]. *Ciencia & Saude Colectiva*. 2017; 22 (5) [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
[http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en\\_1413-8123-csc-22-05-1589.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/en_1413-8123-csc-22-05-1589.pdf)
52. Austen S, Jefferson T, Lewin G, Ong R, Sharp R. Work ability, age and intention to leave aged care work. *Australas J Ageing*. 2016; 35 (1): 18 – 22.
53. Buljubašić A. Sindrom sagorijevanja među zdravstvenim djelatnicima – diplomski rad [Internet]. Split: Sveučilište u Splitu; 2015 [pristupljeno 08. 09. 2019.]. Dostupno na:  
<https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A56/datastream/PDF/view>

## 8. SAŽETAK

### **Cilj:**

Cilj ovog rada je ispitati povezanost kvalitete života medicinskih sestara s njihovim sociodemografskim osobinama i radnom okolinom.

Hipoteze istraživanja su:

1. Kvaliteta života u zdravstvenih djelatnika razlikuje se s obzirom na njihove sociodemografske osobine. Iako se s rastućom dobi mijenja kvaliteta života u fizičkoj i psihičkoj domeni, pad radne sposobnosti tijekom starenja nije nužna pojava, već se može održati pozitivnim djelovanjem na ostale dimenzije kvalitete života, budući da je funkcionalni kapacitet pojedinca na radnom mjestu rezultat interakcije stručnosti, radnog iskustva te prilagodbe na fizičku i psihosocijalnu okolinu.
2. Kvaliteta života u zdravstvenih djelatnika razlikuje se obzirom na ustroj zdravstvene ustanove: rade li osobe u domu zdravlja, bolničkoj ustanovi ili ustanovi za hitnu medicinsku pomoć.
3. Radni zadatci i organizacija rada unutar ustanove značajno utječu na kvalitetu života zdravstvenih djelatnika i mogući odabir buduće profesije.

### **Metode:**

U istraživanju je sudjelovalo 226 ispitanika među kojima je proveden anketni upitnik. Ispitanici su dobrovoljno pristupili istraživanju uz uvjet isključenja onih medicinskih sestara koje u ispitivanom razdoblju nisu bile zaposlene. Istraživanje se provelo primjenom dvaju upitnika: WHOQOL-BREF, program za mentalno zdravlje, Svjetske zdravstvene organizacije, Ženeva i ORCAB upitnikom (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009) ORCAB Questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009).



## **Rezultati:**

U sveukupnoj kvaliteti života nisu pronađene bitne razlike među sociodemografskim skupinama. U domenama fizičkog i mentalnog zdravlja, muškarci su pokazali bitno bolje rezultate u odnosu na ženske ispitanike. Promatrajući mjesto zaposlenja ispitanika, djelatnici hitnih medicinskih službi imali su statistički bitno najvišu razinu fizičkog zdravlja, a djelatnici bolničkih ustanova najnižu. Stupanj stručne spreme pokazao se bitnim čimbenikom za kvalitetu domene životnog okoliša koja je u porastu sukladno sa stupnjem obrazovanja. Promatrajući stavove i mišljenja ispitanika o kvaliteti i organizaciji rada, možemo primjetiti kako medicinske sestre bolničkih ustanova imaju statistički značajno najnegativnije mišljenje o kvaliteti rada i sigurnosti pacijenata te najnegativnije odnose prema ustanovi u kojoj su zaposleni. Ispitanici srednje stručne spreme imaju bitno pozitivnije mišljenje o sigurnosti pacijenta u odnosu na ispitanike više i visoke stručne spreme.

