



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OCENA IN ZAZNAVANJE IZGORELOSTI
MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI
NA UNIVERZITETNI PSIHIATRIČNI
KLINIKI LJUBLJANA – ŠTUDIJA PRIMERA
ENE ORGANIZACIJE**

**ASSESSMENT AND PERCEPTION OF
BURNOUT SYNDROM AMONG MEMBERS
OF THE NURSING TEAM AT UNIVERSITY
PSYCHIATRIC CLINICS LJUBLJANA – CASE
STUDY BY ONE ORGANIZATION**

Mentorica:
prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.
Somentor:
doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka:
Nataša Mikez

Ljubljana, avgust, 2023

ZAHVALA

Hvala mentorici red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znanstveni svetnici, in somentorju doc. dr. Branku Bregarju za usmeritve in pomoč pri pisanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentkama doc. dr. Ireni Grmek Košnik in doc. dr. Radojki Kobentar.

Hvala lektorici mag. Nataši Koražija, univ. dipl. slov., ter Žigu Škrablu in Špeli Šanca za opravljeno statistiko.

Posebna zahvala velja moji družini in sodelavcem pri spodbujanju v času raziskave in pisanju magistrskega dela. Brez mi zagotovo ne bi uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Negativni učinki izgorelosti, ki pogosto vplivajo na počutje zdravstvenih delavcev zaposlenih na področju duševnega zdravja in psihiatrije, vodijo v različne oblike odvisnosti, v okvaro imunskega sistema, okvaro mišično-skeletnega sistema, depresijo, nespečnost itd.

Cilj: Cilj raziskave je bil raziskati razširjenost in značilnosti izgorevanja v razmerju do izbranih sociodemografskih dejavnikov zaposlenih ter raziskati razumevanje in doživljanje lastnih občutkov izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana.

Metoda: Uporabili smo mešano raziskovalno zasnovo. Raziskava primera je v prvem delu temeljila na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi dela z uporabo strukturiranega vprašalnika, katere rezultate, smo v drugem kvalitativnem delu preverili s skupinskimi intervjuji. Vprašalnik smo razdelili 250 v opazovani populaciji (74 % realizacija vzorca). Za skupinski intervju smo izbrali namenski vzorec, ki je vključeval 3 skupine udeležencev zaposlenih v zdravstveni negi. Obdelavo kvalitativnih podatkov smo izvedli z metodo analize vsebine.

Rezultati: Obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med delovno dobo in faktorjem 1 ($p = 0,019$, $R = -0,178$). Z večanjem delovne dobe se zmanjšuje pogostost občutka izgorelosti. Obstaja pa tudi statistično značilna šibka negativna povezanost med starostjo in faktorjem 1 ($p = 0,009$, $R = -0,194$). Z večanjem starosti se zmanjšuje pogostost občutka izgorelosti. Rezultati kvalitativne raziskave so pokazali, da se negativni občutki udeležencem največkrat pojavijo pri delu z agitiranimi in agresivnimi pacienti in posledično tovrstno delo vodi v izgorelost.

Razprava: Ugotovitve raziskave potrjujejo, da skozi nekatere demografske značilnosti zaposlenih v zdravstveni negi na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana napovedujejo čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in zmanjšano osebno učinkovitost. Individualni dejavniki, kot so delo na oddelku pod posebnim nadzorom, delovna doba, tip oddelka in starost, so bili opredeljeni kot pomembni napovedovalci poklicne izgorelosti. V klinični praksi zaposleni v zdravstveni negi s pozitivno samopodobo o zdravstveni negi zmanjšajo svojo poklicno izgorelost, kar jim lahko pomaga zagotoviti učinkovitejšo kakovost oskrbe.

Ključne besede: čustvena izčrpanost, depersonalizacija, zmanjšana osebna učinkovitost, zaposleni v zdravstveni negi, znaki izgorelosti

SUMMARY

Theoretical background: The negative effects of burnout, which often affect the well-being of health workers employed in the fields of mental health and psychiatry, lead to various forms of addiction, immune system impairment, damage to the musculoskeletal system, depression, insomnia, etc.

Goals: The objective of the research was to investigate the prevalence and characteristics of burnout in relation to selected socio-demographic factors of employees and to explore the understanding and experience of burnout feeling among nursing staff at the University Psychiatric Clinic of Ljubljana.

Methods: We used a mixed research design. The first part of the case study was based on a quantitative non-experimental descriptive method of work using a structured questionnaire, the results of which were verified in the second qualitative part by means of group interviews. We distributed the questionnaire to 250 people in the observed population (74% response rate). For the group interview, we selected a purposive sample that included 3 groups of participants employed in nursing. The qualitative data was processed using the content analysis method.

Results: There is a statistically significant weak negative association between length of service and factor 1 ($p = 0.019$, $R = -0.178$). The frequency of the feeling of burnout increases with the length of service. There is also a statistically significant weak negative correlation between age and factor 1 ($p = 0.009$, $R = -0.194$). With increasing age, the frequency of the feeling of burnout decreased. The results of the qualitative research showed that the participants' negative feelings are most likely to occur when working with agitated and aggressive patients, and as a result, this work leads to burnout.

Discussion: Findings confirm that certain demographic characteristics of nursing staff at the University Psychiatric Clinic of Ljubljana predict emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal effectiveness. Individual factors such as working in a ward under special supervision, length of service, type of ward and age were identified as significant predictors of burnout. In clinical practice, nursing staff with a positive nursing self-image reduce their professional burnout, which can help them provide more efficient quality of care.

Key words: emotional exhaustion, depersonalization, reduced personal effectiveness, nursing staff, signs of burnout

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	PROCES RAZVOJA IZGORELOSTI.....	6
2.2	STOPNJE IZGOREVANJA.....	7
2.3	ZNAKI IN SIMPTOMI IZGORELOSTI.....	9
2.4	IZGORELOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI	9
2.5	IZGORELOST ZAPOSLENIH NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE	13
2.5.1	Preprečevanje pojava izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi	16
2.5.2	Strategije spoprijemanja s stresom	17
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	20
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
3.3	METODE RAZISKOVANJA	21
3.3.1	Dizajn raziskave	21
3.3.2	Instrument raziskave.....	22
3.3.3	Udeleženci raziskave	24
3.3.4	Potek raziskave in soglasja.....	26
3.3.5	Obdelave podatkov	27
3.4	REZULTATI KVANTITATIVNE RAZISKAVE.....	28
3.4.1	Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah	28
3.4.2	Faktorska analiza	31
3.4.3	Preverjanje hipotez	33
3.5	REZULTATI KVALITATIVNE RAZISKAVE.....	41
3.5.1	Občutki in počutje udeležencev pri delu s pacienti z duševno motnjo	41
3.5.2	Vzrok za negativne občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi.....	44
3.5.3	Strategije, kot varovalni dejavniki pred izgorelostjo.....	47
3.6	RAZPRAVA	48
3.6.1	Priporočila za klinično prakso	57
3.6.2	Omejitve raziskave	58

4	ZAKLJUČEK.....	59
5	LITERATURA	60
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Izgorelost kot presek stresa, depresije in izčrpanosti	5
Slika 2: Stopnje izgorelosti.....	8

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vrednotenje rezultatov pogostosti občutenja izgorevanja	23
Tabela 2: Zanesljivost vprašalnika	24
Tabela 3: Demografski podatki anketirancev	25
Tabela 4: Demografski podatki anketirancev	26
Tabela 5: Trditve o stališčih in občutkih, povezanimi z delom.....	29
Tabela 6: Opisna statistika vprašalnika po posameznih dimenzijah izgorelosti.....	30
Tabela 7: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti	31
Tabela 8: Faktorska analiza trditev glede na tri faktorje	32
Tabela 9: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na spol anketirancev	33
Tabela 10: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na spol.....	34
Tabela 11: Opisna statistika po delovni dobi.....	34
Tabela 12: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na delovno dobo anketirancev	35
Tabela 13: Post hoc testi MANOVA – faktor	36
Tabela 14: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na delovno dobo...	36
Tabela 15: Opisna statistika po izobrazbi	37
Tabela 16: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na izobrazbo anketirancev	37
Tabela 17: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na izobrazbo	37
Tabela 18: Primerjava izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji glede na oddelek.....	38
Tabela 19: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na oddelek.....	38
Tabela 20: Pearsonov koeficient korelacije	39
Tabela 21: Regresijski model za pojasnitev F1	40

Tabela 22: Regresijski model za pojasnitev F2	40
Tabela 23: Regresijski model za pojasnitev F3	40
Tabela 24: Občutki in počutje pri delu s pacienti z duševno motnjo	43
Tabela 25: Vzroki za negativne občutke	46
Tabela 26: Strategije kot varovalni dejavniki.....	48

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
KMO	Keiser Meier Olkinov test
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UPK Ljubljana	Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Zaposleni v zdravstveni negi delajo v težkih razmerah kliničnega okolja in v tesnem odnosu s človekom in njegovim zdravstvenim stanjem. Zdravstvena nega pacientov je naporna naloga, ki predstavlja velik fizični in psihološki pritisk na zaposlene v zdravstveni negi (Serin & Balkan, 2014; Shorofi & Karimzadeh, 2015). Pacienti imajo visoka pričakovanja od medicinskih sester, medtem ko zaposleni v zdravstveni negi morda nimajo kompetenc ali avtoritete, da bi izpolnile vsa pričakovanja pacientov. Vsi ti dejavniki bi lahko zaposleni v zdravstveni negi izpostavili tveganju za telesne in duševne motnje, vključno z izgorelostjo pri delu (Lee & Ji, 2018).

Izgorelost pri delu je med najpomembnejšimi poklicnimi motnjami in pojavi, ki so bili v zadnjem stoletju deležni velike pozornosti. Po definiciji je izgorelost pri delu opredeljena kot psihosocialni sindrom (Negi & Bagga, 2015), ki se kaže zaradi čustvene utrujenosti, brezbržnosti in zmanjšanih osebnih dosežkov (Bhatti, et al., 2015). Nastane kot posledica naraščajočih zahtev delovnega okolja in zmanjšane sposobnosti za izpolnjevanje aktivnosti. Je posledica poklicnega stresa in nanj vplivajo osebni, organizacijski in socialni dejavniki. Dolgotrajna izpostavljenost poklicnim zahtevam in stresu lahko zmanjša fizično in psihično odpornost nanje in na koncu povzroči izgorelost pri delu (Keykaleh, et al., 2018) Beseda izgorelost je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), (2022) opisana kot stanje skrajne telesne in duševne izčrpanosti. Rezultati raziskovanja izgorelosti so pokazali, da obstajajo tri skupine vzrokov, ki medsebojno vplivajo na izgorelost: družbene okoliščine, psihološke okoliščine življenja in okoliščine dela. Izgorelost definiramo s tremi dimenzijami (Bajt, et al., 2015), ki so čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšana osebna učinkovitost.

Zaposlenim na področju duševnega zdravja in psihiatrije stresnih dejavnikov ne predstavljajo samo pacienti z duševno motnjo zaradi njihove specifičnosti, ampak tudi značilnosti delovnega okolja. Povezujejo se z ljudmi drugih poklicev, opravljajo veliko administrativnih opravil, delajo izmensko delo, vključno z nočnim delom, delo v nadurah in drugo. Tretjina zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije navaja, da je neprespana, predvsem zaradi nočnega dela. Delo v več izmenah

po 10 ali več ur poveča verjetnost za izgorelost in nezadovoljstvo na delovnem mestu za več kot 2,5-krat (Peršolja, et al., 2018). Zaposleni na področju duševnega zdravja in psihiatrije se pogosto soočajo s čustveno izčrpanostjo in znižano samopodobo, kar posledično pripelje do zamenjave delovnega mesta in različnih bolezenskih stanj, to pa vodi v absentizem (Peršolja, et al., 2018). Najpogostejši kazalniki neizpoljenih potreb so nezadovoljstvo, tesnoba, strah pred službo, kar vse lahko vodi v izgorelost (Wu, et al., 2014). Po Bregarju (2019) je zdravstvena obravnava pacienta z agresivnim vedenjem na psihiatričnem oddelku za zaposlene lahko vir stresa. Zaposleni se soočajo z različnimi neprijetnimi občutki, pri čemer prevladuje občutek strahu. Zato je izjemnega pomena, da zaposleni uporabljajo ustrezne varovalne mehanizme, da bi preprečili dolgoročne posledice stresa na njihovo zdravje.

Spreminjanje delovnih okoliščin in raznovrstna izobraževanja za preprečevanje izgorelosti (tehnike sproščanja, tehnike za obvladovanje stresa in drugo) nimajo dolgoročnega učinka, če posameznik obenem ne prejema ustrezne psihoterapevtske pomoči (Pšeničny, 2019). Zdravila simptome le omilijo, ne odpravijo pa motnje, izgorelosti ne morejo »pozdraviti«. Zato je prva izbira pri preprečevanju in obvladovanju izgorelosti psihoterapevtska obravnava. Oblika zdravljenja izgorelosti je odvisna od ciljev, ki si jih zastavimo. Izbiramo med hitrimi in trajnimi rešitvami (Pšeničny, 2019).

Izgorelost zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja resen javno zdravstveni problem, ki je povezan s prekomerno pojavnostjo absentizma v zdravstvenih ustanovah, posledično temu pa upada kakovost in varnost zdravstvene oskrbe pacientov (Hunt, et al., 2017). Pojav izgorelosti zaposlenih na področju duševnega zdravja in psihiatrije pri nas še ni bila raziskana do sedaj. Ker so različni stresni pojavi na področju duševnega zdravja in psihiatrije pogosto prisotni, je pojav izgorelosti verjeten. Zato je treba dobro raziskati pojav izgorelosti tudi v okolju psihiatrije in ugotoviti, ali so potrebni ukrepi za izboljšanje delovnih okolij.

2 TEORETIČNI DEL

Beseda izgorelost izhaja iz angleške besede »burn out«. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je opisana kot stanje skrajne telesne in duševne izčrpanosti (SSKJ, 2022).

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) (World Health Organization (WHO), 2016) je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost.« Slabo duševno zdravje pa je lahko povezano s stresom, izgorelostjo, hitrimi družbenimi spremembami, neurejenimi odnosi v delovnem okolju in drugimi. Izgorelost se lahko opredeljuje tudi kot stanje, povezano z delom, zaradi katerega bi posameznik lahko poiskal zdravniško pomoč, ni pa bolezensko stanje. SZO (WHO, 2019) je izgorelost prepoznala kot »sindrom, ki se pojavi kot rezultat kroničnega stresa na delovnem mestu, ki se ga ni primerno obravnavalo«. Sindrom izgorelosti se kaže kot utrujenost in občutek pomanjkanja energije, povečan mentalni odpor do dela ali cinizem do dela ter pomanjkanje profesionalne učinkovitosti (WHO, 2019). Sindrom izgorelosti je opredeljen tudi v 10. mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10), pod šifro Z73.0 kot Izgorelost – stanje popolne izčrpanosti (MKB-10, 1995). Izgorelost je vključena tudi v 11. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni kot poklicni pojav. Še vedno pa ni klasificirano kot zdravstveno stanje (Rajovec, 2016).

Freudenbereger je leta 1974 prvi opredelil in uvedel pojem »burnout« v znanstveni literaturi, ki jo v slovenskem jeziku poznamo kot izgorelost. Izraz je izbral po noveli pisatelja Grahama Greena iz leta 1960 »A Burn-out case«, v katerem je glavni junak trpel za izgorelostjo (Freudenberger, 1974 cited in Pahor, 2015, p. 7). Freudenbereger je več let delal kot neplačani psihiater, na področju zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. Pojem burnout je interpretiral kot uničujočo posledico kronične zlorabe drog, kar se je na posamezniku kazalo kot pomanjkanje energije in motivacije (Schaufeli, et al., 2017).

Izgorelost nekateri avtorji (Guo, et al., 2017; Nguyen, et al., 2018) opredeljujejo kot psihološko in čustveno izčrpanost, ki običajno zmanjša profesionalno učinkovitost zaposlenih. Leta 1960 so prvič prepoznali in opisali »delovni stres«, pri katerem so pri

zaposlenih v zdravstveni negi identificirali 4 vzroke tesnobe: skrb za pacienta, sprejemanje odločitev, prevzemanje odgovornosti in spremembe (Nguyen, et al., 2018).

Koncept delovne izgorelosti je bil analiziran v več konceptualnih analizah. Rezultati Karaman Özlü, et al. (2017), ki so preučevali razliko med izgorelostjo zdravstvenih delavcev pri delu v Iranu in Turčiji, so pokazali, da lahko kontekst in kultura vsake države vplivata na izgorelost medicinskih sester. Na prakso zdravstvene nege v Iranu vplivajo tudi tradicionalni, politični in kulturni dejavniki. Vodje v zdravstvu so sposobni izvajati politike, ki ublažijo izgorelost, strategije za ublažitev izgorelosti pa prispevajo k bolj zadovoljivi izkušnji zdravstvene nege (Melvin, 2015).

Christina Maslach, socialna psihologinja, ki jo poznamo kot eno najpomembnejših raziskovalk na področju izgorelosti na svetu, pa je sindrom izgorelosti opredelila kot psihološki sindrom, ki ga je definirala s tremi dimenzijami (Maslach, 1982 cited in Bajt, et al., 2015, p. 45):

- čustvena izčrpanost: posameznik je fizično in čustveno izčrpan, ima občutek pomanjkanja energije za opravljanje dela, občutek, da ne zmore več. Večina posameznikov, ki so izgoreli, običajno poroča o tem simptomu;
- depersonalizacija (umik ali cinizem): posameznik se na nek način oddalji od dela, vzpostavi distanco. Je ciničen do svojega dela, brezbrizen, ima odpor do dela, vseeno mu je za delo, za sodelavce, za stranke, lasten uspeh mu postane nepomemben;
- zmanjšana osebna učinkovitost: posameznik dvomi o svoji učinkovitosti za delo, meni, da dela ni sposoben opravljati, tako kot ga je včasih.

Leta 1981 sta skupaj s kolegom S. E. Jacksonom oblikovala instrument Maslach Burnout Inventory (BMI), za merjenje izgorelosti na delovnem mestu za različnih vrst poklicev (zaposleni v zdravstveni negi, pedagogi, ipd.) (Maslach, 1982). »Izgorelost je ena od oblik protesta proti ravnovesju v vašem organizmu«, trdi Schmiedel, ki pa navaja, da vse definicije ne opredeljujejo izgorelosti natančno in izčrpno. Pravi, da sta izgorelost in depresija povezani in ju težko razločimo, enako tako sta povezani stres in izčrpanost kot tudi depresija in izgorelost. Izgorelost je po njegovem mnenju stanje, kjer se kažejo znaki

stresa, depresije in izčrpanosti (Schmiedel, 2011).



Slika 1: Izgorelost kot presek stresa, depresije in izčrpanosti

Vir: (Stjepanović, 2012, p. 29)

Na Inštitutu za razvoj človeških virov (2018) pa opredeljuje sindrom izgorelosti kot kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti, ki je posledica dolgotrajnega deloholizma in/ali čustvenega angažiranja. Izgorelost interpretirajo kot bolezensko stanje, duševno motnjo, ki izhaja iz dogajanja v človeku (notranja prisila), zunanje obremenitve, pa so zgolj le sprožilec. Nedavni pregledi literature so dejansko odkrili tri možne vzroke za izgorelost, ki so medsebojno povezani: dolgotrajni stres, zastoji v karieri in nevzdržni napor (Neckel, et al., 2017).

Različne raziskave (Lee, et al., 2016; Guo, et al., 2017) ugotavljajo, da je stres in posledično izgorelost javno zdravstveni problem, ki je še kako povezan s storilnostjo na delovnem mestu. Strokovnjaki opisujejo (Sokhanvar, et al., 2018), da se ponavljajoče se ali intenzivne stresne situacije pogosto kažejo v fizioloških reakcijah (glavoboli, bolečine v različnih delih telesa, razbijanje srca, tiščanje in bolečine v želodcu, zmanjšana odpornost, alergične reakcije in podobno) in spremembah v vedenju in psihičnem reagiranju (žalost, potrto, brezvoljnost, razburjanje, jeza, agresivnost, nemoč, potlačevanje čustev, kronična izčrpanost, utrujenost). Kumar (2016) meni, da stres in izgorelost povečujeta tveganje za depresijo, anksioznost, motnje spanja, utrujenost, zlorabo alkohola in psihoaktivnih substanc.

2.1 PROCES RAZVOJA IZGORELOSTI

Sindrom izgorelosti je običajno rezultat daljšega in počasnejšega procesa in se razvija več let. Moss, et al. (2016) opisujejo štiri kategorije dejavnikov tveganja za razvoj sindroma izgorelosti:

- osebne značilnosti,
- organizacijski dejavniki,
- kakovost delovnih odnosov,
- izpostavljenost stresorjem.

Pod osebne značilnosti uvrščamo samokritičnost, pomanjkanje spanja in delovni čas. Prav tako navajajo idealizem in perfekcionizem. Za organizacijske dejavnike vključujejo povečano delavno obremenitev, pomanjkanje nadzora nad delovnim okoljem, nezadostne nagrade zaposlenim in splošna porazdelitev pri delu. Kakovost delovnih odnosov zajema komunikacijo in odnose med zaposlenimi in nadrejenimi. Izpostavljenost stresorjem pomeni izpostavljenost dejavnikom, ki so za posameznika stresne. Potencialne strategije za preprečevanje izgorelosti lahko razdelimo v dve skupini. Prve so intervencije, ki so usmerjene v krepitev okolja, druge so usmerjene v posameznika in njegovo okolje (Moss, et al., 2016).

Proces razvoja izgorelosti je več avtorjev opisovalo kot večstopenjsko spreminjanje. Vsebuje štiri stopnje (Bajt, et al., 2015; Keykaleh, et al., 2018):

1. stopnja: visoke delovne zahteve, visoka stopnja stresa na delovnem mestu, visoka pričakovanja, zahteve dela so višje od resursov, delo ne izpolnjuje posameznikovih pričakovanj;
2. stopnja: kronična utrujenost – fizična/psihična izčrpanost, pojavijo se lahko motnje spanja in druge zdravstvene težave (glavobol, bolečine);
3. stopnja: depersonalizacija/cinizem/ravnodušnost – pojavijo se apatija, depresivnost, dolgočasje, negativen odnos do dela, sodelavcev/klientov/strank;
4. stopnja: obup/nemoč – pojavi se občutek odpora do samega sebe, do drugih, do vseh stvari, lahko se pojavijo občutki krivde, nezadostnosti.

Na izgorelost vplivata dve skupini dejavnikov, ki sta kompleksno prepleteni: zunanji dejavniki, kamor sodijo družbene in psihološke okoliščine ter notranji dejavniki, ki pa zajemajo tvegane osebnostne značilnosti človeka (Kugonič, 2013). Med družbene okoliščine prištevamo prevladujoče oblike vzgoje, kot so odnosi med starši in otroci, ki vplivajo na oblikovanje osebnostne strukture človeka in na njegove vrednote v življenju. V današnjem času, ki je poln velikih sprememb, prinaša izjemne priložnosti, a hkrati povzroča občutke negotovosti, celo strahu za preživetje, le-ta pa ljudi, ki v sebi iz otroštva nosijo notranje prisile, vodi v deloholizem in v izčrpavanje (Zhao, et al., 2017). Psihološke okoliščine pa delimo na psihološke okoliščine dela in psihološke okoliščine življenja. Pozitivne psihološke okoliščine človeku zagotavljajo povezanost med vložkom v opravljeno delo ali v odnos z določeno osebo ali skupino ter stopnjo zadovoljitve človekovih temeljnih potreb v teh odnosih. Zdrav človek pričakuje na delovnem mestu, da bo poleg ustreznega plačila za opravljeno delo, pridobil tudi pozitivno potrditev okolice, stabilne in varne pogoje dela (Kugonič, 2013).

2.2 STOPNJE IZGOREVANJA

Sindrom izgorelosti postaja vedno večji problem sodobne družbe. Izgorelost je že skoraj pol stoletja deležna velike pozornosti različnih strokovnjakov ter splošne družbe. Etiologija izgorelosti ni znana, zato je pogosto označena kot medicinsko nepojasnen sindrom, zato tudi definicija sindroma izgorelosti še vedno ni dokončna, vendar se vsi strokovnjaki na tem področju strinjajo, da gre za proces izgorevanja, ki se konča z izgorelostjo. Izgorelost se odvija počasi, več let (Pahor, 2015).

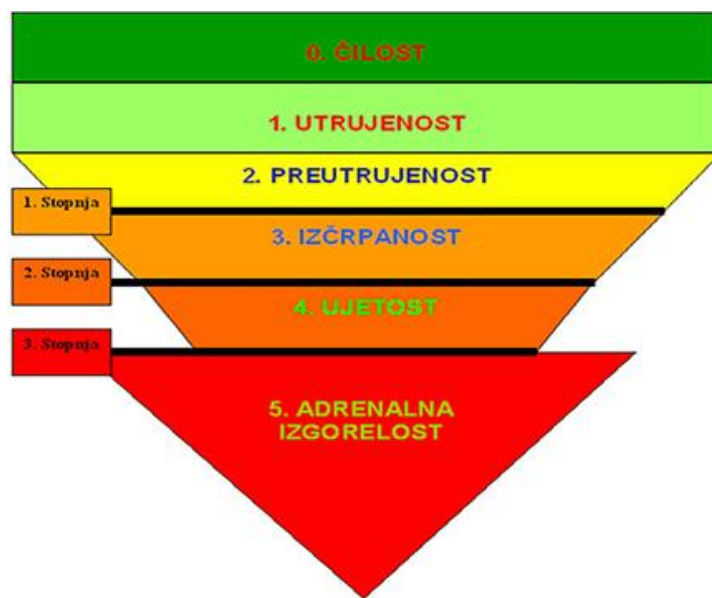
Avtorji Pahor (2015) in Nabizadeh-Gharghozar, et al. (2020) opisujejo izgorelost skozi tri stopnje:

1. stopnja izgorevanja – izčrpanost: Posameznik ne priznava občutka kronične utrujenosti. To stanje se navzven kaže kot deloholizem. Značilen je občutek kronične utrujenosti, zmanjšane odpornosti in zanikanje slabega počutja. Ta stopnja lahko traja tudi do 20 let.
2. stopnja izgorevanja – ujetost: Posameznik trpi za občutkom ujetosti v način življenja, dela in odnosov. To stanje pogosto spremlja preizčrpanost, na katero

posameznik pogosto odreagira z menjavo delovnega ali življenjskega okolja, v katerega pa prenaša stare notranje prisile. Značilni so občutki ujetosti, krivde in upad samopodobe. Narašča število znakov izgorevanja kot tudi njihova moč. Traja lahko 1–2 leti.

3. stopnja izgorevanja – sindrom adrenalne izgorelosti (adrenalna izgorelost): V tretjo stopnjo uvrščamo še stopnjo tik pred adrenalnim zlomom. V tej stopnji so vsi simptomi na višku. Posameznik se kljub temu trudi, da bi bil aktiven, vendar se ne more več prilagajati spremembam okoliščin. To stanje lahko traja nekaj mesecev.

Pri adrenalnem zlomu gre za skoraj popolno izgubo energije, velik psihofizični in nevrološki zlom, ki se pogosto izraža kot psihična motnja, najpogosteje v obliki hudih depresivnih in/ali tesnobnih simptomov. Pojavijo se lahko tudi v obliki somatskih znakov. Stanje adrenalnega zloma lahko traja od nekaj tednov do 3 mesecev. V tretjo stopnjo izgorelosti spada tudi obdobje po adrenalnem zlomu. Odpravljanje posledic adrenalne izgorelosti povprečno traja nekaj let, lahko pa so posledice trajne (Perry, et al., 2015).



Slika 2: Stopnje izgorelosti

Vir: (Pšeničny, 2019, p. 121)

2.3 ZNAKI IN SIMPTOMI IZGORELOSTI

Znaki in simptomi izgorelosti pri posamezniku pustijo določene posledice in motnje v vsakodnevnem delovanju posameznika. Običajno se kažejo na čustveni, telesni, vedenjski, motivacijski ravni ter na področju mišljenja. Bajt, et al. (2015) znake in simptome izgorelosti delita na štiri področja.

1. Čustveni znaki: Prihaja do depresivnega razpoloženja, pogostega jokanja, izčrpanosti na čustveni ravni, povečane napetosti, razdražljivosti, občutkov tesnobe ter izgube smisla za humor.
2. Znaki na področju mišljenja: Vključujejo občutke brezupa, izgube upanja, nemoči in krivde, nizkega samospoštovanja, težav s koncentracijo ter pozabljivosti.
3. Telesni znaki: Prikazujejo se kot glavoboli, slabost, omotičnost, mišične bolečine, motnje spanja ter kronična utrujenost.
4. Vedenjski znaki: Opazimo povečano hiperaktivnost, impulzivnost, povečano uživanje kofeina, tobaka, alkohola in prepovedanih substanc, opuščanje športnih aktivnosti, kompulzivno pritoževanje, površnost pri delu ter pogoste prepiranje s sodelavci.
5. Motivacijski znaki: Vključujejo izgubo motivacije za delo, občutek predaje usodi, razočaranje ter dolgočasje.

2.4 IZGORELOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Izgorelost je pomemben kazalnik duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi, ki je odraz psihološke napetosti, ki pa se kaže kot odziv na stres, povezan z vrsto in naravo njihovega dela (Vincent-Höper, et al., 2020). Posledice dolgotrajne izgorelosti postajajo vse bolj skrb vzbujajoče vprašanje, vendar je iz etičnega vidika vse bolj prezrto. Navsezadnje prihaja pri zaposlenih v zdravstveni negi do vedno večjega upada pozornosti, spomina in sposobnosti profesionalnega odločanja, kar vodi v zmanjšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacienta. V zdravstvu je tradicionalno izgorelost pripisana nenehno naraščajočemu tempu in vedno večjim spremembam v zdravstvenem sistemu (Shevell, 2019). Zaposleni v zdravstveni negi predstavljajo številčno največjo poklicno skupino v zdravstvenem sistemu, njihov vpliv na kakovost zdravstvenih storitev

in doseganja organizacijskih ciljev pa je zelo pomemben, zato je postala njihova vloga v zdravstvenih sistemih vedno bolj pomembna (Cagan, et al., 2015). Zdravstvena nega je bila priznana kot stresen poklic z veliko razširjenostjo stiske in izgorelosti, povezanim s stresom (Khamisa, et al., 2013). Zaposleni v zdravstveni negi se pogosto srečujejo in soočajo s stresnimi situacijami, ki izhajajo iz konfliktnih medosebnih odnosov, bodisi s pacienti, njihovimi svojci ali sodelavci. Svojci pogosto ob bolnem ali poškodovanem svojcu nemalokrat, nehote ali pa tudi vede, svojo stisko kažejo tudi s kritiziranjem osebja (Kugonič, 2013). Visoka raven poklicnega stresa in izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi lahko privede do vedenjskih zdravstvenih težav, duševnih motenj, vključno z nespečnostjo, tesnobo, depresijo in zlorabo različnih psihoaktivnih snovi (Perry, et al., 2015).

Povezanost med stresom, ki ga povzroča delo in izgorelostjo pri zaposlenih v zdravstveni negi je mogoče pojasniti z uporabo Maslachovega modela izgorelosti (Maslach, 2011), ki povezuje izpostavljenost okoljskim in situacijskim stresorjem s stresom, ki ga povzroča delo. Je najbolj raziskan temeljni vprašalnik za izgorelost, ki sta ga oblikovala Maslach in Jackson leta 1981, vendar je bil z leti dopolnjen. Stres na delovnem mestu prispeva k negativni izgorelosti zdravstvenih delavcev in je povezan z nizko stopnjo zadovoljstva pri delu. Raziskava (Khamisa, et al., 2016) je poudarila, da so zaposleni v zdravstveni negi lahko nezadovoljne s svojim dohodkom, napredovanjem na delovnem mestu, kot je stopnja zdravstvene nege klinične lestvice, in odnosi med medicinsko sestro in zdravnikom. Poleg tega se je izkazalo, da nezmožnost deliti frustracij z drugimi in ne prejemanje pozitivnih povratnih informacij od kolegov ali nadrejenih vodi v občutek izključenosti in osamljenosti ter nato v izgorelost. Nasprotno pa so pozitivni odnosi s sodelavci in nadrejenimi zaščitni dejavniki pred izgorelostjo (Wu, et al., 2014).

Samopodoba zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi poudarja osebno vrednost, ki jo zaposleni v zdravstveni negi črpajo iz svojega dela. Raziskava (Heinen, et al., 2013) je pokazala, da izboljšanje samopodobe poveča zadovoljstvo in zmanjšuje fluktuacijo zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi s slabo samopodobo bodo verjetno pokazale vedenja, ki negativno vplivajo na oskrbo pacientov, medtem ko imajo pozitivne, profesionalne samopodobe lažji pozitivnejši odnos do sebe in celo drugih

(Duffield, et al., 2014). Zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo v bolnišničnih okoljih, lahko ustvarijo okolje, ki spodbuja aktivno, zrelo delovno vedenje in spoštovanje pravil, ki jih predlaga zdravniški tim (Li, et al., 2013).

Izgorelost pri zaposlenih v zdravstveni negi je lahko posledica tudi več dejavnikov, vključno s kritičnim odločanjem v odsotnosti popolnih informacij, soočenjem z življenjsko nevarnimi ali travmatičnimi situacijami, sprejemanjem hitrih odločitev v zvezi s kompleksno boleznijo, zaskrbljenostjo zaradi sodnih postopkov in pritiski glede varnosti pacientov in kakovosti oskrbe (Wu, et al., 2014). Po mnenju Maslacha, et al. (2012) situacijski dejavniki na delovnem mestu vplivajo na izgorelost pri zaposlenih v zdravstveni negi. Na primer, stopnja poklicne izgorelosti se med medicinskimi sestrami, ki delajo v različnih enotah, razlikuje. Negovalne enote, kot so zdravstveni, kirurški, pediatrični, psihiatrični in opeklinski oddelki, so zaradi težjih zdravstvenih stanj pacientov, težjih delovnih obremenitev in manjšega števila zaposlenih zdravstvenih delavcev bolj izpostavljene izgorelosti (Lee, et al., 2015; Karaman Özlü, et al., 2017). Ena raziskava (Gasparino & Guirardello, 2015) je potrdila, da imajo zaposleni v zdravstveni negi na kirurgiji najvišji delež poklicne izgorelosti, sledijo pa jim zaposleni v zdravstveni negi v enotah intenzivne nege. Številne raziskave izgorelosti (Shih, et al., 2013; Thomas, et al., 2014; Lee, et al., 2015) so pokazale, da imajo starostno mlajši zaposleni v zdravstveni negi, ženske in neporočeni, bistveno večjo pojavnost poklicne izgorelosti (Shih, et al., 2013; Thomas, et al., 2014; Lee, et al., 2015). Poleg tega so nižja plača, višji delovni položaj, višja stopnja izobrazbe in večja delovna obremenitev povezani z višjimi stopnjami poklicne izgorelosti (Gallavan & Newman, 2013; Khamisa, et al., 2016).

Raziskave (Dall'Ora, et al., 2016; Griffiths, et al., 2016) opisujejo, da sta motnja spanja in izgorelost povezani drug z drugim. Kažejo predvsem na to, da imajo z nespečnostjo največje težave ženske z visoko stopnjo izgorelosti, pri katerih so zaznali slabšo kakovost spanja, utrujenost in pogostejše prebujanje. Pri zaposlenih v zdravstveni negi ugotavljajo težave z motnjami spanja predvsem zaradi dela v nočnih izmenah, še posebej kadar gre za trajno nočno delo (Kousloglou, et al., 2014). Primerjalna raziskava (Griffiths, et al., 2016) zaposlenih v zdravstveni negi, ki delajo v nočnih izmenah in tistih, ki delajo

podnevi, je pokazala, da imajo zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo nočne izmene slabšo kakovost spanja, pojavljajo se motnje apetita, krčne žile ter kažejo višjo stopnjo utrujenosti v povezavi z drugimi (Kousloglou, et al., 2014).

Izgorelost pogosto povezujejo z depresijo. Podatki iz literature (Campbell, et al., 2014) kažejo, da je depresija pri zaposlenih v zdravstveni negi delno povezana z razmerjem med delovnim stresom in depresijo, depresiji pa pogosto sledi izgorelost. Najpogostejši simptomi, ki pogosto napovedujejo depresijo med zaposlenimi v zdravstveni negi, so čustvena izčrpanost in depersonalizacija, nizka socialna podpora pri delu ter stres zaradi neustreznih delovnih pogojev (Lee, et al., 2016). Raziskava (van der Colff & Rothmann, 2014) je pokazala zmerno stopnjo poklicne izgorelosti med južnoafriškimi medicinskimi sestrami. Podobno je raziskava (Panunto & Guirardello Ede, 2013) med medicinskimi sestrami v Braziliji odkrila zmerno stopnjo čustvene izčrpanosti in depersonalizacije ter hudo stopnjo zmanjšanja osebnih dosežkov. V Tajvanu so stopnje depersonalizacije zmerne, čustvena izčrpanost in zmanjšana osebna uspešnost pa zvišani (Shih, et al., 2013).

Raziskave (Lanctôt & Guay, 2014; Nelson, 2014; Sokhanvar, et al., 2018) kažejo, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo na psihiatričnih oddelkih, bolj obremenjene kot tiste, ki delajo v zdravstvenih domovih, saj izpostavljenost agresiji in nasilju na delovnem mestu močno poslabša duševno zdravje zdravstvenih delavcev, vključno s simptomi postravmatske stresne motnje, depresije in izgorelosti (Lanctôt & Guay, 2014). Nelson (2014) poudarja, da se vse pogosteje pojavlja tako fizična kot psihična agresija s strani pacientov, njihovih družin in obiskovalcev, ki pa je postala razširjena težava v vseh zdravstvenih ustanovah ter veliko javnozdravstveno vprašanje. Tudi Johnson, et al. (2017) poudarjajo, da se zdravstvene težave zaposlenih v zdravstveni negi, ki so povezane s stresom in izgorelostjo, spreminjajo v svetovno javnozdravstveno vprašanje. Zaposleni v zdravstveni negi so vedno bolj izpostavljeni agresiji in nasilju, predvsem na področju psihiatrije, urgentnih služb ter v ustanovah za geriatrično obravnavo (Schablon, et al., 2018). Več meta analitičnih raziskav (Spector, et al., 2014; Sokhanvar, et al., 2018) kaže, da je razširjenost fizične agresije, usmerjene na zaposlene v zdravstveni negi, okoli 36 %, približno 67 % zaposlenih v zdravstveni negi je že doživelo verbalno agresijo. Medtem

ko je raziskava (Schablon, et al., 2018), ki je bila narejena v Nemčiji, pokazala, da je bilo v zadnjih 12 mesecih kar 80 % zaposlenih v zdravstveni negi izpostavljenih agresiji, od tega 94 % verbalni agresiji in 70 % fizični agresiji, kar kaže, da je takšna izpostavljenost zaposlenih v zdravstveni negi eden vodilnih dejavnikov za izgorelost.

Z močno podporo delovnega okolja lahko zaposleni v zdravstveni negi postanejo učinkovitejše glede zagotavljanja kakovosti oskrbe in aktivnega nadgrajevanja svojih veščin zdravstvene oskrbe v kompleksnem delovnem okolju. Nadzor nad okoljem, dodatno zaposlovanje medicinskih sester, število pacientov ipd. vplivajo na tveganje za poklicno izgorelost pri zaposlenih v zdravstveni negi (McHugh, et al., 2013). Poleg tega večja avtonomija, večja organizacijska podpora in pozitiven odnos med medicinsko sestro in zdravnikom v okolju zdravstvene nege spodbujajo k razvoju sposobnosti strokovne oskrbe in k zagotavljanju varnosti pacientov (Gasparino & Guirardello, 2015). Raziskava (Panunto & Guirardello Ede, 2013) je pokazala, da je organizacijska podpora vodij bolnišnic pomembna pri doseganju učinkovite zdravstvene nege z izboljšanjem avtonomije medicinskih sester. Stres, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstveni negi, ne vpliva le na počutje v delovnem okolju, ampak tudi na njihovo osebno življenje. Etične dileme, ki se pojavljajo v zdravstveni negi, so prav tako lahko vir poklicnega stresa in tesnobe pri zaposlenih. Zaposleni v zdravstveni negi sodijo med poklicne skupine, ki so najbolj podvržene stresu (Lee, et al., 2016).