## **Zaključak:**

Muški spol, mlađa životna dob i viši stupanj edukacije predisponirajuću su čimbenici za ukupno veću kvalitetu života. Muškarci imaju bitno bolju kvalitetu fizičkog i mentalnog zdravlja, a osobe višeg stupnja edukacije životni okoliš. Dob se nije pokazala kao bitan faktor radne sposobnosti, no za objektivnije rezultate je potrebno detaljnije istražiti radni sposobnost pomoću za to namjenskih instrumenata. Djelatnici ustanova hitne medicinske pomoći imaju bitno najveću, a djelatnici bolničkih ustanova najmanju kvalitetu fizičkog zdravlja. Ustanova zaposlenja se nije pokazala kao bitan faktor u ostalim domenama, kao ni u sveukupnoj kvaliteti života. Djelatnici bolničkih ustanova imali su bitno najnegativniji odnos prema radnim zadacima i mišljenje o skrbi pacijenta, a djelatnici domova zdravlja najpozitivniji. Ovi rezultati prate trend kretanja kvalitete života i njenih domena te su povezivi s istima. Povezivost dobivenih rezultata i njihovo podudaranje s rezultatima prethodnih istraživanja u Republici Hrvatskoj i svijetu pokazuju iskoristivost za instrumente koji bi pomogli u osobnom odabiru sestinstva kao buduće profesije, kao i u odabiru radnog mjesta unutar profesije.

## 9. SUMMARY

### **Aim:**

The aim of this work is to investigate the quality of life of medical nurses with their social and demographic characteristics and work environment.

The hypotheses of this research are:

1. The quality of life among medical personnel shows some differentiation according to their social and demographic characteristics. Although the quality of life changes in the physical and mental domain with age, it is not necessary that a lapse in work ability also ensues: this can be maintained by positive action toward the other dimensions of quality life, as an individual's functional capacity in the workplace is the result of the interaction of professionalism, work experience as well as adaptation to the physical and psycho-social environment.
2. The quality of life among medical personnel shows differentiation in accordance with the organisation of a medical institution: should one work in a community health centre, hospital or medical first aid.
3. The labour tasks and organisation within an institution significantly influence the quality of life of medical personnel and the eventual choice of a future profession.

### **Methods:**

226 subjects participated in this research and with the use of a questionnaire. These individuals participated on their own accord under the condition that medical nurses who were not employed at the time be excluded. Research was conducted by applying two questionnaires: WHOQOL-BREF, Program for Mental Health, The World Health Organisation, Geneva and the ORCAB questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009) ORCAB Questionnaire (ORCAB Questionnaire FP7-Health 2009).

**Results:**

No significant differences were found in sociodemographic groups in overall quality of life. In the domains of physical and mental health, men performed significantly better than women. Observing the place of employment of the respondents, the emergency medical staff had the highest level of physical health, while the staff of hospital institutions had the lowest. The degree of education has proved to be an important factor for the quality of the environmental domain, which is increasing in line with the level of education. Looking at the attitudes and opinions of the respondents about the quality and organization of work, we can see that nurses of hospital institutions have statistically significant negative opinion on the quality of work and patient safety and the most negative attitude towards the institution in which they are employed. Also, secondary school students have a significantly more positive opinion on patient safety compared to college and university students

**Conclusion:**

Being of the male sex, of a younger age and with a higher level of education is a predisposition for a greater overall quality of life. Men have a significantly better quality of physical and mental health, individuals of a younger age have a better social life, and those with a higher education have a better life environment. Age did not prove to be a significant factor for work ability, yet for more objective results it is necessary to research work ability with the appropriate means for such. Personnel in medical first aid have the highest quality of physical health, whereas hospital personnel have the lowest. The institution of employment did not prove to be a significant factor in other domains, neither as a factor of work ability, yet for objective results it is necessary to conduct further research with the appropriate means. Personnel in hospital institutions had the most negative attitude toward labour tasks and opinions on patient care, whereas those in community health centres care homes had the most positive attitude. These results follow the trends of the movement of the quality of life and its domains and can be related to the same. The link between these results and their concordance with the results of prior research in the Republic of Croatia and the

wider world show the utility of the means which could aid in the personal selection of nursing as a future profession as well as the selection of a place of employment within this profession