2.5 IZGORELOST ZAPOSLENIH NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE

Področje zdravstvene nege v duševnem zdravju in psihiatriji se osredotoča na oskrbo posameznikov z duševnimi motnjami ter njihovih družin in/ali širše skupnosti na različnih ravneh zdravstvene oskrbe - primarni, sekundarni in terciarni nivo. Ena ključna značilnost zdravstvene nege na tem področju je izgradnja močnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Ta odnos je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta (Gasparino & Guirardello, 2015). Pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije se pojavi še posebej večje tveganje za izgorelost kot pri

drugih zaposlenih v zdravstveni negi, saj se pri svojem delu pogosto srečujejo s situacijami in primeri, kjer prihajajo v konflikt z osebnimi vrednotami, ki jih moramo presoјati iz pravnega in moralno-etičnega stališča (Gascon, et al., 2013). Največja problematičnost se pojavi ob neprostovoljnih hospitalizacijah, ko se pacient ne strinja s potrebno hospitalizacijo v psihiatrični kliniki, čeprav je zdravljenje v takšnih primerih nujno. Proces hospitalizacije je lahko za osebo travmatičen ali spodbuden, odvisno od institucije, odnosa družine, prijateljev in reakcije zdravstvenih delavcev ter načina sprejema. Velikokrat so pacienti ob sprejemu prestrašeni, nezaupljivi, napeti, lahko so tudi verbalno in fizično agresivni (McTiernan & McDonald, 2015).

Kugoničeva (2013) opisuje, da se zaposleni na področju duševnega zdravja in psihiatrije, pri svojem delu pogosto soočajo s številnimi psihičnimi in fizičnimi obremenitvami. Zdravstvena nega na področju duševnega zdravja in psihiatrije obravnava paciente, ki imajo duševno in/ali vedenjsko motnjo, ki pa se lahko izraža s heteroagresijo ali avtoagresijo. Agresija nad zaposlenimi v zdravstveni negi postaja čedalje večji globalni problem, kar so pokazale različne raziskave, pojavnost nasilja pa naj bi se še večala (Karen-Leight, et al., 2014). Rezultati raziskave (Salvagioni, et al., 2017) kažejo, da so zaposleni v zdravstveni negi vedno bolj izpostavljeni tveganju za agresivnost s strani pacientov (Ferri, et al., 2016). Zaposleni se pri svojem delu dostikrat soočajo tudi s stresnimi situacijami, ki izhajajo bodisi iz odnosa s pacienti, njihovimi svojci in/ali sodelavci (Kugonič, 2013). Delovno okolje je torej eno izmed dejavnikov stresa, kjer so zaposleni na področju duševnega zdravja in psihiatrije dostikrat izpostavljeni: slabim delovnim pogojem (neustrezni prostori, nezadostno število osebja in drugo), velikemu številu sprejetih pacientov v enem dnevu, sprejemom proti volji pacienta, velikemu številu hkratnih intervencij in triaž v času dežurstva, delu proti pacientovi volji, fizičnemu oviranju pacienta, aplikaciji predpisane terapije proti volji pacienta, incidentom (npr. poskus samomora, agresija) (Melvin, 2015).

Z vplivom na njihovo duševno zdravje lahko izgorelost na delovnem mestu znatno zmanjša produktivnost zdravstvenih delavcev in kakovost zdravstvenih storitev ter lahko vodi do tega, da zaposleni v zdravstveni negi zapustijo svoj poklic (Lee, et al., 2016). Pregledna raziskava (Keykaleh, et al., 2018) je pokazala, da je bila stopnja fluktuacije

zdravstvenih delavcev na različnih področjih zdravstvene nege 4–68 % (Keykaleh, et al., 2018). Presečna raziskava (Heinen, et al., 2013) v desetih državah je pokazala, da je 33 % zdravstvenih delavcev nameravalo zapustiti svoje zdravstvene ustanove in 9 % jih je dejansko opustilo svoj poklic (Heinen, et al., 2013). V raziskavi v Iranu je bila stopnja namere opustiti zdravstveno nego kar 32,7 % (Sokhanvar, et al., 2018). Fluktuacija zdravstvenih delavcev povzroča velike stroške zdravstvenim organizacijam (Lee, et al., 2016).

Negativni učinki izgorelosti, ki pogosto vplivajo na počutje zdravstvenih delavcev zaposlenih na področju duševnega zdravja in psihiatrije, vodijo v različne oblike odvisnosti (zloraba alkohola, psihoaktivnih substanc), v okvaro imunskega sistema, okvaro mišično-skeletnega sistema, depresijo, v različne prebavne motnje, nespečnost, razdražljivost, dispnejo, motnje hranjenja (Konstantinou, et al., 2018).

Poleg pogosto ugotovljene povezave med stresom na delovnem mestu in izgorelostjo, obstaja vse več raziskav o povezavi med izgorelostjo in agresijo med medicinskimi sestrami na področju duševnega zdravja in psihiatrije (Leiter, et al., 2014). Upoštevati je treba vrsto in resnost agresije. Ena od vrst agresije, ki se pogosto preučuje, je fizična agresija, čeprav se je število študij o drugih oblikah agresije v zadnjem desetletju povečalo (Campana & Hammoud, 2015). Pregledi literature (Edward, et al., 2014; Edward, et al., 2016) so pokazali, da sta tako verbalna kot fizična agresija, ki sta usmerjeni na zaposlene v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije povezana z negativnimi psihološkimi izidi. Ta povezava med agresijo in negativnimi izidi je bila ugotovljena tudi pri izgorelosti, saj so tako fizične kot druge oblike agresije povezane z višjo stopnjo čustvene izčrpanosti (Gascon, et al., 2013) in depersonalizacijo (Leiter, et al., 2014). Poleg tega je bilo ugotovljeno, da je resnost agresije povezana tudi z višjo stopnjo čustvene izčrpanosti (Hensel, et al., 2012). Z izgorelostjo je povezanih tudi več osebnostnih značilnosti. Na primer, metaanaliza Hagerja (2021) je pokazala, da so štiri od petih osebnostnih značilnosti povezane z izgorelostjo (tj. ne z odprtostjo). Hager (2021) je ugotovil pozitivno povezavo med izgorelostjo in nevrotizmom ter negativno povezavo med izgorelostjo in ekstraverzijo, vestnostjo in prijetnostjo. Čeprav so bila ta združenja ugotovljena, ni jasno, ali se sčasoma učinki osebnosti umirjajo (Schaufeli,

et al., 2017). Raziskave o stresu med zaposlenimi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, ki skrbijo za paciente z duševnimi motnjami, so pokazale, da je visoka stopnja inteligence lahko zaščitni dejavnik za izgorelost (de Looff, et al., 2018).

2.5.1 Preprečevanje pojava izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi

Promocija preprečevanja izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi in različnih načinov samopomoči je ena izmed prioritet v zdravstvu (Alexander, et al., 2015). Pri tem je pomembno, da zaposleni v zdravstvu razumejo, kaj je izgorelost in jo znajo tudi prepoznati. V primerjavi z občutki utrujenosti se izgorelost kaže bolj postopno in je povezana s težavami na delovnem mestu, ki pa se lahko kaže preko telesnih in psihičnih simptomov (Braunschneider, 2013).

Laubičeva (2016) opisuje, da lahko organizacije pomagajo zaposlenim pri obvladovanju stresa na dva načina: z uvedbo strategij za nadzor dejavnikov stresa in z uvedbo promocije zdravja, ki pomaga pri vzdrževanju dobrega počutja zaposlenih. Med prve vključuje preoblikovanje dela, fleksibilno načrtovanje dela, natančno opredelitev vlog, ustvarjanje ugodne organizacijske klime (manj formaliziranimi odnosi med zaposlenimi), načrtovanje karier in zboljšanjem delovnih razmer. Laubič (2016) poudarja tudi pomembnost promocije dobrega počutja zaposlenih v zdravstveni negi. V ta namen se vključujejo v programe usposabljanja, ki jih učijo obvladovati stres, ter programe za ohranjanje zdravja in druge ukrepe. S tem se želi zagotoviti, da zaposleni razvijejo spretnosti in strategije za soočanje s stresom ter skrbijo za svoje zdravje in dobro počutje.

Raziskava Onishija, et al. (2016) govori o uporabi komplementarnih orodij kot tehniki spopadanja s stresom, izgorelostjo in neprijetnimi občutki v delovnem okolju. V raziskavi je sodelovalo 98 zaposlenih v zdravstveni negi, ki so uporabljale različne tehnike sproščanja: glasbo, aroma terapijo, mišično relaksacijo in nekatere druge. Rezultati kažejo, da zmanjšan srčni utrip po uporabi komplementarnih tehnik bistveno vpliva na zmanjšanje tesnobe in napetosti. Nekateri zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo fizično obliko sproščanja, kot so telovadba, joga, meditacija, druge obiskujejo različna izobraževanja, berejo, poslušajo glasbo idr. Ena izmed možnosti je tudi trening

vzdržljivosti, v katerem se uči profesionalnih tehnik spopadanj s kognitivnim obnašanjem in povečanjem odpornosti na izzive, s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi (de Oliveira, et al., 2019). Ker je stres sestavni del vsakdanjega delovnika zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, je pomembno, kakšne strategije spoprijemanja s stresom zaposleni na tem področju posedujejo. Bregar (2019) poudarja, da v raziskavi emocionalnega spoprijemanja s stresom opazamo, da se zaposleni v zdravstveni negi včasih odzovejo na stres s begom, izogibanjem in distanciranjem od problema. Vendar to ni priporočljiv način soočanja, saj lahko dolgoročno vodi v izgorelost, še posebej v psihiatričnem okolju. Pasivno spoprijemanje s stresom se lahko razloži na dva načina. Po teoriji Folkmana in Lazarusa (1986, cited in Bregar, 2019, p. 80) zaposleni morda nimajo zadostnega znanja ali usposobljenosti, da bi spremenili svoje klinične prakse, ki so neposredno povezane s psihiatrijo. Zato sprejemajo situacijo takšno, kot je. Drugi razlog pa je lahko, da ne želijo sodelovati v procesu sprememb, saj je obstoječe stanje udobno, brez večje odgovornosti in ne zahteva veliko truda.

2.5.2 Strategije spoprijemanja s stresom

Funkcije spoprijemanja s stresom se delijo na problemsko usmerjene strategije (direktna akcija, aktivno spoprijemanje), ki usmerijo človekove vire na reševanje problema, ki mu povzroča stres in na strategije usmerjene k čustvom (blažilno, pasivno), ki blažijo in umirjajo napetost, ki jo povzroči stresni dogodek (Selič, 2016). Problemsko usmerjene strategije so (Selič, 2016):

- »socialne veščine: asertivnost, intimnost, samorazkrivanje (aktivirajo socialno podporo, komunikacijo in/ali pogajanja),
- strukturiranje - zbiranje informacij o stresorju, premislek o razpoložljivih resursih, načrtovanje njihove izrabe,
- zavedanje vzrokov in posledic stresnega dogajanja (stress monitoring).«

Strategije, usmerjene k čustvom, so običajno povezane s ponovno oceno situacije. Kadar se ta zdi nespremenljiva, neredko nastopita izogibanje ali zanikanje. Ljudje svoje emocionalne odzive »kontrolirajo« z različnimi vedenjskimi postopki – s pretiranim

uživanjem alkohola in/ali drog, z zatekanjem k nadomestnim zadovoljitvam (in zaposlitvam) – ukvarjanje s športom, gledanje televizije in/ali intenzivni, kvantitativno bogatejši socialni stiki (Selič, 2016).

Med varovalne dejavnike, s katerimi se načrtujejo ukrepi za zmanjšanje izgorelosti, Selič (2016) umešča »samoučinkovitost« in občutek osebne moči, pozitiven odnos, optimizem, čustveno podporo iz okolja, ekstraverzijo (le za osebno izpolnitev), večšine v medosebnih odnosih, kakovostno sporazumevanje (za depersonalizacijo in osebno izpolnitev). Samoučinkovitost, optimizem in zadovoljstvo z življenjem so dejavniki, ki so povezani z načinom obvladovanja stresa. Samoučinkovitost je prepoznana kot spremenljivka, ki blaži stres in načine spoprijemanja z njim (Bodys-Cupak, et al., 2016; Shoji, et al., 2016) ter preprečuje poklicno izgorelost (Molero, et al., 2018). Raziskava Delanyja et al. (2015) nakazuje, da je krepitev pozitivnih strategij obvladovanja pomemben vidik krepitev samoučinkovitosti in kognitivnega nadzora. Več avtorjev navaja (Selič, 2016; Shoji, et al., 2016), da so individualne strategije za krepitev osebne moči:

- »organiziranje časa: pristop, odnos do obveznosti, nalog in dogodkov, za katere so značilne opredelitve ciljev (dolgoročnih, kratkoročnih, dnevnih), dnevno določanje prioritetenih opravil (glede na cilje) ter izdelava urnika (razporeda), ki mora dopuščati morebitno vključevanje nenadnih, nujnih nalog;
- telesna aktivnost – znižuje dovzetnost za stres, anksioznost, krvni pritisk in reaktivnost v splošnem,
- predvidevanje stresnega dogodka – način priprave, ki (vsaj do neke mere) ublaži zaskrbljenost – oseba najprej zbere informacije o dogodku, kar sicer vzbudi anksioznost, vendar sta še zmeraj mogoči vizualizacija dogajanja ter opredelitev lastnih pričakovanj (na mentalnem planu); pride do mobilizacije strategij obvladovanja stresa, verjetnost uspešnega izida močno naraste; krepitev občutka kontrole nad lastnim življenjem, ki predstavlja najboljšo »opremljenost« za obvladovanje vseh vrst stresnih obremenitev.«

Zdi se, da čustvena inteligenca na delovnem mestu močno vpliva na zaposlene, tako na organizacijski kot individualni ravni. Čustvena inteligenca omogoča obvladovanje stresnih situacij, reševanje konfliktov in uspešno timsko delo (Mikolajczak & Van

Bellegem, 2017). Številne raziskave (Di Fabio, et al., 2014; Fernandez-Abascal, et al., 2015; Cardoso-Seixas, 2016) povezujejo stres s čustvenim obvladovanjem, zato so čustva ključnega pomena pri obvladovanju stresnih situacij.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen kvantitativno zasnovane raziskave je bil raziskati razširjenost in značilnosti izgorevanja v razmerju do izbranih sociodemografskih dejavnikov zaposlenih v zdravstveni negi na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (v nadaljevanju UPK Ljubljana). V kvalitativno zasnovani raziskavi smo glede na kvantitativne rezultate raziskati razumevanje in doživljanje lastnih občutkov izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana. Rezultati so osnova za načrtovanje ukrepov za obvladovanje stresa in posledično izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana.

Cilji raziskovanja so bili:

1. Ugotoviti razširjenost izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi.
2. Ugotoviti razlike v izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi glede na spol, delovno dobo in izobrazbo.
3. Ugotoviti razlike v razširjenosti izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi glede na njihovo delovišče – oddelek pod posebnim nadzorom in odprti oddelek.
4. Ugotoviti povezanost različnih dimenzij izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi z demografskimi značilnostmi, kot so: spol, starost, delovna doba in delovišče.
5. Odkriti občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi pri delu s pacienti z duševno motnjo.
6. Razumeti vzroke doživljanja stresa in posledično izgorevanja različnih skupin zaposlenih v zdravstveni negi.
7. Odkriti varovalne dejavnike zaposlenih v zdravstveni negi pred izgorelostjo.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za kvantitativno proučevanje izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na UPK Ljubljana smo postavili naslednje raziskovalne hipoteze:

- H1: Pri ženskah v na področju zdravstvene nege in psihiatrije se izgorelost pojavlja pogosteje, kot pri moških.

- H2: Več izgorelosti je zaznati pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji z daljšo delovno dobo.
- H3: Pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji s srednješolsko izobrazbo se izgorelost pojavlja pogosteje kot pri zaposlenih v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo ali več.
- H4: Pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, se izgorelost pojavlja pogosteje kot med tistimi, ki delajo na odprtem tipu oddelka.
- H5: Izgorelost je povezana z značilnostmi zaposlenih, kot so: ženski spol, srednješolska izobrazba, daljša delovna doba in delo na zaprtem oddelku.

Za kvalitativno proučevanje izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na UPK Ljubljana smo postavili naslednja okvirna raziskovalna vprašanja, ki smo jih dopolnili glede na rezultate kvantitativne raziskave:

- RV1: Kakšni so občutki in počutje zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana pri delu s pacienti z duševno motnjo?
- RV2: Kako zaposleni v zdravstveni negi na UPK Ljubljana doživljajo stres in posledično izgorevanje?
- RV3: Kateri so varovalni dejavniki, s katerimi se zaposleni v zdravstveni negi na UPK Ljubljana, pri delu s pacienti z duševno motnjo obvarujejo pred stresom in posledično izgorelostjo?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabili smo mešano zasnovano raziskovanje. Raziskava primera je temeljila v prvem delu na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi dela, katere razumevanje rezultatov smo preverili v drugem kvalitativnem delu raziskovanja.

3.3.1 Dizajn raziskave

V uvodnem teoretičnem delu magistrskega dela smo sistematično pregledali relevantno domačo in tujo strokovno literaturo, povezano s stresom in sindromom izgorelosti,

posebej izgorelosti zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Sistematični pregled znanstvene literature smo naredili v podatkovnih bazah virtualne knjižnice (COBIB.SI), ScienceDirect, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane in PubMed-u. Iskanje smo omejili na objave s celotnim besedilom v znanstvenih ali strokovnih recenziranih revijah. Strokovno literaturo smo iskali po ključnih besedah: stres, izgorelost, delovne obremenitve, zdravstvena nega v psihiatriji. V tujem jeziku pa: stress, burnout syndrome, workload, burnout and psychiatric nursing care. Uporabili smo Boolov operator AND (slovensko IN). Literaturo smo omejili na obdobje med 2013 in 2023.

V empiričnem delu smo izbrali mešani raziskovalni dizajn. Najprej smo izvedli presečno raziskavo med vsemi zaposlenimi v zdravstveni negi v UPK Ljubljana. Za zbiranje podatkov o izgorelosti smo uporabili vprašalnik Maslach Burnout Inventory (MBI) (1994). V kvalitativnem delu smo s skupinskim intervjujem podrobneje in globlje raziskali rezultate iz prvega dela raziskave – pojav stresa in posledično sindroma izgorevanja glede na rezultate presečne raziskave.

3.3.2 Instrument raziskave

Kot instrument smo uporabili standardiziran vprašalnik za merjenje izgorelosti. Instrument je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop predstavlja vprašalnik o izgorelosti, ki smo povzeli po Maslach Burnout Inventory (MBI) iz leta 1981 (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, et al., 1986; Schaufeli, et al., 1996 cited in Mind Garden, 2019), ki je preveden v slovenščino. Prevod v slovenščino je opravilo Neodvisno psihološko založniško podjetje Mind Garden (2019) s strani posameznih raziskovalcev. Vprašalnik MBI meri in zaznava tri dimenzije vidika izgorelosti, in sicer čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in osebno zadovoljstvo. Vprašalnik MBI je v prvem delu sestavljen iz 16 trditvev, ki se nanašajo na počutje in stališče, ki jih doživljamo ob delu. Drugi del sestavlja 22 trditvev, ki se nanašajo na intenzivnost doživljanja opisanih stanj v vprašalniku. Anketiranci so ocenjevali trditve po Likertovi lestvici od 1 do 6, pri čemer 1 – pomeni nekajkrat letno ali redkeje, 2 – enkrat mesečno ali redkeje, 3 – nekajkrat mesečno, 4 – enkrat tedensko, 5 – nekajkrat tedensko, 6 – vsak dan. V obeh primerih

lahko posebej označimo 0, če stanja nismo nikoli izkusili. Vprašalnik je namenjen osebam, ki pri svojem delu pogosto stopajo v stik z ljudmi, tudi zaposlenim v zdravstveni negi (Guo, et al., 2017). V drugem sklopu instrumenta smo anketirance vprašali o demografskih podatkih: spolu, starosti, stopnji izobrazbe, delovni dobi in lokaciji zaposlitve (vrsta oddelka).