## 10. ŽIVOTOPIS

### Osobni podatci

**Ime i prezime:** Luka Vučković

**Adresa:** Brnaze 31, 21230 Sinj

**Mobitel:** 095 882 5518

**Elektronička pošta:** vuckovic.luka@rocketmail.com

**Državljanstvo:** hrvatsko

**Datum rođenja:** 13. ožujka, 1991.

### Školovanje i stručno usavršavanje

**Osnovna škola:** Osnovna škola fra Pavla Vučkovića

**Datum:** 1997. – 2005.

**Srednja škola:** Zdravstvena škola Split, smjer sestrinstvo

**Datum:** 2005. – 2009.

**Stručni studij:** Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; stručni studij sestrinstva

**Datum:** 2009. – 2012.

**Diplomski studij:** Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; diplomski studij sestrinstva

**Datum:** 2014.-

### **Dodatno usavršavanje**

**Tečaj:** napredni ITLS tečaj

**Datum:** 2017.

### **Radno iskustvo**

**Ustanova:** Zavod za hitnu medicinu Splitsko – dalmatinske županije

**Naziv radnog mjesta:** medicinski tehničar

**Funkcija:** medicinski tehničar

**Datum:** 2014. – 2018.

**Ustanova:** Centar za rehabilitaciju “fra Ante Sekelez”

**Naziv radnog mjesta:** prvostupnik sestrištva

**Funkcija:** voditelj odjela njege i brige o zdravlju

**Datum:** 2018. –

### **Vještine**

**Strani jezici:** engleski

**Tehničke vještine i kompetencije:** rad na osobnom računalu; windows, linux, programski paketi, internet

## Prilog : anketni upitnik

# Utjecaj profesionalnog stresa na kvalitetu života medicinskih sestara

Poštovani,

upitnik koji je pred Vama, za cilj ima ustvrditi postojanost veze između ustroja zdravstvene ustanove s učestalošću pojave sindroma sagorijevanja i kvalitete života medicinskih sestara koje u njoj rade.

Pogrešni odgovori ne postoje, a upitnik je u potpunosti anonimna pa Vas stoga molimo da na pitanja odgovarate iskreno i spontano.

Ispunjavanje upitnika traje nekoliko minuta, a dobiveni podatci koristit će se isključivo u edukacijske svrhe.

Unaprijed Vam se zahvaljujemo na Vašem sudjelovanju!

# Utjecaj profesionalnog stresa na kvalitetu života medicinskih sestara

\* Required

## Opće informacije

Spol \*

- Muški
- Ženski

Životna dob \*

- 19 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- Iznad 60



**Stručna sprema \***

- Srednja stručna sprema
- Viša stručna sprema
- Visoka stručna sprema

**Tip ustanove u kojoj radite \***

- Dom zdravlja
- Hitna medicinska pomoć
- Bolnička ustanova

**Duljina radnog staža \***

- 0-10 godina
- 11-20 godina
- 21-30 godina
- Više od 30 godina

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiriju područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Jeste li sada bolesni?

Da

Ne

Molim Vas, pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje, te na skali za svako pitanje zaokružite odgovor koji Vam najbolje odgovara

	Vrlo lošom	Prilično lošom	Ni dobrom ni lošom	Prilično dobrom	Vrlo dobrom
Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiri područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna

	Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko uživate u životu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se dobro možete koncentrirati?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko je zdrav Vaš okoliš?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiri područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste potpuno doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna.

	Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko su Vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imate li prilike za rekreaciju?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se možete kretati uokolo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiri područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste bili zadovoljni različitim dijelovima Vašeg života u protekla dva tjedna.

	Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni sobom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiri područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste bili zadovoljni različitim dijelovima Vašeg života u protekla dva tjedna.

	Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta života

Sljedeća pitanja dio su upitnika Svjetske zdravstvene organizacije za ispitivanje kvalitete života pojedinca. Kvaliteta života ispituje se kroz kvalitetu četiriju područja: tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, društvenog života i okoliša.

Sljedeće se pitanje odnosi na to koliko ste često osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.

Nikada      Katkada      Uobičajeno      Prilično često      Uvijek

Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?