V merskem instrumentu MBI smo številčno vrednotene odgovore v vsakem vsebinskem sklopu sešteli in ocenili izgorelost respondenta. Za vrednotenje čustvene izčrpanosti je uporabljenih devet trditev (največ možnih točk 54), za merjenje depersonalizacije je uporabljenih pet trditev (največ možnih točk 30), s katerimi se meri brezčuten, brezoseben odnos pri delu z varovanci (pri negi, varstvu, obravnava, navodilih). Pri obojem višji povprečni rezultat pomeni višjo stopnjo izgorevanja. Osem trditev vprašalnika (največ možnih točk 48), ki meri osebno zadovoljstvo, vrednoti občutenja kompetentnosti in uspešnosti doseganja ciljev oziroma rezultatov. Za razliko od ostalih dveh komponent pri osebnem zadovoljstvu nižji rezultat pomeni višjo stopnjo izgorevanja. Posamezne dimenzije opredeljujejo naslednje trditve (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, et al., 1986):

- Čustvena izčrpanost se ugotavlja z 9 trditvami v vprašalniku, in sicer s trditvami št. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Depersonalizacija se ugotavlja s 5 trditvami, in sicer št. 5, 10, 11, 15, 22.
- Osebno zadovoljstvo se ugotavlja z 8 trditvami, in sicer 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Rezultate posameznika smo sešteli in normirali ter primerjali s podatki v tabeli 1.

Tabela 1: Vrednotenje rezultatov pogostosti občutenja izgorevanja

	Min. št. točk	Max. št. točk	Nizek rezultat	Srednji rezultat	Visok rezultat
Čustvena izčrpanost	0	6	0–1,5	1,6–3,4	3,5–6,0
Depersonalizacija	0	6	0–1,5	1,6–3,4	3,5–6,0
Osebno zadovoljstvo	0	6	0–1,5	1,6–3,4	3,5–6,0

Legenda: min – najnižja vrednost, max – najvišja vrednost

Prikazali bomo tudi rezultate trditev skrajšane verzije MBI vprašalnika z 22 trditvami. Zanesljivost merskega instrumenta smo izmerili s Cronbachov koeficient α , katerega vrednost nad 0,7 pomeni dobro zanesljivost instrumenta (Cencič, 2009). Iwanicki in

Schwab (1981) sta opravila več raziskav s pomočjo standardiziranega vprašalnika MBI. Poročala sta o oceni Cronbach koeficienta (α) 0,90 za čustveno izčrpanost, 0,76 depersonalizacijo in 0,76 za osebno zadovoljstvo. Medtem ko Pisanti, et al. (2013) poročajo o oceni Cronbach koeficienta (α) 0,88 za čustveno izčrpanost, 0,70 za depersonalizacijo ter 0,83 za osebno zadovoljstvo. Koeficient Cronbach alfa je v našem primeru za celotni vprašalnik znašal 0,930, kar kaže na visoko zanesljivost. Tabela 2 prikazuje koeficient Cronbach alfa za posamezno dimenzijo.

Tabela 2: Zanesljivost vprašalnika

Dimenzija	Cronbach alfa
Čustvena izčrpanost	0,941
Depersonalizacija	0,921
Osebno zadovoljstvo	0,916

V drugem delu raziskave smo podatke pridobili s skupinskim intervjujem (Banjac, 2020). Skupinski intervju smo izvedli s tremi skupinami udeležencev, ki smo jim zastavili različna delovna oziroma raziskovalna vprašanja. Glede na potek skupinskega intervjuja in fokusom raziskovanja smo vsem udeležencem zastavili vodilna delovna vprašanja. Glede na razumevanje smo lahko posameznim delovnim vprašanjem dodali tudi podvprašanja.

Vodilna delovna vprašanja so:

- Kaj je po vašem mnenju lahko vse vzrok za negativne občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana?
- V kolikšni meri je vaše delovno okolje povezano z vašim vsakodnevnim življenjem?
- Kakšne so vaše strategije, ki jih lahko naštejete kot varovalne dejavnike?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Ciljna statistična populacija, v kateri smo izvedli kvantitativno raziskavo, je zajemala vse zaposlene v zdravstveni negi na UPK Ljubljana. Vprašalnike smo razdelili vsem 250 v opazovani populaciji. Pridobili smo 74-% realizacijo vzorca ($n = 185$). Demografski podatki anketirancev so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Demografski podatki anketirancev

Vzorec	n	%
Spol		
Moški	62	33,6
Ženske	123	66,4
Starost		
18 do 30 let	46	24,8
31 do 40 let	56	30,3
41 do 50 let	47	25,4
51 in več let	36	19,5
Izobrazba		
Srednješolska	111	60,0
Višje in visokošolska	79	40,0
Delovna doba		
Od 0 do 10 let	52	28,1
Od 11 do 20 let	53	28,7
Od 21 do 30 let	24	23,2
Od 31 do 50 let	43	20,0
Tip oddelka		
Odprti	83	44,9
Zaprti	102	55,1

Legenda: N = število anketirancev, % = delež v odstotkih

Za skupinski intervju smo izbrali namenski vzorec, ki je vključeval 3 skupine udeležencev zaposlenih v zdravstveni negi. V vsaki skupini je sodelovalo 5–6 udeležencev. Prvi dve skupini udeležencev sta bili sestavljeni v razmerju 4 žensk in 2 moških, kajti tudi sama sestava zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana je v večini ženskega spola (33,6 % moških in 66,4 % žensk). V prvo skupino so bili vključeni tehniki zdravstvene nege, ki delajo s pacienti z duševno motnjo (6 udeležencev). V drugo skupino smo vključili diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, ki prav tako delajo s pacienti z duševno motnjo (6 udeležencev). V tretjo skupino pa smo vključili vodilni kader v zdravstveni negi, ki ni v stiku s pacienti z duševno motnjo, ampak opravlja le administrativno in organizacijsko delo (5 udeležencev). Prvo in drugo skupino smo uravnotežili glede na spol, starost in tip oddelka, glede na populacijo zaposlenih v zdravstveni negi na UPK Ljubljana. S temi tremi skupinami smo zagotovili večjo verodostojnost podatkov oziroma triangulacijo podatkov po virih (Vogrinc, 2008). Za boljšo preglednost pri predstavitvi rezultatov smo vsak skupinski intervju šifrirali. Prvi del šifre opredeli intervjuvance (TZN – tehnik zdravstvene nege, DMS – diplomirana medicinska sestra, VK – vodilni kader), drugi del šifre pa predstavlja vrstni red intervjuja.

Tabela 4: Demografski podatki anketirancev

Oznaka intervjuvancev	Število udeležencev v skupinskem intervjuju
TZN1	6
DMS2	6
VK3	5

Legenda: TZN – tehnik zdravstvene nege, DMS – diplomirana medicinska sestra, VK – vodilni kader

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala v dveh zaporedjih. Prva raziskava je potekala z zbiranjem podatkov s pomočjo pisnega anketiranja in je potekala od 15. septembra 2019 do 20. oktobra 2019. Pred izvedbo raziskave smo pridobili vsa potrebna soglasja predstavnikov vodstva UPK Ljubljana in Etične komisije UPK Ljubljana.

Raziskava je potekala na UPK Ljubljana in je zajemala štiri enote: Center za klinično psihiatrijo (CKP), ki obsega: Enoto za intenzivno psihiatrično terapijo (EIPT), Enoto za gerontopsihiatrijo (EGP), Enoto za prolongirano terapijo (EPT) in Enoto za rehabilitacijo (ERE), Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD), Center za mentalno zdravje (CMZ), ki obsega: Enoto za krizne intervencije (EKI), Enoto za motnjo hranjenja (EMH), Enoto za adolescentno psihiatrijo (EAP), Enoto za psihoterapijo psihoz (EPP), Enoto za psihoterapijo nevroz (EPN) ter Enoto za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo (EIOAP), Enoto za zdravljenje odvisnih od alkohola (EZO) ter Center za izvenbolnišnično terapijo (CIP). Zaposlene smo seznanili z namenom raziskave in jih zaprosili za sodelovanje pri raziskavi. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost, saj so bili vprašalniki razdelili v ovojnicah na posamezne oddelke. Upoštevali smo Etične norme v skladu z načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2002) ter Načela skladnosti Helsinške deklaracije (WMA General Assembly, 2013). V primeru nerazumevanja vprašanj je bil naveden kontakt, kjer so lahko povprašali o dodatnih informacijah. Z anketiranimi nismo prihajali v osebni stik, zato smo skrb za koordiniranje vprašalnikov dodelili ključnim osebam v posameznih enotah.

V drugem delu raziskave smo izvedli skupinski intervju, ki je bil izveden dve leti po izvedeni kvantitativni raziskavi. Izvedli smo tri skupinske intervjuje, s tremi skupinami udeležencev. Za tri skupine smo se odločili zaradi zagotavljanja verodostojnosti

rezultatov. Vsako skupino je vodil izurjen strokovnjak za delo v skupinah. Z vsemi tremi vodji posameznih skupin smo opravili uvodni sestanek, kjer smo jih seznanili z namenom, cilji in različnimi delovnimi vprašanji, s pomočjo katerih smo iskali odgovore na raziskovalna vprašanja. Za boljše razumevanje in usklajenost smo v okviru delovnega sestanka izvedli poskusni skupinski intervju. O točnem terminu in kraju so bili udeleženci obveščeni en mesec pred predvidenim terminom zaradi lažje uskladitve delovnih obveznosti. Sedem dni pred predvidenim srečanjem smo jim poslali tudi delovna/izhodiščna vprašanja. Skupinski intervjuji so potekali v prostorih, kjer je bila zagotovljena zasebnost, pogovor je bil ves čas sneman. Z zvočnim zapisom smo si pomagali pri poslušanju in tako omogočili pravilen zapis pogovora (Vogrinc, 2008, p. 99–102). Intervjuvancem je bila zagotovljena anonimnost pri prikazovanju podatkov. Po opravljenih skupinskih intervjujih smo naredili dobesedne zapise oziroma transkripte, ki smo jih kvalitativno obdelali, besedilo pa analizirali. Transkripti intervjujev so shranjeni v osebni arhivu raziskovalca (Vogrinc, 2008).

Okvirni čas skupinskega intervjuja vsake skupine je bil približno 1 uro z vključenim uvodom in predstavitvijo fokusa raziskave. Pred začetkom intervjuja smo vse udeležence seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov in prostovoljno vključenostjo v raziskavo ter pridobili vsa potrebna soglasja. Vsak udeleženec skupinskega intervjuja je podal pisno soglasje za sodelovanje in snemanje razprave. Drugi del raziskave je bil izveden v mesecu avgustu 2021 na UPK Ljubljana.

3.3.5 Obdelave podatkov

Kvantitativne podatke smo najprej vnesli v tabelo programa Excel (Microsoft Office – Windows, verzija 8.0), nato pa smo podatke statistično obdelali s pomočjo programa SPSS verzija 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Statistične podatke dobljene z vprašalnikom smo obdelali z metodami opisne statistike: odstotni delež, povprečne vrednosti, minimalno in maksimalno vrednost in za potrditev hipotez smo uporabili bivariantne metode t-test, Personov test korelacije ter enosmerna multivariatna analiza variance (MANOVA), ki se uporablja za ugotavljanje, ali obstajajo kakršne koli razlike med neodvisnimi skupinami

pri več kot eni zvezni odvisni spremenljivki. Za preverjanje odvisnosti med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami smo uporabili metodo multiple regresije. Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$, pri čemer smo rezultate prikazali v tabelarni in grafični obliki.

Najprej je predstavljena opisna statistika, nato je izvedena faktorska analiza za vse tri sklope vprašalnika. Z dobljenimi faktorji smo izvedli nadaljnje analize: t-test, multiplo regresijsko analizo in Pearsonovo korelacijo, s katerimi smo potrdili oziroma ovrgli postavljene hipoteze.

Obdelavo kvalitativnih podatkov smo izvedli z metodo analize vsebine (Kordeš & Smrdu, 2015). Analizo vsebine po Kordeš in Smrdu (2015) smo izvedli tako, da smo najprej nazorno poslušali posnetke skupinskih intervjujev, nato pa smo naredili dobesedni prepis vsega gradiva. Urejevanju zapisov zbranih podatkov je nato sledilo še odprto kodiranje podatkov ter razvrščanje le teh v posamezne kategorije, ki so nam pomagale odgovoriti na postavljena raziskovalna vprašanja (Vogrinc, 2008). Določili smo enote kodiranja, definirali relevantne pojme in oblikovali kategorije, definirali kategorije in oblikovali končne teoretične formulacije (Vogrinc, 2008).

3.4 REZULTATI KVANTITATIVNE RAZISKAVE

3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah

Tabela 5 prikazuje opisno statistiko po posameznih trditvah, ki se navezujejo na stališča in občutke, povezanimi z delom. V povprečju se anketiranci strinjajo, da skoraj vsak dan, ko delajo, zaupajo v svojo učinkovitost in sposobnost, da naloge dokončajo (PV = 5,38, SO = 1,113). Prav tako v povprečju menijo, da vsak dan svoje delo opravljajo dobro (PV = 5,36, SO = 1,125). V povprečju anketiranci enkrat mesečno ali redkeje pomislijo, da jih delo navdušuje manj kot včasih (PV = 1,72, SO = 1,765) in da jih delo danes zanima manj, kot na začetku, ko so nastopili z delom (PV = 1,50, SO = 1,794).

Tabela 5: Trditve o stališčih in občutkih, povezanimi z delom

Trditve	n	Min	Max	PV	SO
Počutim se čustveno izčrpan(a) zaradi svojega dela.	185	0	6	2.63	1.462
Počutim se izrabljen(a) ob koncu dneva.	185	0	6	2.69	1.56
Ko zjutraj vstanem in se soočam z novim delovnim dnevom, se počutim utrujen(a).	185	0	6	2.23	1.657
Celodnevno delo je zame resnično naporno.	185	0	6	2.76	1.684
Zelo učinkovito rešujem probleme, ki se pojavijo pri delu.	185	0	6	4.64	1.508
Počutim se izgorel(a) zaradi svojega dela.	185	0	6	2.19	1.639
Menim, da veliko pripomorem k doseganju ciljev organizacije, kjer delam.	185	0	6	4.44	1.654
Delo me danes zanima manj kot na začetku, ko sem nastopil(a) službo.	185	0	6	1.5	1.794
Delo me navdušuje manj kot včasih.	185	0	6	1.72	1.765
Menim, da svoje delo dobro opravljam.	185	0	6	5.36	1.125
Navdušen(a) sem, kadar pri delu nekaj dobro opravim ali dosežem.	185	0	6	5.21	1.149
Pri svojem delu sem naredil(a) že mnogo koristnega.	185	0	6	5.08	1.132
Ne želim, da me motijo pri delu.	185	0	6	3.77	1.982
Poraja se mi čedalje več pomislekov ali je moje delo sploh kaj vredno.	185	0	6	2.18	1.93
Dvomislim o pomenu mojega dela.	185	0	6	1.28	1.559
Ko delam, zaupam v svojo učinkovitost in sposobnost, da naloge dokončam.	185	0	6	5.38	1.113

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (7-stopenjska Likertova lestvica, 0 = nikoli, 1 – nekajkrat letno ali redkeje, 2 – enkrat mesečno ali redkeje, 3 – nekajkrat mesečno, 4 – enkrat tedensko, 5 – nekajkrat tedensko, 6 – vsak dan), SO = standardni odklon

Tabela 6 prikazuje opisno statistiko vprašalnika po posameznih dimenzijah izgorelosti. V dimenziji čustvene izčrpanosti se anketiranci v povprečju najizraziteje strinjajo, da se enkrat tedensko ob koncu dneva počutijo iztrošene (PV = 2,83, SO = 1,557). V povprečju se anketiranci najmanj izrazito strinjajo, da jih njihova služba spravlja v duševno stisko (PV = 1,29, SO = 1,359). V dimenziji depersonalizacije se anketiranci najizraziteje strinjajo s trditvijo, da jih skrbi, da zaradi službe čustveno otopevajo (PV = 1,43, SO = 1,644), v povprečju se najmanj strinjajo s trditvijo, da z nekaterimi pacienti ravna neosebno, kot da bi bili objekti (PV = 1,01, SO = 1,413). V dimenziji osebnega zadovoljstva se anketiranci v povprečju najizraziteje strinjajo, da so s svojim delom dosegli že marsikaj koristnega (PV = 5,12, SO = 1,041), najmanj izrazito se v povprečju strinjajo, da se počutijo polne energije (PV = 3,79, SO = 1,396).

Tabela 6: Opisna statistika vprašalnika po posameznih dimenzijah izgorelosti

Trditve	n	Min	Max	PV	SO
Dimenzija: čustvena izčrpanost					
1. Zaradi dela se počutim čustveno izčrpan(a).	185	0	6	2,49	1,522
2. Ob koncu dneva se počutim iztrošen(a).	185	0	6	2,83	1,557
3. Ko zjutraj vstanem in je pred mano nov delovni dan, se počutim utrujen(a).	185	0	6	2,21	1,664
6. Celodnevno delo z ljudmi je zame resnično naporno.	185	0	6	2,44	1,697
8. Zaradi svojega dela se počutim izgorel(a).	185	0	6	2,33	1,637
13. Moja služba me spravlja v duševno stisko.	185	0	6	1,29	1,359
14. Občutek imam, da v službi preveč delam.	185	0	6	1,83	1,665
16. Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.	185	0	6	1,31	1,413
20. Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.	185	0	6	1,84	1,599
Dimenzija: depersonalizacija					
5. Občutek imam, da z nekaterimi pacienti ravnam neosebno, kot da bi bili objekti.	185	0	6	1,01	1,413
10. Odkar opravljam to delo, sem postal(a) bolj neobčutljiv(a) do ljudi.	185	0	6	1,37	1,570
11. Skrbi me, da zaradi te službe čustveno otopavam.	185	0	6	1,43	1,644
15. Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim pacientom.	185	0	6	0,46	0,969
22. Občutek imam, da me pacienti krivijo za nekatere svoje probleme.	185	0	6	1,05	1,378
Dimenzija: Osebno zadovoljstvo					
4. Brez težav lahko razumem, kako se moji pacienti počutijo ob določenih situacijah.	185	0	6	4,83	1,388
7. Zelo učinkovito rešujem probleme svojih pacientov.	185	0	6	4,93	1,138
9. Občutek imam, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.	185	0	6	4,87	1,199
12. Počutim se poln(a) energije.	185	0	6	3,79	1,396
17. S pacienti z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje.	185	0	6	3,94	1,219
18. Delo s pacienti me poživlja.	185	0	6	4,38	1,313
19. S svojim delom sem naredil(a) marsikaj koristnega.	185	0	6	5,12	1,041
21. Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme.	185	0	6	4,39	1,452

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (7 stopenjska Likertova lestvica, 0 = nikoli, 1 – nekajkrat letno ali redkeje, 2 – enkrat mesečno ali redkeje, 3 – nekajkrat mesečno, 4 – enkrat tedensko, 5 – nekajkrat tedensko, 6 – vsak dan), SO = standardni odklon

Tabela 7 prikazuje povprečni seštevek točk anketirancih v posamezni dimenziji izgorelosti. V dimenziji čustvena izčrpanost so anketiranci v povprečju dosegli 33,8 točke (SO = 9,5 točke). V dimenziji osebno zadovoljstvo so anketiranci v povprečju dosegli 43,2 točk, (SO = 6,8 točke). V dimenziji depersonalizacija so anketiranci v povprečju dosegli 11,8 točk, (SO = 2,8 točke). Mejne vrednosti v tabeli predstavljajo referenčne vrednosti, ki se uporabljajo za interpretacijo rezultatov v posamezni dimenziji izgorelosti. Te vrednosti se lahko uporabijo kot mejne točke, ki označujejo različne ravni izgorelosti. V tem primeru so navedene naslednje mejne vrednosti:

- Za dimenzijo čustvene izčrpanosti: Vrednost 27 se lahko uporabi kot mejna točka, ki označuje prehod iz nižje ravni čustvene izčrpanosti v višjo raven.
- Za dimenzijo osebnega zadovoljstva: Vrednost 33 se lahko uporabi kot mejna

- točka, ki označuje prehod iz nižje ravni osebnega zadovoljstva v višjo raven.
- Za dimenzijo depersonalizacije: Vrednost 10 se lahko uporabi kot mejna točka, ki označuje prehod iz nižje ravni depersonalizacije v višjo raven.

Tabela 7: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti

Dimenzije Točke	Čustvena izčrpanost	Osebno zadovoljstvo	Depersonalizacija
PV	33,8	43,2	11,8
SO	9,5	7,8	2,8
Mejne vrednosti	27	33	10

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

3.4.2 Faktorska analiza

V naši raziskavi smo s faktorsko analizo razvili tri faktorje, ki so prikazani v tabeli 8. Podatki so bili za faktorsko analizo sprejemljivi – rezultat Bartlettovega testa je bil statistično značilen ($p < 0,001$), vrednost Keiser Meier Olkinov testa (KMO) pa je znašala 0,887. S tremi faktorji smo pojasnili približno 48 % celotne variabilnosti odgovorov danih spremenljivk. Začetne vrednosti ekstrakcij so sicer nad 1 pri prvih 4 faktorjih, kar nakazuje na to, da izbira 3 faktorjev ni najbolj optimalna na našem vzorcu. Kljub temu pa smo se zaradi vsebinskega vidika odločili za izbiro treh faktorjev, na katerih smo v nadaljevanju izvedli vse analize. S kumunalitetami smo preverili vsako posamezno spremenljivko, ki izražajo delež pojasnjene variance (od približno 17 % do 78 %) (tabela 8). Vrednosti uteži nekje nad 0.200 po ekstrakciji nakazujejo na to, da bodo spremenljivke v danem modelu faktorjev dobro pojasnjevale pojav, ki ga merimo. Če so vrednosti po ekstrakciji z rotacijo Oblimin manjše od 0.200, bi bilo spremenljivke morebiti smiselno izključiti iz analize ter še enkrat pognati faktorsko analizo brez njih. Glede na vsebovane spremenljivke smo prvi faktor poimenovali »čustvena izčrpanost« in ga v nadaljevanju poimenujemo F1, drugi faktor »depersonalizacija«, ki ga v nadaljevanju poimenujemo F2 in tretji faktor »osebno zadovoljstvo«, ki ga v nadaljevanju poimenujemo F3. Iz 22 trditev smo s pomočjo faktorske analize razvili tri faktorje, kar je prikazano v tabeli 1. Glede na posamezni faktor je bil koeficient Cronbach alfa naslednji:

- F1 »čustvena izčrpanost«: 0,950,
- F2 »depersonalizacija« 0,878,
- F3 »osebno zadovoljstvo« 0,815.

Na podlagi naših rezultatov faktorjske analize, ki je bila izvedena z metodo Principal Axis Factoring, smo identificirali tri faktorje. Razporeditev variance po faktorjih je naslednja: prvi faktor pojasni 23,36 % variance, drugi faktor 15,25 % variance, tretji faktor 9,39 % variance. Komunalitete, ki predstavljajo odstotek variance posamezne spremenljivke, ki je pojasnjena z dobljenimi faktorji, so pokazale zanimive rezultate. Največjo varianco lahko pojasnimo z merjeno spremenljivko »Ob koncu dneva se počutim iztrošen(a).« (0,882), kar pomeni, da ta spremenljivka močno vpliva na prvi faktor. Prav tako ima visoko komunaliteto spremenljivka »S svojim delom sem naredil(a) marsikaj koristnega.« (0,814), kar nakazuje, da ta spremenljivka pomembno prispeva k drugemu faktorju.

Tabela 8: Faktorska analiza trditve glede na tri faktorje

Trditve	n	PV	SO	F1	F2	F3
Zaradi dela se počutim čustveno izčrpan(a).	185	2,49	1,522	0,823	-0,021	-0,144
Ob koncu dneva se počutim iztrošen(a).	185	2,83	1,557	0,882	-0,014	-0,120
Ko zjutraj vstanem in je pred mano nov delovni dan, se počutim utrujen(a).	185	2,21	1,664	0,795	0,081	-0,083
Brez težav lahko razumem, kako se moji pacienti počutijo ob določenih situacijah. (obrnjena)	185	4,83	1,388	-0,101	-0,188	0,297
Občutek imam, da z nekaterimi pacienti ravnam neosebno, kot da bi bili objekti.	185	0,96	1,408	0,123	0,581	0,087
Celodnevno delo z ljudmi je zame resnično naporno.	185	2,44	1,697	0,764	-0,060	0,223
Telo učinkovito rešujem probleme svojih pacientov. (obrnjena)	185	4,93	1,138	-0,221	-0,541	0,686
Zaradi svojega dela se počutim izgorel(a).	185	2,33	1,637	0,869	-0,235	0,114
Počutim se poln(a) energije. (obrnjena)	185	4,87	1,199	0,194	-0,202	0,696
Odkar opravljam to delo, sem postal(a) bolj neobčutljiv(a) do ljudi.	185	1,37	1,570	0,142	0,508	0,136
Skrbi me, da zaradi te službe čustveno otopavam.	185	1,43	1,644	0,116	0,488	0,117
Občutek imam, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi. (obrnjena)	185	3,79	1,396	0,081	0,126	0,556
Moja služba me spravlja v duševno stisko.	185	1,29	1,359	0,576	0,153	0,199
Občutek imam, da v službi preveč delam.	185	2,83	1,665	0,760	0,114	0,146
Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim pacientom.	185	0,46	0,969	0,124	0,600	0,122
Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.	185	1,31	1,413	0,543	0,198	0,098
S pacienti z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje. (obrnjena)	185	4,94	1,219	0,152	0,132	0,527
Delo s pacienti me poživlja. (obrnjena)	185	4,38	1,313	0,114	0,126	0,474
S svojim delom sem naredil(a) marsikaj koristnega. (obrnjena)	185	5,12	1,041	-0,121	0,101	0,814
Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.	185	1,84	1,599	0,701	-0,123	-0,325
Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme. (obrnjena)	185	4,39	1,452	0,141	0,424	-0,212
Občutek imam, da me pacienti krivijo za nekatere svoje probleme.	185	1,05	1,378	0,105	0,474	-0,118

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (7 stopenjska Likertova lestvica, 0 = nikoli, 1 – nekajkrat letno ali redkeje, 2 – enkrat mesečno ali redkeje, 3 – nekajkrat mesečno, 4 – enkrat tedensko, 5 – nekajkrat tedensko, 6 – vsak dan), SO = standardni odklon, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Rezultati Shapiro-Wilkovega testa za predpostavko normalnosti porazdelitve podatkov so naslednji:

- F1: $W = 0.936$, $p = 0.072$ (ni statistično značilno odstopanje od normalnosti),
- F2: $W = 0.904$, $p = 0.121$ (ni statistično značilno odstopanje od normalnosti),
- F3: $W = 0.959$, $p = 0.127$ (ni statistično značilno odstopanje od normalnosti).

Pri analizi faktorjev smo uporabili Shapiro-Wilkov test za preverjanje normalnosti porazdelitve posameznih faktorjev. Pri faktorjih ni bilo statistično značilnega odstopanja od normalnosti ($p > 0.05$).

3.4.3 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Pri ženskah v na področju zdravstvene nege in psihiatrije se izgorelost pojavlja pogosteje, kot pri moških.

V tabeli 9 smo preverjali izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na spol anketirancev. Glede na dobljene dejavnike ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p > 0,05$), med moškimi in ženskami pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$. Zaposleni v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja ali psihiatrije čutijo v približno enaki meri izgorelost, kar je prikazano v tabeli 8.

Tabela 9: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na spol anketirancev

Faktor	Spol	n	PV	SO	T	p
F1	Ženski	119	2,30	1,247	-1,973	0,218
	Moški	60	2,54	1,152		
F2	Ženski	120	1,10	0,851	-0,126	0,900
	Moški	62	1,11	0,793		
F3	Ženski	119	1,17	0,980	-1,534	0,127
	Moški	62	1,41	1,038		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Ugotovitev lahko potrdimo tudi s podatki v tabeli 10. Tu smo s t-testom preverili razlike med doseženimi povprečnimi sumarnimi vrednostmi občutenja izgorevanja med moškimi in ženskimi anketiranci. Razvidno je, da ne prihaja do odstopanj pri izgorelosti med

spoloma, kar smo dodatno preverili s t-testom ($p > 0,05$). Nekaj več točk so pri vseh dimenzijah izgorelosti dosegle ženske.

Tabela 10: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na spol

Spol	Dimenzije		Izgorelost	Osebno zadovoljstvo	Depersonalizacija	p
	Točke					
Moški	PV		33,7	43,1	10,2	0,089
	SO		9,03	7,9	2,7	
Ženski	PV		36,2	43,4	12,4	0,214
	SO		10,8	7,9	2,9	

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Na podlagi dobljenih rezultatov v tabelah 8 in 9, prvo hipotezo ovržemo. Pri ženskah v na področju zdravstvene nege v psihiatriji se izgorelost ne pojavlja pogosteje, kot pri moških.

Hipoteza 2: Več izgorelosti je zaznati pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji z daljšo delovno dobo.

Tabela 11 prikazuje opisno statistiko po delovni dobi anketirancev. V povprečju so se anketiranci s krajšo delovno dobo pogosteje znašli v situaciji, ki bi lahko vodila do izgorelosti. V povprečju so se anektirani z delovno dobo od 0 do 10 let v omenjeni situaciji znašli enkrat tedensko.

Tabela 11: Opisna statistika po delovni dobi

Delovna doba		n	PV	SO
F1	Od 0 do 10 let	50	2,75	1,212
	Od 11 do 20 let	51	2,32	1,305
	Od 21 do 30 let	40	2,13	0,996
	Od 31 do 50 let	37	2,18	1,249
F2	Od 0 do 10 let	51	1,08	0,697
	Od 11 do 20 let	53	1,06	0,763
	Od 21 do 30 let	40	1,25	1,050
	Od 31 do 50 let	37	1,04	0,844
F3	Od 0 do 10 let	51	1,39	1,092
	Od 11 do 20 let	53	1,33	1,066
	Od 21 do 30 let	41	1,08	0,771
	Od 31 do 50 let	35	1,18	0,993

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

V tabeli 12 smo primerjali izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na delovno dobo

anketirancev. Pri F1 prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,05$) pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$, glede na delovno dobo, na podlagi česar lahko sklepamo, da se mlajši anketiranci pogosteje znajdejo v situaciji, ki lahko vodi do čustvene izčrpanosti, kot starejši anketiranci. Pri F2 in F3 ne prihaja do statistično pomembnih razlik, zato ne moremo trditi, da prihaja do izgorelosti v dimenziji depersonalizacije in osebnega zadovoljstva, glede na delovno dobo.

Tabela 12: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na delovno dobo anketirancev

ANOVA / delovna doba		Vsota kvadratov	Prostostne stopnje	Kvadrat povprečij	F	p
F1	Med skupinami	10,805	3	3,602	2,987	0,049
	Znotraj skupin	252,008	174	1,448		
	Skupaj	262,812	177			
F2	Med skupinami	1,189	3	0,396	0,570	0,636
	Znotraj skupin	123,119	177	0,696		
	Skupaj	124,308	180			
F3	Med skupinami	2,631	3	0,877	0,877	0,454
	Znotraj skupin	175,972	176	1,000		
	Skupaj	178,603	179			

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = ANOVA statistika za vzorce; p = statistična značilnost ($p < 0,05$), F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Tabela 13 prikazuje Post hoc testi MANOVA – faktor. Pri F1 prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,05$) med delovno dobo od 0 do 10 let ter delovnim obdobjem od 21 do 30 let in od 31 do 50 let. Anketiranci s krajšo delovno dobo (od 0 do 10 let) se statistično značilno pogosteje počutijo iztrošene, izrabljene ali izgorele kot anketiranci z daljšo delovno dobo. Po ostalih faktorjih ne prihaja do statistično značilnih razlik glede na delovno dobo.

Tabela 13: Post hoc testi MANOVA – faktor

Statistično značilne razlike med skupinami in faktorji			Razlika povprečij	Standardna napaka	p	95-% interval zaupanja	
						Spodnja meja	Zgornja meja
F1	Od 0 do 10 let	Od 11 do 20 let	0,42759	0,23951	0,076	-0,0451	0,9003
		Od 21 do 30 let	0,61441*	0,25529	0,017	0,1105	1,1183
		Od 31 do 50 let	0,56541*	0,26098	0,032	0,0503	1,0805
	Od 11 do 20 let	Od 0 do 10 let	-0,42759	0,23951	0,076	-0,9003	0,0451
		Od 21 do 30 let	0,18682	0,25418	0,463	-0,3148	0,6885
		Od 31 do 50 let	0,13782	0,25989	0,597	-0,3751	0,6508
	Od 21 do 30 let	Od 0 do 10 let	-0,61441*	0,25529	0,017	-1,1183	-0,1105
		Od 11 do 20 let	-0,18682	0,25418	0,463	-0,6885	0,3148
		Od 31 do 50 let	-0,04901	0,27450	0,859	-0,5908	0,4928
	Od 31 do 50 let	Od 0 do 10 let	-0,56541*	0,26098	0,032	-1,0805	-0,0503
		Od 11 do 20 let	-0,13782	0,25989	0,597	-0,6508	0,3751
		Od 21 do 30 let	0,04901	0,27450	0,859	-0,4928	0,5908

*. Razlika povprečij je statistično značilna ob stopnji značilnosti < 0.05

Legenda: p = statistična značilnost (p < 0,05), F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Ugotovitev lahko potrdimo tudi s tabelo 14, kjer je razvidno, da ne prihaja do velikih odstopanj pri izgorelosti med anketiranimi glede na delovno dobo, vendar v vsaki dimenziji mlajši anketiranci dosegajo točke, ki so bližje izgorelosti, kot ostali anketiranci.

Tabela 14: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na delovno dobo

Delovna doba	Dimenzije		Izgorelost	Osebno zadovoljstvo	Depersonalizacija	p
	Točke					
Od 0 do 10 let	PV		35,2	41,1	11,01	0,187
	SO		10,3	5,1	3,1	
Od 11 do 20 let	PV		33,8	45,2	10,2	0,098
	SO		11,2	4,1	2,1	
Od 21 do 30 let	PV		32,9	43,04	9,3	0,239
	SO		10,5	4,05	2,2	
Od 31 do 50 let	PV		33,1	43,7	10,3	0,410
	SO		10,1	4,2	1,9	

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Na podlagi rezultatov v tabelah 11, 12 in 13, *hipotezo 2 ovržemo*.

Hipoteza 3: Pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji s srednješolsko izobrazbo se izgorelost pojavlja pogosteje kot pri zaposlenih v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo ali več.

Tabela 15 prikazuje opisno statistiko glede na izobrazbo anketirancev. V povprečju so se anketiranci z nižjo izobrazbo pogosteje znašli v situaciji, ki bi lahko vodila do izgorelosti.

Tabela 15: Opisna statistika po izobrazbi

	Izobrazba	n	PV	SO
F1	Srednješolska izobrazba	110	2,40	1,215
	Višja in visokošolska izobrazba	73	2,31	1,257
F2	Srednješolska izobrazba	110	1,10	0,791
	Višja in visokošolska izobrazba	73	1,10	0,867
F3	Srednješolska izobrazba	109	1,24	1,070
	Višja in visokošolska izobrazba	73	1,26	0,832

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

V tabeli 16 smo preverjali statistično pomembne razlike izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na izobrazbo anketirancev. Do statistično pomembnih razlik med omenjenima spremenljivkama ne prihaja.

Tabela 16: Primerjava izgorelosti v poklicu zdravstvene nege glede na izobrazbo anketirancev

Faktor	Spol	n	t	p
F1	Srednješolska izobrazba	109	0,121	0,886
	Višja in visokošolska izobrazba	73		
F2	Srednješolska izobrazba	109	0,121	0,886
	Višja in visokošolska izobrazba	73		
F3	Srednješolska izobrazba	109	0,037	0,964
	Višja in visokošolska izobrazba	73		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Ugotovitev lahko potrdimo tudi s tabelo 17, kjer je razvidno, da ne prihaja do velikih odstopanj pri izgorelosti med anketiranimi glede na izobrazbo, vendar v vsaki dimenziji anketiranci z nižjo izobrazbo dosegajo točke, ki so bližje izgorelosti, kot ostali anketiranci.

Tabela 17: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na izobrazbo

Spol	Dimenzije	Izgorelost	Osebno zadovoljstvo	Depersonalizacija	p
srednješolska izobrazba	Točke				
	PV	34,8	41,8	11,8	0,102
SO	10,9	4,2	2,9		
višja in visokošolska izobrazba	PV	32,8	44,4	10,1	0,094
	SO	11,9	4,4	2,4	

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Pri izobrazbi ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) med faktorji, kar je

prikazano v tabelah 15 in 16. *Hipotezo 3, na podlagi dobljenih rezultatov, ovržemo.*

Hipoteza 4: Pri zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, se izgorelost pojavlja pogosteje kot med tistimi, ki delajo na odprtem tipu oddelka.

Tabela 18 prikazuje primerjavo izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom in tistimi, ki delajo na odprtem tipu oddelka. Pri F1 prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,05$), pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$, med zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatriji, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom in med tistimi, ki delajo na odprtem tipu oddelka.

Tabela 18: Primerjava izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi v psihiatriji glede na oddelek

Faktor	Tip oddelka	n	PV	SO	t	p
F1	Odprti tip oddelka	81	2,18	1,180	-1,973	0,049
	Zaprta tip oddelka	99	2,53	1,228		
F2	Odprti tip oddelka	82	1,11	0,939	0,124	0,902
	Zaprta tip oddelka	101	1,09	0,731		
F3	Odprti tip oddelka	81	1,19	0,934	-0,756	0,450
	Zaprta tip oddelka	101	1,30	1,054		

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Ugotovitev lahko potrdimo tudi s tabelo 19, kjer je razvidno, da ne prihaja do velikih odstopanj pri izgorelosti med anketiranimi glede na tip oddelka, vendar v vsaki dimenziji anketiranci iz zaprtega oddelka dosegajo točke, ki so bližje izgorelosti, kot ostali anketiranci ($p = 0,047$).

Tabela 19: Seštevek točk v posamezni dimenziji izgorelosti glede na oddelek

Oddelek	Dimenzije	Izgorelost	Osebno zadovoljstvo	Depersonalizacija	p
	Točke				
Zaprta tip oddelka	PV	34,1	42,1	12,1	0,047
	SO	10,1	5,1	2,9	
Odprta tip oddelka	PV	32,9	44,3	9,8	0,211
	SO	11,8	3,9	2,1	

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Zaposleni, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom se statistično značilno pogosteje počutijo izgorele oz. izčrpane, kot zaposleni, ki delajo na odprtem tipu oddelka, kar lahko

razberemo iz tabele. Po ostalih faktorjih ne prihaja do statistično značilnih razlik glede na tip oddelka. Hipotezo 4 zato lahko potrdimo.

Hipoteza 5: Izgorelost je povezana z značilnostmi zaposlenih, kot so ženski spol, srednješolska izobrazba, daljša delovna doba in z delom na zaprtem oddelku.

Kot lahko razberemo iz tabele 20, kjer je prikazan Pearsonov koeficient korelacije, obstaja statistično značilna šibka negativna povezanost med delovno dobo in faktorjem 1 ($p = 0,019$, $r = -0,178$). Z večanjem delovne dobe se zmanjšuje pogostost občutka izgorelosti. Obstaja pa tudi statistično značilna šibka negativna povezanost med starostjo in faktorjem 1 ($p = 0,009$, $r = -0,194$). Z večanjem starosti se zmanjšuje pogostost občutka izgorelosti.

Tabela 20: Pearsonov koeficient korelacije

		F1	F2	F3
Delovna doba	Personova korelacija	-0,178*	0,014	-0,100
	p	0,018	0,855	0,180
	N	178	181	180
Starost	Personova korelacija	-0,194**	0,060	-0,063
	P	0,009	0,417	0,397
	N	180	183	182
Stopnja izobrazbe	Personova korelacija	-0,035	-0,004	0,006
	P	0,643	0,959	0,936
	N	180	183	182

** . Korelacija je statistično značilna ob stopnji značilnosti 0.01 (dvostranska).

* . Korelacija je statistično značilna ob stopnji značilnosti 0.05 (dvostranska).

Legenda: n = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, F1 = »čustvena izčrpanost«, F2 = »depersonalizacija«, F3 = »osebno zadovoljstvo«

V tabeli 21, dani model za pojasnitev F1 z demografskimi spremenljivkami ni statistično značilen ob stopnji značilnosti $p = 0,05$.

Tabela 21: Regresijski model za pojasnitev F1

	F1 ($R_{adj.}^2 = 0.022, p = 0.119$)				
Neodvisna spremenljivka	B	SE	β	t	p
Delovna doba	0,003	0,155	0,003	0,020	0,984
Starost	-0,017	0,014	-0,165	-1,203	0,231
Spol	0,023	0,205	0,009	0,111	0,912
Stopnja izobrazbe	-0,015	0,147	-0,008	-0,100	0,920
Tip oddelka	0,237	0,208	0,097	1,143	0,255
(Konstanta)	3,939	0,482		8,179	< 0,001

Legenda: R2 = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; p = statistična značilnost, F1 = »čustvena izžrpanost«

V tabeli 22, dani model za pojasnitev F2 z demografskimi spremenljivkami ni statistično značilen ob stopnji značilnosti $p = 0,05$.