## Vi i vaš rad

Molimo da svaku izjavu pročitate i odlučite jeste li ikada tako mislili o svom poslu. Ako niste nikada tako mislili, odaberite "nikada". Ako jeste tako mislili, odaberite odgovor koji najbolje opisuje koliko često imate takvo mišljenje.

	Nikada	Nekoliko puta godišnje ili rjeđe	Jedanput mjesečno ili rjeđe	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svaki dan
Zbog svog se rada osjećam emocionalno iscrpljen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na kraju radnog dana osjećam se iskorišten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada ustanem ujutro i moram se suočiti s drugim danom na poslu osjećam se premorenim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam da se brinem za neke bolesnike kao da su stvari.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raditi s ljudima cijeli dan zaista mi je naporno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam se izgoreno zbog svoga rada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Vi i vaš rad

Molimo da svaku izjavu pročitate i odlučite jeste li ikada tako mislili o svom poslu. Ako niste nikada tako mislili, odaberite "nikada". Ako jeste tako mislili, odaberite odgovor koji najbolje opisuje koliko često imate takvo mišljenje.

	Nikada	Nekoliko puta godišnje ili rjeđe	Jedanput mjesečno ili rjeđe	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svaki dan
Otkad radim ovaj posao postao sam neosjetljiviji prema ljudima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bojim se da me ovaj posao čini emocionalno neosjetljivim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zbog svog se posla osjećam frustrirano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam da na svom poslu radim preteško.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije me briga što se događa s nekim bolesnicima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raditi direktno s ljudima postaje mi previše stresno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vi i Vaš rad

Molimo da svaku izjavu pročitate i odlučite jeste li ikada tako mislili o svom poslu. Ako niste nikada tako mislili, odaberite "nikada". Ako jeste tako mislili, odaberite odgovor koji najbolje opisuje koliko često imate takvo mišljenje.

	Nikada	Nekoliko puta godišnje ili rjeđe	Jedanput mjesečno ili rjeđe	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svaki dan
Osjećam se kao da sam na kraju svojih snaga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam da me bolesnici okrivljuju zbog nekih svojih problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na svom radu osjećam da prstim od energije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smatram da je moj rad pun značenja i svrhe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na poslu se osjećam snažno i poletno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na svom poslu se osjećam jakim i snažnim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moj me posao nadahnjuje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vi i vaš rad

Molimo da svaku izjavu pročitate i odlučite jeste li ikada tako mislili o svom poslu. Ako niste nikada tako mislili, odaberite "nikada". Ako jeste tako mislili, odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako često imate takvo mišljenje.

	Nikada	Nekoliko puta godišnje ili rjeđe	Jedanput mjesečno ili rjeđe	Nekoliko puta mjesečno	Jednom tjedno	Nekoliko puta tjedno	Svaki dan
Kada ujutro ustanem drago mi je ići na posao.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ponosan sam na posao koji obavljam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za mene je moj posao izazov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri svom poslu sam prilagodljiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pri svom poslu uvijek ustrajem čak i kada stvari ne idu dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vi i vaš rad

Ova se ljestvica sastoji od broja riječi koje opisuju različita raspoloženja i osjećaje. Pokažite do koje ste se mjere tako osjećali tijekom zadnjih 7 dana

	Vrlo malo ili uopće ne	Malo	Umjereno	Pretežno	Izrazito
Ljut/Ljuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neprijateljski raspoložen/raspoložena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uzbuđen/Uzbuđena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posramljen/Posramljena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspiriran/Inspirirana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervozan/Nervozna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odlučan/Odlučna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pažljiv/Pažljiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uplašen/Uplašena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivan/Aktivna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vi i vaša ustanova

	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
Ustanova je vrlo toplo mjesto. Izrazito nalikuje proširenoj obitelji. Zaposlenici mnogo toga međusobno dijele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ustanova je orijentirana proizvodno. Najveća je briga završiti posao. Ljudi nisu uključeni vrlo osobno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Upravitelji su topli i brižni. Nastoje razviti potpuni potencijal zaposlenika i djelovati kao mentori i voditelji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Upravitelji preuzimaju rizik. Potiču zaposlenike na preuzimanje rizika i inovaciju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vi i vaša ustanova

	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
Ustanova dijeli nagrade temeljem osobne inicijative. Najviše nagrade su za one s novim idejama i djelovanjima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U ustanovi zaposlenici jedni druge podržavaju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada treba brzo obaviti mnogo posla, radimo zajedno kao tim, za uspješan završetak posla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U ustanovi se ljudi međusobno poštuju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kada netko u ustanovi dobije više posla, ostali zaposlenici pripomažu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sigurnost bolesnika

Sljedeći dio ispitivanja ispituje vaša mišljenja o problemima bolesnikove sigurnosti, medicinske pogreške i događaja o kojima se izvještava u Vašoj ustanovi.

"Događaj" je definiran kao vrsta odstupanja, incidenta ili odstupanja bez obzira dovodi li ili ne do štete za bolesnika.

"Bolesnikova sigurnost" je definirana kao izbjegavanje i prevencija oštećenja bolesnika ili štetni događaji koji nastaju zbog procesa davanja zdravstvene skrbi.

	Nikada	Rijetko	Katkada	Većinom	Uvijek
Dobivamo povratnu informaciju o promjenama koje se uvode na temelju izvješća o događaju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U ovoj jedinici raspravljamo kako spriječiti ponavljanje pogrešaka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se često izvještava o učinjenim pogreškama koje su opažene i ispravljene prije no što su djelovale na pacijenta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se često izvještava o učinjenim pogreškama koje ne mogu oštetiti bolesnika?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koliko se često izvještava o učinjenim pogreškama koje bi mogle oštetiti bolesnika, ali ga nisu oštetile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sigurnost bolesnika

Slijedeći dio ispitivanja ispituje vaša mišljenja o problemima bolesnikove sigurnosti, medicinske pogreške i događaja o kojima se izvještava u Vašoj ustanovi.

"Događaj" je definiran kao vrsta odstupanja, incidenta ili odstupanja bez obzira dovodi li ili ne do štete za bolesnika.

"Bolesnikova sigurnost" je definirana kao izbjegavanje i prevencija oštećenja bolesnika ili štetni događaji koji nastaju zbog procesa davanja zdravstvene skrbi.

	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
Uprava ustanove osigurava radnu klimu koja unapređuje sigurnost bolesnika.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odjeli međusobno ne surađuju dobro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolazi do problema kad se bolesnike premješta s jednog odjela na drugi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postoji dobra suradnja među odjelima koji zajedno rade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za vrijeme predaje smjene često se gube podatci važni za skrb bolesnika.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Često nije ugodno raditi s osobljem sa drugih odjela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Sigurnost bolesnika

Sljedeći dio ispitivanja ispituje vaša mišljenja o problemima bolesnikove sigurnosti, medicinske pogreške i događaja o kojima se izvještava u Vašoj ustanovi.

"Događaj" je definiran kao vrsta odstupanja, incidenta ili odstupanja bez obzira dovodi li ili ne do štete za bolesnika.

"Bolesnikova sigurnost" je definirana kao izbjegavanje i prevencija oštećenja bolesnika ili štetni događaji koji nastaju zbog procesa davanja zdravstvene skrbi.

	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
Pri razmjeni podataka između odjela često se javljaju problemi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postupci uprave ustanove pokazuju da je sigurnost bolesnika vrhunski prioritet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dojam je da se uprava ustanove zanima za sigurnost bolesnika tek nakon nekog štetnog događaja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jedinice ustanove dobro surađuju kako bi se osigurala optimalna skrb za bolesnike.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U ovoj su ustanovi izmjene smjena problematične za bolesnike.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Sigurnost bolesnika

Sljedeći dio ispitivanja ispituje vaša mišljenja o problemima bolesnikove sigurnosti, medicinske pogreške i događaja o kojima se izvještava u Vašoj ustanovi.

"Događaj" je definiran kao vrsta odstupanja, incidenta ili odstupanja bez obzira dovodi li ili ne do štete za bolesnika.