Tabela 22: Regresijski model za pojasnitev F2

	F2 ($R_{adj.}^2 = 0.019, p = 0.888$)				
Neodvisna spremenljivka	b	SE	β	t	p
Delovna doba	-0,095	0,107	-0,125	-0,888	0,376
Starost	0,012	0,010	0,171	1,245	0,215
Spol	0,056	0,141	0,032	0,401	0,689
Stopnja izobrazbe	-0,026	0,102	-0,020	-0,255	0,799
Tip oddelka	-0,019	0,143	-0,012	-0,136	0,892
(Konstanta)	1,870	0,335		5,584	< 0,001

Legenda: R2 = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; p = statistična značilnost, F2 = »depersonalizacija«

V tabeli 23 dani model za pojasnitev F3 z demografskimi spremenljivkami ni statistično značilen ob stopnji značilnosti $p = 0,05$.

Tabela 23: Regresijski model za pojasnitev F3

	F3 ($R_{adj.}^2 = 0.009, p = 0.630$)				
Neodvisna spremenljivka	b	SE	β	t	p
Delovna doba	-0,097	0,128	-0,106	-0,761	0,448
Starost	0,004	0,012	0,045	0,331	0,741
Spol	0,210	0,168	0,099	1,245	0,215
Stopnja izobrazbe	0,006	0,124	0,004	0,048	0,962
Tip oddelka	0,012	0,171	0,006	0,070	0,945
(Konstanta)	2,248	0,403		5,581	0,000

Legenda: R2 = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; p = statistična značilnost, F3 = »osebno zadovoljstvo«

Hipotezo 5 ovržemo. Izgorelost v dimenziji F1, F2 in F3 niso statistično značilno povezane z neodvisnimi spremenljivkami.

3.5 REZULTATI KVALITATIVNE RAZISKAVE

V nadaljevanju so rezultati kvalitativne raziskave prikazani po raziskovalnih ciljih.

3.5.1 Občutki in počutje udeležencev pri delu s pacienti z duševno motnjo

V tabeli 26 so prikazane kode, ki smo jih oblikovali v kategoriji občutki in počutje. Kode so po posameznih skupinah intervjuvancev razporejene v tri podkategorije: občutki, delo v psihiatričnem okolju, delo s pacienti in izgorelost pri delu.

V podkategorij občutki smo oblikovali kode na podlagi naslednjih izjav. V skupinskem intervjuju s TNZ1 smo spoznali, da se občutki udeležencev spreminjajo glede na situacijo, v kateri se znajdejo in od vedenja pacienta. Med občutki se je pogosto pojavljal strah, ki so ga udeleženci povezovali z: *»moje počutje ob delu s psihiatričnimi pacienti je na trenutke kar... deluje v bistvu bom reku ne prestrašen ampak previden, to zaradi tega, ker v bistvu ne vem, kako bo pač psihiatrični pacient, pacient, ki se zdravi na psihiatriji pač odreagiraj na neko mojo kretnjo, besedo, dejanje. Zato sem zelo previden pri delu s pacienti, me pa tudi obenem veseli, ker pač lahko tudi s tem nekako vidim neko pomoč, ki jo nudim tem pacientom.«* Delo s pacienti jih sicer veseli in z veseljem prihajajo v službo, vendar obrazložijo, da so občutki v najtežjih situacijah: *»takrat pa je tist adrenalin a ne, tista neka stiska. Zdaj ne vem, če glih lahko rečem, da je to tko stiska, ampak čutiš tist adrenalin, da si vznemirjen...«* Razložijo, da se delo razlikuje, če ga opravljajo na odprtem ali zaprtem oddelku: *»čutim osebno zadoščenje, ko pacienta, ki so ga sprejeli v zaprti oddelek, srečam na odprtem oddelku in mi pacient pokaže hvaležnost.«*

Pri občutkih in počutju smo poizvedovali tudi o delu na psihiatriji, o vzrokih, ki vodijo do izgorelosti zaposlenih na psihiatričnem oddelku, so TNZ1 odgovorili, da izgorelosti sicer ne čutijo, vendar je le-ta spet odvisna od situacije, delovnega mesta, oddelka, kjer opravljajo delo in komunikacije med vodstvom in zaposlenimi. Pri sebi je ne opazijo, opažajo pa jo pri ostalih, kar lahko pojasnimo s citati v nadaljevanju: *»zlo je odvisno od samega delovnega mesta, kje v UPK si zaposlen. Zdaj specifično, kjer jaz trenutno delam je ogromen primanjkljaj kadra in je ogromno obremenitev ljudi in se pozna izgorelost,*

ker ljudje enostavno ne zmorejo več in jih ni po par mesecev in so po par mesecev v bolniški. Namesto njih nihče ne pride in potem pade teža na ostale pač. Tako, da jst mislm, da izgorelost je prisotna, samo ne vsepovsod./.../ Mislm jst izgorelosti zaenkrat še ne čutim, ampak opažam pri sodelavcih in sodelavkah, da izgorelost je prisotna pri določenih./.../ čutmo nek pritisk, mislm tko, vsaj jst sem to zdej tko mogoče zaznala. Nek pritisk, kot neko nezaupanje al kaj, med vodstvom, med nami, na sprejemnih oddelkih se mi je zdel tko mal, da to bi mogl bit več tega no. Da bi se več, da bi se več zaupal. Ker v končni fazi ne vem, če ... mislm tko, se mi zdi, da kle se kar velik tvega v nekih situacijah, k niso, a ne, v našem opisu del in nalog, je velik stvari, v katerih se da veliko sebe, veliko sebe a ne dajo tukaj zaposleni, pa se mi zdi, da mal malo dobijo nazaj. Ni tega feedbacka in kle verjetno pol tud.../.../Mislm, da ta izgorelost pri nas je prisotna, ampak jo vidijo bolj naši domači kokr mi. Mi se damo tudi 100%, ne bo noben opazu. Otroci bodo opazili, ko boš »popizdil« za vsak... Iz nočne ne morš dobr spat, razdražljiv si, pozna se v prometu. Torej v službi smo vsi maksimalno in top in nasmeh in pridemo in se pozdravimo. Domači bi pa lahk velik povedal pomoje, kaj misljo o naši izgorelosti.«

Udeleženci DMS2 izpostavijo podobne občutke pri delu kot TZN1, vendar izpostavijo ključnega, ki je nezaupanje vase, v svoje znanje in delo, kar lahko vodi v stres in izgorelost. Kode so oblikovane na podlagi naslednjih citatov: »Jst misl, da je tukaj amm, čeprav recimo ljudje imajo, novo zaposleni teoretična znanja, da praksa je pa potem tista, ki dejansko soočanje z pacientom z duševno motnjo pokaže, pa tud potem mogoče te prekrite strani obravnave, ki jo mogoče niti teorija kot taka ne predstavi na tak način in mislim, da strah izvira tudi iz tega naslova, aaa, pred /.../ mislm temelji sigurno na negotovosti, da se sprašuješ boš znal tako situacijo obvladat, imaš dovolj, ne samo teoretičnih ampak tudi praktičnih izkušenj, da se spopadaš aaa s temi strahovi, ki jih na eni strani pacient čuti, na drugi strani pa ti tud, glede na to, da... je... to nekak nepoznano področje.« DMS2 sicer stres dobro obvladujejo, kar prišijejo tudi dobri podpori v službi in doma, vendar nekateri izpostavijo, da stresa ne obvladujejo: »jst stres doživljal tko, da čutim konstantno nespečnost, neprestano razmišljam o tem... amm, o delo, o moji vlogi kot vodji zdravstvene nege. Nenehno skrb čutim, tud popoldne, ponoči, skoz razmišlja, skoz iščem neke nove pristope, neke nove možnosti za to, da bi blo tega stresa čim manj. Amm, stres je pa zame... stres in izgorelost se pa kaže pri ljudeh, kot jezavost, neustrezen

odnos do pacientov in svojcev, kot konfliktnost, kot prepirljivost, to so te moje izkušnje, ki pokažejo na to, da zaposleni doživljajo stres.« Stres in izgorelost pri delu DMS2 opišejo tudi kot: »počutim se brez nekih idej, brez ... funkcioniraš po nekih ustaljenih tirnicah, nimaš pa tiste kreativnosti. In točno tega, da bi, ja da bi se podal v stres a ne. Da bi si želu, aha zdej bom pa jst to pa to naredu, recimo osebno me nikol ni blo strah delat, niti pretiranega dela amm, ker si vedu, da bo na koncu sledilo zadovoljstvo po narejenem delu. Zdej k pa praktično enostavno ne zmoreš, ne vidiš, ne znaš si predstavljat.«

VK3 delo s pacienti v psihiatrični bolnišnici doživljajo spodbudno, navdihujoče kot osebno dozorevanje. Izgorevanje opredelijo kot stanje, ki je povezano z glavoboli, utrujenostjo, pomanjkanjem energije, pomanjkanjem volje. Kode smo oblikovali na podlagi izjav VK3: »Jst res doživljam tko, da v bistvu zadnje par mesecev hodm z muko v službo, amm... Ne vidm več unga elana no, v glavnem grejo mi na živce in pacienti in delo amm... Čeprav niso kle pacienti nč krivi, ampak pač... ahh..., ja, no. Pač v tem pogledu, da hodm teži v službo kokr sem, ne vem, pred enim letom, da dejansko tud po dopust v bistvu tistih 12 dni k jih mam polet si popolnoma ne spočit in ti dejansko res težko pridet na, v službo no in si v bistvu že prvi dan mogoče eno uro še dobre volje, po drugi uri si pa že v bistvu siten, naveličan in tko k je oseba A rekla, pol si v bistvu piker, napet, zajedljiv, domov k prideš si tud siten in pol pa k te pokličejo še v dodatno službo, tist ti je pa sam še pokrov čez.«

Tabela 24: Občutki in počutje pri delu s pacienti z duševno motnjo

Kategorija	Občutki in počutje		
	Kode		
Podkategorije	TZN1	DMS2	VK3
Občutki	Strah, vznemirjenost, samoizpolnitev, občutek negotovosti, veselje, občutek zadoščenja	Strah, vznemirjenost, samoizpolnitev, občutek negotovosti, veselje, občutek zadoščenja, jeza	Samoizpolnitev, občutek zadoščenja
Delo v psihiatričnem okolju	Adrenalin, vznemirjenost, kolegialnost, previdnost, planirano delo, intenzivno okolje, nepredvidljive situacije, ustrezna reakcija na nepredvidljive situacije	Pričakovanje, stigmatizacija družbe, odpor, pomanjkanje izkušenj, neznanje, intenzivno okolje, nepredvidljive situacije, ustrezna reakcija na nepredvidljive situacije	Osebni razvoj, nepredvidljive situacije, odgovornost, spodbudno, navdihujoče, osebno dozorevanje, delo pod pritiskom

Kategorija	Občutki in počutje		
	Kode		
	TZN1	DMS2	VK3
Odnos do pacientov	Odklonilnost pacientov, agresija pacientov, strokovnost, doslednost, spoštovanje, spremljanje stanja	Strokovnost, doslednost, spoštovanje, spremljanje stanja	Glede na oddelek, odvisno od posameznika, vzgoja, generacija, vpeljana delo, navada, etični vidik, zakonska podlaga, starost, delovna doba
Izgorelost pri delu	Razmišljanje o določenih situacijah, stres, pomanjkanje kadra, pomanjkanje komunikacije med vodstvom in zaposlenimi, utrujenost	Neustreznost v odnosu do sebe, do sodelavcev, do svojcev, razmišljanje o določenih situacijah, stres, nespečnost, brez idej, pomanjkanje kreativnosti	Glavoboli, utrujenost, pomanjkanje energije, pomanjkanje volje, pomanjkanje interesa

Legenda: TZN – tehnik zdravstvene nege, DMS – diplomirana medicinska sestra, VK – vodilni kader

3.5.2 Vzrok za negativne občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi

Kode v tabeli 27 so po posameznih skupinah intervjuvancev razporejene v tri podkategorije: delo s pacienti, negativni občutki in razlike pri doživljanju stresa.

Kode ki smo jih pri udeležencih TNZ1 opredelili, izhajajo iz trditev, da se negativni občutki največkrat pojavijo pri delu z agitiranim in razdraženim pacientom in posledično tovrstno delo vodi v izgorelost: *»Ja jaz mislm, da rabmo kar neki časa no, da recimo, da doma sploh pol karkoli funkcioniram. Se to pozna. Utrujenost, razdražljivost.«* Kode, ki opredeljujejo razlike v izgorelosti, izhajajo iz mnenj, da se ne pojavljajo glede na spol in izobrazbo, vendar se lahko pojavijo glede na odprti in zaprti oddelek. Menijo, da se izgorelost pri mlajši generaciji pojavlja pogosteje zaradi načina vzgoje in generacijskih prepričanj: *»Ja, jaz bi se tud strinjal, da razlik ni med spoloma niti med izobrazbo. Nekak se mi zdi, da je ena taka stvar, s katero se lahko psihiatrična klinika pohvali, je to, ta timi zlo dobr. /.../ Tud jst se nekak strinjam, da so te generacije k prhajajo za nami v službo, se pravi, so bolj zavite v vato, več pravic poznajo, amm... družini prijazno podjetje, to, tisto, a ne. Raznorazne stvari. Nas dejansko nihče ni nč vprašal oz. so nam večkrat samo zagrozil s kakšno knjižco a ne. In v bistvu si bil celo življenje navajen samo delat. Joj, če ne bom rajš grem, ne upam si reč in tko naprej, tako da, verjetno je to pol poledica tega, ker nisi naučen rečt ne, nisi... vedno prideš, vedno delaš, vedno a ne.«* Izgorelost na

odprtem oddelku se po mnenju TZN1 pojavlja tudi zaradi odgovornosti dela: *»Odgovornost se mi zdi, zelo velika odgovornost. Ker če se karkoli zgodi, smo sami za vse. Tuki nimaš ekipe, noben te ne bo pokril, noben ti ne bo napisu lista enga, vse boš sam spisal, od plavega lista do incidenta, do klicanja doktorja. Sam boš bil odgovoren, če nimaš na tasi fiziološke, če nisi pravočasno prpelu. Za vse si popolnoma sam. In ko grejo stvari narobe, amm te v bistvu, ne more te zaščitit nikol en, k ga ni, sej nimaš diplomirane sestre a ne. Si odvisen sam od sebe, od svoje presoje. Znam za vse naštet v mojih letih, k so nardil samomor na vikendu recimo.«*

Razlike pri doživljanju stresa DMS2 povezujejo z delovnimi obremenitvami na podlagi naslednjih citatov, ki jih razložijo kode v tabeli 29: *»Potem pa tuki spadajo zagotovo potem zraven še delovne obremenitve, amm... urnike, ki jih ima posameznik, dodatno delo, ki je posamezniku naloženo izven nekih rednih delovnih obveznosti oz. da se od nekoga pričakuje pa nekaj več al pa ... vzrok, da imamo zaposlene, ki se kar naprej, to kar smo prej govorili, ki se kar naprej javljajo pa jim nič težko, ne vem npr. tud dodatnih 5 služb vzet v nekem mesecu, pa nekdo, ki mu je pa to zelo težko pa bo izpostavu, ne vem to, da je utrujen, to da je izgorel, o tem kar smo prej govoril, se pravi vzroki tako na strani naših pacientov, na strani organizacije dela, pa omenu bi še vzroke se pravi v nas samih, kakšni smo mi kot osebnostna struktura. Se pravi ja, a delam, a prihajamo z zadovoljstvom v službo, kako smo osebnostno strukturirani al proaktivno pristopamo k težavam oz. k nekim izzivom, ki so nam postavljeni v delovnih organizacija, se pravi...«*

Rezultate vprašalnika, s katerim smo ugotovili, da ne prihaja do razlik v izgorelosti med določenimi demografski podatki anketirancih, oziroma se izgorelost pojavlja pri mlajših in s krajšo delovno dobo, DMS2 komentirajo: *»Jst sem kr presenečena nad tem, kar si povedal, ker bi pričakovala, da so ženske bolj v stresu, ker smo bolj obremenjene. Mogoče manj v stresu tisti, ki imajo višjo izobrazbo, ker se mi zdi, da je vendarle to mal povezano mogoče tud z neko širino, mogoče z nekim znanjem al pa mogoče s poslušanjem o tem stresu, no, ne vem. Tako da to me preseneča. /.../ Jst mislm, da je to rezultat te permisivne vzgoje. Jst sem že tok stara, da si to upam rečt, zato ker je blo revček, ne more, ne, ne zmore, dejmo mu pomagat, dejmo mu olajšat, ne ve kaj ima še vse za nardit popoldne... Kdo je pa nas kej vprašal? In to servilno okolje ni tok zdravilno. /.../ mislm jst bi tud dodala še klele spet ta medijski vpliv, na katerga so mogoče mlajši majčken bolj dovzetni.*

Namreč, če ti nekdo govori, da si v stresu, tud res boš a ne. Mogoče tud odgovor na tisto a ne. Si meu po 70 ur, jst sem jih na začetku karriere mela celo 120, ampak kakor koli.»

VK3 razliko pri doživljanju izgorelosti opišejo, kar opredelimo tudi s kodami v tabeli 29:

»Jst mogoče gledam, da ni manj, ampak je drugačne vrste stres a ne. Pač srednje sestre, sem delal kot srednji in kot diplomiran, si mogoče fizično velik bolj, letanje gor, dol, razmišljanje v te smeri, ampak nimaš tok stvari, ne rabiš tok stvari v glavi, kot diplomiran maš pa ti tok stvari, takih malenkosti, specifičnosti, ki so lahko zelo pomembne. Če boš ti pozabil eno postljo postlat jo boš pa čez pol ure, če boš pa ti pozabil kri naročilnico oddat, je pa tm kup stvari, ki potegne za sabo a ne. In da je v bistvu drugačne vrste stres a ne. En stres je un, k ti na koncu glavo napolne pa še razmišljaš, a si naredu to, a si naredu to. Jst kot srednji pač načeloma sem reku ok, sem naredu check listo, sem vse naredu in se nisem rabu načeloma več sekirat, a ne. Tko ... To jst mogoče vidm razliko, no, med diplomirano pa srednjo. /.../ Mogoče kar bi jst reku okol tele delovne dobe in to je to, da kar je razlika je to, da nekdo, ki ima daljšo delovno dobo je verjetno že neki sistemov zamenjal in je problem, ker vse se primerja za nazaj, kaj je blo. Nekdo, ki je pred 2 leti vržen v en sistem, ki samo ta sistem pozna, bo drugače dojemal kot mi, al pa umi k so še dlje od nas a ne. Tako, da je to zelo težko primerjat, ker mi smo že obremenjeni s tok in tok let nekega dela, sploh, če gre na slabše pa na bolj zahtevno se ti toži po teh časih. Nekdo, ki je pa vržen v to, pa tega nima a ne, se prav on bo v ta sistem šel, tega je navajen in njemu je ta sistem normalen, mogoče da je tuki tud lahko razlika med krajšo, daljšo delavno dobo a ne.»

Tabela 25: Vzroki za negativne občutke

Kategorija	Vzroki za izgorelost		
	Kode		
Podkategorije	TZN1	DMS2	VK3
Delo s pacienti	Nepredvidljive situacije, agresija pacienta, sprejem pacienta, zaprti oddelek, pomanjkanje povratne informacije, odgovornost, delo pod pritiskom	Nepredvidljive situacije, agresija pacienta, sprejem pacienta, zaprti oddelek, pomanjkanje povratne informacije, odgovornost, delo pod pritiskom	Nepredvidljive situacije, agresija pacienta, sprejem pacienta, zaprti oddelek, pomanjkanje povratne informacije, odgovornost, delo pod pritiskom
Občutki pri delu	Razdražljivost, utrujenost, stres	Jeza, prepirljivost, neustreznost v odnosu do sebe, do sodelavcev, do svojcev, stres	Razdražljivost, utrujenost, stres, glavobol, uvajanje novega kadra,

Kategorija Podkategorije	Vzroki za izgorelost		
	Kode		
	TZN1	DMS2	VK3
			odločanje, delegiranje nalog, preverjanje
Razlike pri doživljanju izgorelosti	Glede na oddelek, odvisno od posameznika, vzgoja, generacija, vpeljano delo, navada, etični vidik, zakonska podlaga, starost, delovna doba	Odvisno od položaja, etične norme, komunikacija, doživljanje stresa, etične norme, vzgoja, mediji, spol, starost, delovna doba, delovne navade, delovne obremenitve, dinamično delovno okolje	Glede na oddelek, odvisno od posameznika, vzgoja, generacija, vpeljano delo, navada, etični vidik, zakonska podlaga, starost, delovna doba, glede na odgovornost v službi

Legenda: TZN – tehnik zdravstvene nege, DMS – diplomirana medicinska sestra, VK – vodilni kader

3.5.3 Strategije, kot varovalni dejavniki pred izgorelostjo

Kode so v tabeli 28 po posameznih skupinah intervjuvancev razporejene v tri podkategorije: delovno okolje, prosti čas in družina.

Udeleženci TZN1 navajajo, da so varovalni dejavniki pred izgorelostjo vzpostavljeno timsko delo, kvaliteten izkoristek prostega časa in podpora družine, kar opredeljujejo kode v podkategoriji delovno okolje, prosti čas in družina. »*Timi so dejansko odlični, tud kolegi, kolegice te sprejmejo med sebe, in to je res ena stvar, k pri nas funkcionira. Se pravi tudi naša nadrejena, imaš vedno možnost se obrnt, čutiš tisto pripadnost oz. da si no, da pašeš noter v ekipo in tko naprej. Se lahko tud pogovoriš, velik se med sabo pogovarjamo, hecamo, tko da to je res prednost a ne. Drugač pa doma, branje knjig, kakšn sprehod, to je to. /.../ potem men zlo pomaga, da se pač s športom ukvarjam, pa definitivno družina.«*

DMS2 kot varovalne dejavnike pred izgorelostjo izpostavijo podporno delovno okolje, prosti čas in družinsko podporo: »*V mikroklimah, se pravi na oddelkih, na posameznih enotah ti med osebni odnosi, tud način, stil vodenja posameznih oddelčnih vodij, kako je tim medsebojno povezan, ammm ... kako tud to moji študentje povejo, kako ne občutijo te ločitve v hierarhiji seveda po kompetencah, ja, ampak nobenemu diplomiranemu ni težko izvajati vseh aktivnosti, ki pritičejo tudi tehniki zdravstvene nege, se pravi kako si pomagamo med sabo pri vseh aktivnostih, ki jih izvajamo bodisi na oddelkih bodisi v času*

dežurstva, da nobenemu ni težko izvest namesto nekoga drugega ko vidiš, da je obremenjen, se pravi ... pa glavno v razbremenitev oz. tak nek varovalni dejavnik, da se po tistih najtežjih stresnih okoliščinah znamo usest dol, znamo pohecat. Tak humor predvsem iz oddelka, na katerem sem največ let bil, se pravi, da tudi skozi te dobre medosebne odnose pa tudi uporabo humorja, da znamo zbalansirat«

VK3 med varovale dejavnike pred izgorelostjo enakomerno uvrščajo dejavnike delovnega okolja in domačega okolja, kar je opredeljeno s kodami v tabeli 30. »Ja, jst bi rekla, da mogoče, da se pogovarjamo v timu tud o tem, da si mal povemo in izmenjamo informacije. Amm pa da tud doma k si, da pač narediš neki zase, ne vem, na kakšen sprehod, ne vem, greš./.../ ampak se pa bojim, kakšen procent je res tega, kok res v bistvu res naredimo zase. Ponavad smo itak ljudje naravnani tko, da v bistvu jamramo, ne naredimo pa nč. Al pa bom zase govoru no, pač jamraš, govoriš o temu in gor dol, ampak da bi pa kej dejansko spremenu oz. res naredu neki zase, tko kot bi ti to pomagal, pa v bistvu bol mal naredim ne in je v bistvu to ena vrst žvotarjenja k pol pa res prpelje do izgorelosti. V končni faz smo si pol tud dost sami krivi.«

Tabela 26: Strategije kot varovalni dejavniki

Kategorija	Strategije kot varovalni dejavniki		
	Kode		
	TZN1	DMS2	VK3
Delovno okolje	Timsko delo, pogovor s sodelavci, izkustvena pomoč, odnosi z vodjo, pohvala	Druženje s sodelavci, organizacijska podpora, pošteni odnosi, teambuilding, stil vodenja, komunikacija, lojalnost,	Timsko delo, pogovor s sodelavci, izkustvena pomoč, pošteni odnosi, teambuilding
Prosti čas	Športne aktivnosti, sprostitve, počitek Podpora, pogovor razumevanje		
Družina			

Legenda: TZN – tehnik zdravstvene nege, DMS – diplomirana medicinska sestra, VK – vodilni kader

3.6 RAZPRAVA

Rezultati naše raziskave so pokazali, da med zaposlenimi v zdravstveni negi v povprečju v nobeni dimenziji ne prihaja do izgorelosti (tabela 5, tabela 6). Najvišje število točk so v povprečju dosegli zaposleni v dimenziji čustvene izčrpanosti (tabela 6). Pri primerjavi naših rezultatov z rezultati avtorjev lahko opazimo nekaj podobnosti in razlik. Podobno

kot pri naši raziskavi so tudi avtorji (Cañadas-De la Fuente, et al., 2015; Cramer & Hunter, 2019; Kuswanto Rusca Putra, 2019) ugotovili, da je čustvena izčrpanost najizrazitejša dimenzija izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi. Ta rezultat je skladen s splošno sprejeto predstavo, da zdravstveni delavci pogosto doživljajo velik čustveni pritisk in obremenitve pri svojem delu, kar lahko vodi v izčrpanost. Vendar pa je pomembno opozoriti, da so rezultati odvisni od specifične vzorčne populacije, uporabljenih meril in metodologije raziskave. Razlike v rezultatih med našo raziskavo in tistimi avtorjev lahko izhajajo iz različnih vzorčnih populacij, konteksta raziskave, uporabljenih meril izgorelosti ter metod analize. Poleg tega je treba upoštevati tudi druge dejavnike, ki lahko vplivajo na izgorelost med zaposlenimi v zdravstveni negi, kot so organizacijska kultura, delovne obremenitve, podpora s strani vodstva in kolegov ter osebne značilnosti zaposlenih. Kuswanto Rusca Putra (2019) navaja, da je v raziskavi čustveno izčrpanost občutilo kar 29,8 % medicinskih sester, depersonalizacijo 7,3 % medicinskih sester, 9,3 % zdravstvenih delavcev je imelo nizko osebno zadovoljstvo. Razširjenost izgorelosti med medicinskimi sestrami v več državah se je v zadnjih letih povečala (Cañadas-De la Fuente, et al., 2015). Stanje izgorelosti ima vpliv na zdravje in psihološko stanje medicinskih sester, ki jo doživljajo (Kuswanto Rusca Putra, 2019). V raziskavi Kuswanto Rusca Putra (2019) so bili somatski simptomi predstavljeni pri 21 % zdravstvenih delavcev in so značilni za čustveno izčrpanost in nizke osebne dosežke. Tesnoba/nespečnost prizadene 14 % tistih, ki so pokazali čustveno izčrpanost in depersonalizacijo. Čustvena izčrpanost in depersonalizacija sta bili povezani s tesnobo/nespečnostjo pri 31 % medicinskih sester, pa tudi s socialno disfunkcijo pri 14 % medicinskih sester. Čustvena izčrpanost je bila povezana s hudimi depresivnimi simptomi, ki so se pojavili pri 4 % zdravstvenih delavcev (Khamisa, et al., 2015). Več drugih raziskav (Harkin & Melby, 2014; Lahana, et al., 2017; Nowacka, et al., 2018) je tudi pokazalo, da lahko pojav izgorelosti pri zaposlenih v zdravstveni negi povzroči psihično utrujenost, zaskrbljenost, zmanjšano motivacijo, predanost in uspešnost pri delu, zmanjšano zadovoljstvo in produktivnost pri delu, absentizem ter odpoved delovnega razmerja. Stanje izgorelosti pri zaposlenih v zdravstveni negi negativno vpliva na kakovost zdravstvene nege, zaradi česar odnosi med sodelavci postanejo nestabilni in spodbujajo negativna čustva do pacientov, službe in ustanove. Posledično izgorelost vpliva na zmanjšanje kakovosti zdravstvenih storitev, kar lahko povzroči nezadovoljstvo

pri pacientih ter lahko privede do napak v procesu dela (Khamisa, et al., 2015). Poku, et al. (2020) so v raziskavi ocenjevali stopnjo čustvene izčrpanosti v kliničnem okolju, določili njene determinante in strategije obvladovanja, ki jih uporabljajo medicinske sestre. Ugotovili so, da so dejavniki, ki prispevajo k čustveni izčrpanosti medicinskih sester, nezaželene izkušnje zaradi smrti pacientov, konflikti s sodelavci in drugimi zdravstvenimi delavci ter odsotnost podpore s strani vodij medicinskih sester. Poklic medicinske sestre so na podlagi tega kategorizirali kot poklic s tveganjem za izgorelost (čustveno izčrpanost). Raziskava je poročala o višji stopnji čustvene izčrpanosti (povprečje = 31,244), večina medicinskih sester (n = 209, 90,1 %) pa je to potrdila. Ena od možnih razlag za višjo stopnjo čustvene izčrpanosti med medicinskimi sestrami je povezana z naravo njihovega dela. Zdravstveni delavci, vključno z medicinskimi sestrami, se pogosto soočajo z zahtevnimi situacijami, visokim čustvenim bremenom in stresom. Neposreden stik s pacienti, reševanje življenj, soočenje z boleznimi in tragičnimi dogodki lahko povzročijo čustveno izčrpanost. Poleg tega so medicinske sestre pogosto izpostavljene visokim delovnim obremenitvam, dolgim delovnim uram, pomanjkanju osebnega časa in pritiskom organizacijskega sistema, kar lahko še dodatno prispeva k izčrpanosti. Poleg narave dela obstajajo tudi drugi dejavniki, ki lahko vplivajo na stopnjo čustvene izčrpanosti med medicinskimi sestrami. Na primer, pomanjkanje podpore s strani vodstva in kolegov, slabo delovno okolje, pomanjkanje priložnosti za sprostitev in obnovo energije ter pomanjkanje možnosti za osebni razvoj lahko prispevajo k povečani izčrpanosti. Prav tako lahko družinski in osebni dejavniki vplivajo na stopnjo izčrpanosti, kot so nezadovoljstvo v zasebnem življenju, pomanjkanje ravnotežja med delom in družino ter pomanjkanje samozavesti pri ravnanju s stresom (Ogata, et al., 2018; Poku, et al., 2020). Podobne raziskave (Asiedu, et al., 2018; Ogata, et al., 2018) trdijo, da je visoka stopnja izgorelosti v obliki čustvene izčrpanosti prisotna med medicinskimi sestrami in babicami in se običajno pripisuje delovnemu okolju, delovnim konfliktom in pomanjkanju podpore s strani vodstva in sodelavcev. Do podobnih rezultatov je prišel tudi Koy, et al. (2017) in se strinjajo, da so nepodporna delovna okolja najpogosteje vzrok čustvene izčrpanosti. Visoka incidenca čustvene izčrpanosti (90,1 %) je skladna z dogajanjem v zdravstvenih ustanovah, saj je večina medicinskih sester pri svojem delu izpostavljena stresnim izzivom, kot je zagotavljanje paliativne oskrbe pacientov na koncu življenjske dobe, pa tudi vodenje proces žalovanja med smrtjo pacienta (Koy, et al., 2017;

Cramer & Hunter, 2019). Nezadovoljstvo s plačami, omejene možnosti za strokovno izpopolnjevanje in neustrezna udeležba medicinskih sester pri odločanju v bolnišnici so razlogi za čustveno izčrpanost med medicinskimi sestrami, saj ti dejavniki razvrednotijo vlogo, ki jo imajo medicinske sestre v zdravstveni negi (Lahana, et al., 2017; Olsen, et al., 2017). Skela Savič (2020) navaja, da: »imajo tradicionalne zdravstvene politike v Evropi ob vse večjem povpraševanju po zdravstvenih storitvah, ki so posledica dolgožive družbe, vedno večje težave. Usmerjene so predvsem v reševanje problemov zdravnikov, ostalim poklicnim skupinam ne dajejo ustrezne pozornosti. Takšen odnos zdravstvene politike že leta spremlja slovenske medicinske sestre, ki se srečujejo z vedno večjimi delovnimi obremenitvami, slabim plačilom za zahtevno delo, slabimi pogoji dela in odnosi na delovnem mestu, nepriznavanjem njihovega prispevka k izidom zdravstvene obravnave idr.«

Z raziskavo smo ugotavljali razlike v izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi glede na spol, delovno dobo in izobrazbo (tabela 8, 10, 12). Ugotovili smo, da med spolom in izgorelostjo ne prihaja do statistično pomembnih razlik (tabela 8), kar lahko pripišemo premajhnemu vzorcu ali razpršenosti moških na manj obremenjene oddelke. Ugotovili smo statistično pomembne razlike med delovno dobo in izgorelostjo, kjer smo prišli do ugotovitev, da mlajši anketiranci pogosteje občutijo izgorelost v dimenziji čustvene izčrpanosti, kot starejši anketiranci (tabela 10). Ugotovitev, da mlajši anketiranci pogosteje občutijo izgorelost v dimenziji čustvene izčrpanosti kot starejši anketiranci, je zanimiva in lahko ima več razlag. V praksi se lahko pojavljajo določeni dejavniki, ki vplivajo na to razliko. Ena od možnih razlag je, da mlajši zaposleni v zdravstveni negi morda doživljajo večji pritisk in stres zaradi prilagajanja na delovno okolje, zahtev pacientov ter pridobivanja in razvijanja potrebnih veščin. Mlajši zaposleni se pogosto znajdejo v procesu učenja in pridobivanja izkušenj, kar lahko vodi v večje občutke čustvene izčrpanosti. Prav tako so lahko mlajši zaposleni bolj dovzetni za pritisk organizacijskega sistema, ki pogosto postavlja visoka pričakovanja in zahteve glede produktivnosti. Druga možna razlaga je povezana z razlikami v delovni obremenitvi med različnimi starostnimi skupinami. Mlajši zaposleni se lahko soočajo z večjo količino dela, ki je lahko povezana z višjo stopnjo izčrpanosti. To lahko vključuje delo na več različnih oddelkih ali delo v nepredvidljivih okoliščinah, kar lahko poveča občutek čustvene

izčrpanosti. Poleg tega je treba upoštevati tudi druge dejavnike, kot so osebne značilnosti, družinske obveznosti in splošno dobro počutje, ki lahko vplivajo na stopnjo izgorelosti med posamezniki. Mlajši zaposleni morda še niso razvili učinkovitih strategij obvladovanja stresa ali pa imajo manjše izkušnje pri vzdrževanju ravnotežja med delom in zasebnim življenjem. Do podobnih ugotovitev sta prišla tudi Cheung in Yip (2015), kjer je raziskava pokazala, da je čustvena izčrpanost medicinskih sester pomembno povezana z mlajšo starostjo, klinično neizkušenostjo, preteklimi motnjami s sodelavci, nizko telesno aktivnostjo, pomanjkanjem prostega časa in pitjem alkohola. Tudi Hui (2019) je v raziskavi ugotovil višjo odpornost starejših zaposlenih v zdravstveni negi na čustveno izčrpanost. Iz ugotovitev raziskave predlaga, da bi bila odpornost starejših delavcev lahko priložnost za globalni trend aktivnega staranja, intervencije za podporo starejšim delavcem v zdravstvenih ustanovah pa bi bile koristne. Statistične razlike med izobrazbo anketirancev in izgorelostjo niso bile dokazane (tabela 12), kar lahko pripišemo neuravnoteženemu vzorcu anketiranih. Nasprotno so dokazali nekateri drugi avtorji (Asiedu, et al., 2018; Ogata, et al., 2018; Hui, 2019), ki ugotavljajo, da se čustvena izčrpanost pogosteje pojavlja pri višje izobraženih in pri zaposlenih na vodilnih položajih, kar pripisujejo odgovornosti pri delu in sprejemanju odločitev ter koordiniranju zaposlenih. V naši raziskavi smo ugotovili, da se vsi zaposleni srečujejo s podobnimi občutki pri delu s pacientom z duševno motnjo (tabela 26), izčrpanost pa pripisujejo delu z agitiranim in agresivnim pacientom. Večja nepredvidljivost pacientov z agresivnim vedenjem ogroža varnost zaposlenih in povečuje možnost strokovnih napak, ker se situacij nikoli ne da popolnoma postaviti v standardni okvir. Tudi neželene dogodke, ki se zgodijo ob ravnanju z agresivnim pacientom, morajo zaposleni skrbno zapisati in o njih poročati. Varnostni zapleti so lahko v škodo zaposlenih in tudi pacientov. Raziskovalci (Campbell, et al., 2014; Pare, et al., 2015; Boamah & Laschinger, 2016; Dhaini, et al., 2018; Konstantinou, et al., 2018; Lavoie, et al., 2018), ki so preučevali značilnosti, povezane z izgorelostjo, so upoštevali tudi razmerje med lastnostmi posameznika in izgorelostjo. Odnosi so bili testirani na demografskih spremenljivkah, vključno s spolom, starostjo in stopnjo izobrazbe. Ugotovljeno je bilo, da sta nižja starost in nižja izobrazba povezani z večjo pojavnostjo izgorelosti. V praksi se lahko ta povezava med nižjo starostjo in večjo izgorelostjo delno razloži z večjo občutljivostjo mlajših zaposlenih na stres in pritisk v delovnem okolju. Mlajši zaposleni morda še nimajo dovolj

izkušenj in učinkovitih strategij obvladovanja stresa ter se šele prilagajajo zahtevam in odgovornostim svojega poklica. To lahko vodi v večjo izpostavljenost stresu, kar posledično povečuje tveganje za izgorelost. Poleg tega nižja izobrazba lahko vpliva na večjo pojavnost izgorelosti zaradi različnih dejavnikov. Zaposleni z nižjo izobrazbo se lahko soočajo s slabšimi delovnimi pogoji, manjšo avtonomijo pri delu ali omejenimi možnostmi za napredovanje v karieri. To lahko vpliva na občutke nezadovoljstva in povečuje tveganje za izgorelost. Na splošno obstajajo mešani dokazi o razmerju med nočnim delom, številom delovnih ur na teden in izgorelostjo. Delo v nočnih izmenah je bilo povezano z izgorelostjo (sestavljen rezultat) (Anwar & Elareed, 2017) in čustveno izčrpanostjo (Vidotti, et al., 2018). Delo v enoizmenskem delovniku v nasprotju z večizmenskimi delavnikom ni vplivalo na izgorelost (Cañadas-de la Fuente, et al., 2015), medtem ko je delo v nerednih izmenah vplivalo na sestavljen rezultat izgorelosti (Bagheri Hosseinabadi, et al., 2019). Zahteva po dežurstvu ni bila bistveno povezana z nobeno dimenzijo MBI (Cañadas-de la Fuente, et al., 2015). Ugotovljena je bila povezava med ≥ 12 -urnimi izmenami in čustveno izčrpanostjo ter med prilagodljivostjo urnika in čustveno izčrpanostjo (Kuswantoro Rusca Putra, 2019).