"Bolesnikova sigurnost" je definirana kao izbjegavanje i prevencija oštećenja bolesnika ili štetni događaji koji nastaju zbog procesa davanja zdravstvene skrbi.

	Potpuno se NE slažem	Djelomično se NE slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Djelomično se slažem	Potpuno se slažem
Pri razmjeni podataka između odjela često se javljaju problemi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Postupci uprave ustanove pokazuju da je sigurnost bolesnika vrhunski prioritet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dojam je da se uprava ustanove zanima za sigurnost bolesnika tek nakon nekog štetnog događaja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jedinice ustanove dobro surađuju kako bi se osigurala optimalna skrb za bolesnike.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U ovoj su ustanovi izmjene smjena problematične za bolesnike.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta skrbi

Sljedeća se pitanja odnose na Vaše iskustvo rada u ustanovi. Molimo da pitanja pročitate i označite svoju razinu slaganja s tvrdnjama.

U sljedećim bismo pitanjima željeli da se prisjetite jeste li u posljednjih 7 dana doživjeli sljedeće:

**Mogao sam detaljno informirati bolesnika o dijagnostičkom/terapijskom postupku kojeg treba napraviti.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

**Mogao sam osigurati dobru i ugodnu komunikaciju s bolesnicima.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

**Mogao sam pomoći bolesnicima da lakše prihvate donešene odluke o njihovom liječenju.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

**Mogao sam bolesniku dati i osigurati sve potrebne informacije tako da može izabrati najbolju alternativu za svoje liječenje.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

Mogao sam obratiti dovoljno pozornosti na potrebe bolesnika.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

Neki od su od nas toliko umorni da imamo malo raspoloživog vremena baviti se bolesnikovim molbama.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

Katkad na kvalitetu skrbi utječu naši osobni problemi.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

Osoblje pri radu s bolesnicima nije dovoljno zaštićeno od zaraznih bolesti.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

Kao multidisciplinarni tim, svatko od nas doprinosi liječenju bolesnika svojim specifičnim znanjem.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nikad            Uvijek

## Kvaliteta skrbi

Sljedeća se pitanja odnose na Vaše iskustvo rada u ustanovi. Molimo da pitanja pročitate i označite svoju razinu slaganja s tvrdnjama.

U sljedećim bismo pitanjima željeli da se prisjetite jeste li u posljednjih 7 dana doživjeli sljedeće:

	Nikada	Vrlo rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Odgovoran sam za prevelik broj bolesnika.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primoran sam vrlo brzo raditi i žuriti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ustanova je vrlo bučno mjesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moram raditi puno administrativnog posla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za broj bolesnika o kojima skrbimo nema dovoljno osoblja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta skrbi

Sljedeća se pitanja odnose na Vaše iskustvo rada u ustanovi. Molimo da pitanja pročitate i označite svoju razinu slaganja s tvrdnjama.

U sljedećim bismo pitanjima željeli da se prisjetite jeste li u posljednjih 7 dana doživjeli sljedeće:

	Nikada	Vrlo rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Redovito se suočavamo s nedostatkom potrebnih sredstava za rad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oprema je problematična.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na mom odjelu hijerarhija je vrlo strogo organizirana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sporazumijevanje između odjela je problematično.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na mom odjelu nema suradnje između mene i drugih članova	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Kvaliteta skrbi

Sljedeća se pitanja odnose na Vaše iskustvo rada u ustanovi. Molimo da pitanja pročitate i označite svoju razinu slaganja s tvrdnjama.

U sljedećim bismo pitanjima željeli da se prisjetite jeste li u posljednjih 7 dana doživjeli sljedeće:

	Nikada	Vrlo rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
Među mojim kolegama postoji mnogo konkurencije.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nema povratne informacije o rezultatima mog posla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primoran sam donositi odluke u kratkom vremenskom roku.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moram uvježbavati novo osoblje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moram donositi odluke kada nemam sve podatke koji su mi potrebni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>