V naši raziskavi smo ugotavljali razlike v razširjenosti izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi glede na njihovo delovišče – oddelek pod posebnim nadzorom in odprti tip oddelka. Rezultati raziskave so pokazali, da se izgorelost pri zaposlenih v zdravstveni negi na psihiatriji, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, pojavlja pogosteje kot med tistimi, ki delajo na odprtem tipu oddelka (tabela 17). To so pogosti diagnostično terapevtski postopki, nestabilni klinični znaki, nepredvidljivost vedenja, prenapoljenost enot, pomanjkanje osebja, višje tveganje za varnostne zaplete itd. Dall'ora, et al. (2019) so v raziskavi poudarili, da so bili delovna obremenitev in značilnosti delovnih mest, ki prispevajo k delovni obremenitvi, najpogosteje preučevani dejavnik v zvezi z izgorelostjo. Več raziskav (Madathil, et al., 2014; Andela, et al., 2016; Galletta, et al., 2016; Lewis & Cunningham, 2016; Dhaini, et al., 2018; Konstantinou, et al., 2018) je dokazalo povezavo med veliko delovno obremenitvijo in izgorelostjo. Od teh je nekaj raziskav (Galletta, et al., 2016; Lewis & Cunningham, 2016; Dhaini, et al., 2018; Konstantinou, et al., 2018) posebej obravnavalo delovno obremenitev kot napovedovalca izgorelosti. Delovna obremenitev je bila povezana s čustveno izčrpanostjo v petih

raziskavah (Andela, et al., 2016; Galletta, et al., 2016; Lewis & Cunningham, 2016; Dhaini, et al., 2018; Konstantinou, et al., 2018), pri čemer so nekatere raziskave (Andela, et al., 2016; Lewis & Cunningham, 2016) poročale tudi o povezavi z depersonalizacijo, druge pa o povezavi z osebnim zadovoljstvom (Dhaini, et al., 2018; Konstantinou, et al., 2018). V naši raziskavi je izgorelost v povezavi z oddelkom prav tako prišla do največje izrazitosti v dimenziji čustvene izčrpanosti (tabela 18). Kitaoka-Higashiguchi (2015) je v raziskavi ugotovil, da težka delovna obremenitev napoveduje čustveno izčrpanost. Opazanja lahko povežemo z izsledki naše raziskave, kjer so udeleženci navedli, da delo z agresivni pacienti, delo na oddelku pod posebnim nadzorom in delo, ki je bolj obremenjujoče, udeležencem povzroča stres. Stres dolgoročno vodi v izčrpanost, kar je poudarilo tudi nekaj udeležencev kvalitativne raziskave (tabela 28). Nekaj raziskav (Andela, et al., 2016; Galletta, et al., 2016; Lewis & Cunningham, 2016) je posebej obravnavalo število zaposlenih medicinskih sester, ki so poročale o občutku, da bodo izgorele. V ospredju so bile medicinske sestre, ki so skrbele za večje število pacientov. Izsledki naše kvalitativne raziskave so pokazali, da delovne obremenitve, delovni urnik, število pacientov, dodatno delo, ki je posamezniku naloženo izven rednih delovnih obveznosti, vplivajo na izčrpanost zaposlenih. Pri tem so udeleženci izpostavili osebnostne lastnosti zaposlenih ter njihov način sprejemanja in dojetanja delovnih obremenitev (tabela 27).

V kvalitativnem delu raziskave smo želeli opredeliti občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi pri delu s pacienti z duševno motnjo. Rezultati raziskave so pokazali, da zaposleni pri delu s pacienti z duševno motnjo občutijo strah, vznemirjenost, samoizpolnitev, občutek negotovosti, veselje, občutek zadoščenja, jezo (tabela 27). Značilnosti/zahteve pacientov so bile raziskane v štirih člankih (Basinska & Wilczek, 2013; Garcia-Sierra, et al., 2016; Laeeque, et al., 2018; Lee, et al., 2019). Ko so zaposleni v zdravstveni negi skrbeli za paciente, ki bili bolj zahtevni, je bila večja verjetnost, da bodo doživeli čustveno izčrpanost. Podobno se je nakazovala večja verjetnost izgorelosti (merjeno s sestavljenim rezultatom) pri tistih, ki skrbijo za umirajočega pacienta, in tistih, ki sprejemajo odločitev o opustitvi zdravljenja pacienta (Garcia-Sierra, et al., 2016). Stres, ki je povezan z oskrbo in negovanjem pacienta, je bil povezan s sestavljeno oceno izgorelosti (Lee, et al., 2019). Agresija med pacienti je prav tako vpliva na izgorelost

(Garcia-Sierra, et al., 2016), tudi avtonomija je bila povezana z izgorelostjo, s čustveno izčrpanostjo in depersonalizacijo. Na splošno so bile visoke delovne in psihološke zahteve povezane s čustveno izčrpanostjo. Pacientovo kompleksno stanje je bilo povezano z izgorelostjo medicinskih sester.

Z raziskavo smo ugotavljali negativne občutke in počutje zaposlenih v zdravstveni negi (tabela 28). Ugotovili smo, da se negativni občutki največkrat pojavijo pri delu z agitiranimi in agresivnimi pacienti, kar posledično vodi v izgorelost. Naše ugotovitve lahko povežemo z Bregarjevimi (2019), ki je v svoji raziskavi izpostavil, da delovna okolja v zdravstveni negi povzročajo stres tudi med zaposlenimi, kar lahko vodi v nezadovoljstvo pri delu in na dolgi rok celo v izgorelost. Zaposleni v psihiatriji se srečujejo z različnimi stresnimi dejavniki, kot so visoka zahtevnost dela, pripadnost poklicu, kadrovska stiska, moralne dileme, agresija pacientov, pomanjkanje avtonomnosti in drugi. Zato je ključno, da razvijejo učinkovite strategije spoprijemanja s stresom, da bi preprečili negativne duševne in telesne posledice za svoje zdravje. Raziskave v zadnjem desetletju (Itzhaki, et al., 2015; Bregar & Bole, 2016) so se osredotočile na strategije spoprijemanja s stresom med zaposlenimi v zdravstveni negi. Ugotovljeno je bilo, da zaposleni uporabljajo različne strategije, ki pa se ne morejo enostavno posplošiti na vsako situacijo. Vendar je bilo opaženo, da so strategije večinoma usmerjene v reševanje težav (Dekleva, 2014). V slovenskem kontekstu je Stopar Stritar (2012) preučevala strategije spoprijemanja s stresom med medicinskimi sestrami v psihiatriji. Ugotovljeno je bilo, da so anketirane medicinske sestre v povprečju razvile strategije, ki so usmerjene v reševanje problema. To pomeni, da so aktivno pristopale k stresnim situacijam in verjele, da jih je mogoče spremeniti.

Z intervjuji v kvalitativni raziskavi smo želeli opredeliti varovalne dejavnike zaposlenih v zdravstveni negi pred izgorelostjo. Ugotovili smo, da so varovalni dejavniki urejeno delovno okolje, izkoristek prostega časa in podpora družine (tabela 29). Na zdravje in dobro počutje zaposlenih v zdravstveni negi vpliva veliko dejavnikov. Literatura (Palese, et al., 2017, Brook, et al., 2019) razlikuje med dejavniki tveganja in varovalnimi dejavniki dobrega počutja. Vsaka zdravstvena ustanova se sooča z izzivom ohranjanja dobrega počutja, zlasti v času gospodarskih in družbenih obremenitev, ki vodijo na primer v

nenehna zmanjševanja proračuna (Prosen & Piskar, 2015). V zadnjih letih je zdravstveno osebje postalo nujna skrb, ki je povezana s stresom, ki ga ima družba kot celota: položaj otežuje skokovita rast prebivalstva in večje zahteve po zagotavljanju storitev (Palese, et al., 2017). Zaradi te situacije strokovnjaki zaznavajo slabo do povprečno kakovost oskrbe pacientov/uporabnikov storitev ter povečane ravni stresa in izgorelosti (Corr, et al., 2014; Trifiletti, et al., 2017). V sodobni družbi se izobraževalci soočajo s številnimi vprašanji, kot so negotovost zaposlitve, slabi pogodbeni pogoji, nenehno spreminjajoči se delovni pogoji in s tem povezano pridobivanje veščin, visoka stopnja fluktuacije, kratkoročni cilji in tehnološke inovacije. Vse te težave so zelo zahtevne za to kategorijo strokovnjakov, tako kot dejstvo, da organizacijsko okolje izginja kot vir za vzdrževanje njihovega poklicnega odnosa in vedenja. V teh okoliščinah je dobro počutje težko izkusiti. Poklic medicinske sestre ima podobne težave. Literatura identificira dva problema (Brook, et al., 2019; Lee, et al., 2019), ki še posebej prizadeneta zahodne zdravstvene sisteme: fluktuacijo in pomanjkanje medicinskih sester. Problem pomanjkanja kadra je začaran krog, saj majhno število medicinskih sester pomeni, da se tiste, ki so zaposlene, soočajo z večjo delovno obremenitvijo (Koy, et al., 2017), kar posledično povzroča stres in nezadovoljstvo z delom. Le-to na koncu povzroči, da več medicinskih sester zapusti poklic in se njihovo število še dodatno zmanjša. Varovalni dejavniki dobrega počutja so individualne ali okoljske značilnosti, stanja ali vedenja, ki zmanjšujejo učinke zgoraj navedenih dejavnikov tveganja. Italijanska raziskava (Fiabane, et al., 2013) je pokazala, da zaščitni dejavniki, ki izboljšujejo dobro počutje zdravstvenega osebja, vključujejo zadovoljstvo pri delu in obvladljive delovne obremenitve, ki jih ublažijo realna pričakovanja glede nalog, poklicne vrednote in stopnja občutka skupnosti znotraj multidisciplinarnega tima. Različni avtorji (Pasaron, 2013; Lee, et al., 2019) različno opredeljujejo zadovoljstvo pri delu, vendar obstaja soglasje, da je zadovoljstvo pri delu povezano s pozitivnim odnosom posameznika do dela. Zadovoljstvo pri delu je bilo povezano s poklicnimi, osebnimi, medosebnimi in organizacijskimi spremenljivkami in velja za večdimenzionalen koncept, v katerem je vsaka dimenzija pomembna (Singhai, et al., 2016; Hall, et al., 2017). Raziskava, ki so jo izvedli Berlanda, et al. (2020), opredeljuje štiri področja, na katerih bi morali vodje posredovati, da bi povečali dobro počutje zaposlenih v zdravstveni negi: interakcije, delovni pogoji, čustveni odzivi na delo ter kompetence in poklicna rast. Intervencije se

lahko osredotočajo tako na podpiranje posameznih veččin (intervencije, ki jih usmerjajo osebe) kot tudi na delovno mesto z organizacijskim pristopom (intervencije, ki jih usmerjajo organizacije). Za izboljšanje medosebnih, čustvenih in socialnih kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi je treba zagotoviti specializirano usposabljanje (Lee, et al., 2019). Ugotovitve naše raziskave so podobne ugotovitvam Smollan (2017), ki je v raziskavi ugotovil, da udeležba v prostočasnih dejavnostih in aktivno družabno življenje ter pogovori s sorodniki, prijatelji in vrstniki razbremenijo stres, hkrati pa dvignejo posameznikovo razpoloženje za soočenje z izzivi, s katerimi se srečuje. Kot poroča, je bilo orodje za reševanje konfliktov "kompromis" opredeljeno tudi kot sredstvo za reševanje čustvene izčrpanosti, ki izhaja iz konflikta na delovnem mestu. Pomembno je omeniti, da je za učinkovito obvladovanje čustvene izčrpanosti na delovnem mestu potrebna uporaba pristopov, osredotočenih na čustva (npr. zmanjšanje tesnobe), in pristopov, osredotočenih na težave (sporočanje občutkov).

3.6.1 Priporočila za klinično prakso

Raziskava je pokazala, da mlajši zaposleni v zdravstveni negi s krajšo delovno dobo doživljajo zmerno čustveno izčrpanost, kar lahko vodi v absentizem, pomanjkanje kadra, celo do odpovedi delovnega razmerja. Poudarek na izobraževanju bi moral biti usmerjen na mlajše zaposlene s srednješolsko izobrazbo, saj ob prihodu na delovno mesto običajno nimajo predznanja in izkušenj s področja duševnega zdravja, kar lahko vodi v slabše spoprijemanje z delovnimi izzivi, večje psihične in fizične obremenitve ter posledično na daljši rok tudi čustveno izčrpanost. Ob tem je vprašljiva kakovostna in varna oskrba pacienta kot tudi učinkovitost posameznika. Rezultati so prav tako pokazali, da čustvena izčrpanost vpliva na zdravstveno stanje zaposlenih in na njihovo splošno počutje. Ukrepi, usmerjeni v sprostitev in profesionalno komunikacijo med zaposlenimi v zdravstveni negi, so vitalnega pomena za zmanjševanje ali celo preprečevanje pojava izgorelosti na delovnem mestu. Pomembno je, da menedžment in vodilni kader v zdravstveni negi tvorita varno in stabilno delovno okolje za zaposlene. Z boljšo organizacijo in ustrezno razporeditvijo dela, z dodatnim zaposlovanjem kadra (pripravniki, študenti itd.), z dobrimi medsebojnimi odnosi, z dodatnimi sredstvi za izobraževanje, ozaveščanjem in usposabljanjem zaposlenih v zdravstveni negi ter tudi z implementacijo različnih aktivnosti (supervizija, intervizija, teambuilding itd.) bi lahko razbremenili

preobremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi in s tem znatno prispevali k preprečevanju izgorelosti.

3.6.2 Omejitve raziskave

Zavedamo se, da ima opravljena raziskava določene omejitve. Prva je ta, da je bila v raziskovanje vključena samo ena psihiatrična bolnišnica v Sloveniji, zato rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na celoten slovenski prostor. Rezultati bi verjetno bili drugačni, če bi bil vzorec večji, zato smo s pomočjo kvalitativne raziskave globlje raziskati pomen občutkov in počutij udeležencev, vzroke za izgorelost ter ugotavljali varovalne dejavnike, ki so povezani s stresom in izgorelostjo. Nismo imeli naključnega vzorca, ampak smo izvedli raziskavo na celotnem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v UPK Ljubljana. S takim načinom vzorčenja smo preprečili dvome v pristranskost izbire vzorca. O rezultatih raziskave smo lahko razpravljali le v povezavi z rezultati raziskav v tujini. V času raziskave je bila razglašena pandemija Covid-19, kar je posledično povzročilo skoraj dve leti razlike med izvedbo kvantitativne in kvalitativne raziskave. Kot pri vsaki raziskavi lahko pristranskost odziva vpliva na veljavnost ugotovitev, kar bi lahko vplivalo na rezultate kvalitativnega dela raziskave. Zaradi skupinskega intervjuja lahko udeleženci podajo svoje mnenje glede na podan odgovor predhodnika. Da smo se pristranskosti čim bolj izognili, smo v ta namen oblikovali tri skupine udeležencev, ki so ločeno odgovarjali na vprašanja.

4 ZAKLJUČEK

Kakovostno delo s pacienti zahteva profesionalno, odgovorno in zaupanja vredno osebo, ki z ničelno stopnjo tveganja za varnostne zaplete izvaja zdravstveno nego pacientov. Zato je teža odgovornosti tudi na menedžmentu zdravstvene nege, ki je dolžan odpraviti vse možne dejavnike, ki vplivajo na izgorelost in zdravstveno stanje medicinskih sester in so nakazana tudi v naši raziskavi.

Naša raziskava potrjuje, da nekatere demografske značilnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v UPK Ljubljana napovedujejo čustveno izčrpanost, kar je posledica delovnih obremenitev. Zato menimo, da so potrebne nadaljnje raziskave, ki bodo zajele širši slovenski prostor, s pomočjo katerih bi pridobili bolj jasne rezultate glede občutkov in počutja zaposlenih v zdravstveni negi, ugotovili vzroke za izgorelost in varovalne dejavnike, ki so povezani s stresom in izgorelostjo.

Individualni dejavniki, kot so delo na oddelku pod posebnim nadzorom, delovna doba, tip oddelka in starost, so bili opredeljeni kot pomembni napovedovalci poklicne izgorelosti.

Pomembno je, da si zaposleni v zdravstveni negi znamo določiti meje dela in mejo svojih psihičnih zmogljivosti. Dolžni smo poskrbeti za svoje zdravje, saj le tako lahko profesionalno, strokovno, kakovostno, varno in etično opravljamo izbran poklic.

5 LITERATURA

Alexander, G., Zalewska-Puchała, J. & Kamińska, A., 2015. Yoga for Self-Care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), pp. 462-470. 10.1177/2165079915596102.

Andela, M., Truchot, D. & Theill, N., 2016. Affective Commitment as a Moderator of the Relationship between Work Stressors and Counterproductive Work Behaviors. *International Journal of Stress Management*, 23(2), pp. 201-224.

Anwar, S. & Elareed, H.R., 2017. Job Stressors, Coping Strategies and Burnout among Saudi Nurses. *British Journal of Nursing*, 26(16), pp. 944-951.

Asiedu, E.E.A., Annor, F., Amponsah-Tawiah, K. & Dartey-Baah, K., 2018. Juggling family and professional caring: role demands, work–family conflict and burnout among registered nurses in Ghana. *Nursing Open*, 5(4), pp. 611-620. 10.1002/nop2.178.

Bajt, M., Klanšček Jeriček, H. & Britovšek, K., 2015. *Izgorelost in depresija. Duševno zdravje na delovnem mestu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Bagheri Hosseinabadi, M., Ebrahimi, M.H., Khanjani, N., Etedal, M.G. & Ghaljaei, F., 2019. Relationship between Job Stress with Job Satisfaction and Quality of Work Life among the Faculty Members of Hormozgan University of Medical Sciences. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(1), p. 133.

Banjac, M., 2020. *Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov: opazovanje, intervju in fokusna skupina*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Basinska, B.A. & Wilczek-Ruzyczka, E., 2013. Emotional Labour and Burnout: A Review of the Literature. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), pp. 335-349.

Berlanda, S., Pedrazza, M. & Trifiletti, E., 2020. Burnout in Healthcare Providers: The Role of Stress and Mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 11, pp. 560-567.

Bhatti, G.A., Islam, T., Mirza, H.H. & Ali, F.H., 2015. The relationships between LMX, job satisfaction and turnover intention. *Science International*, 27(2), pp. 118-127.

Braunschneider, H., 2013. preventing and Managing Compassion Fatigue and Burnout in Nursing. *ESSAI*, 11(11), pp. 14-18.

Bodys-Cupak, I., Majda, A., Zalewska-Puchała, J. & Kamińska, A., 2016. The impact of a sense of self-efficacy on the level of stress and the ways of coping with difficult situations in Polish nursing students. *Nurse education today*, 45(8), pp. 102-107. 10.1016/j.nedt.2016.07.004.

Bregar, B., 2019. *Model dejavnikov, ki pojasnjujejo odnos zaposlenih na področju duševnega zdravja in psihiatrije do uporabe posebnih varovalnih ukrepov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Bregar, B. & Bole, D., 2016. Self-Regulation and Workplace Absenteeism: A Multilevel Study of Emotional Job Demands and Coworker Support in Slovenia. *Psihološka Obzorja*, 25(2), pp. 5-18.

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253-262.

Brook, R.H., Appel, L.J., Rubenfire, M., Ogedegbe, G., Bisognano, J.D., Elliott, W.J. & Rajagopalan, S., 2019. Beyond Medications and Diet: Alternative Approaches to Lowering Blood Pressure. *A Scientific Statement from the American Heart Association. Hypertension*, 71(6), e13-e115. 10.1161/HYP.0b013e318293645f.

Boamah, S.A. & Laschinger, H.K.S., 2016. The Influence of Areas of Worklife Fit and Work–Life Interference on Burnout and Engagement among Registered Nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E164-E174. 10.1111/jonm.12318.

Cagan, O. & Gunay, O., 2015. The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), pp. 543-547. 10.12669/pjms.313.6795.

Cañadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G.R. & Emilia, I., 2015. Risk Factors and Prevalence of Burnout Syndrome in the Nursing Profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 240-249. 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001.

Campana, K.L. & Hammoud, S., 2015. Incivility from patients and their families: Can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of Nursing Management*, 23(8), pp. 716-725. 10.1111/jonm.12201.

Campbell, M., Egan, M., Lorenc, T., Bond, L., Popham, F. & Fenton, C., 2014. Considering methodological options for reviews of theory: illustrated by a review of theories linking income and health. *Systematic Reviews*, 3(1), pp. 114-118. 10.1186/2046-4053-3-114.

Cardoso-Seixas, R., 2016. *Emotion regulation and job burnout: Investigating the relationship between emotion-regulation knowledge, abilities and dispositions and their role in the prediction of job burnout: unpublished dissertation*. Luxembourg: University of Luxembourg.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Cheung, T. & Yip, P.S.F., 2015. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), pp. 72-100. 10.3390/ijerph120911072.

Corr, P.J., Matthews, G. & Smith, C.L., 2014. *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge: University Press.

Dall'ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. & Aiken, L.H., 2019. Association of 12 Hour Shifts and Nurse Job Satisfaction, Burnout and Intention to Leave: Findings from a Cross-sectional Study of 12 European Countries. *BMJ Open*, 9(5), e023666. 10.1136/bmjopen-2015-008331.

Dall'Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A. & Griffiths, P., 2016. Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International journal of nursing studies*, 57(1), pp. 12-27. 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.007.

de Loeff, P., Nijman, H., Didden, R. & Embregts, P., 2018. Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 25(8), pp. 506-516. 10.1111/jpm.12496.

de Oliveira, S.M., de Alcantara Sousa, L.V., Vieira Gadelha, M.D.S. & do Nascimento, V.B., 2019. Prevention actions of burnout syndrome in nurses: an integrating literature review. *Clinical Practise & Epidemiology in Mental Health*. 15(3), pp. 67-73. 10.2174/1745017901915010064.

de Paiva, L.C., Canário, A., de Paiva China, E. & Gonçalves, A.K., 2017. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), pp. 305-309. 10.6061/clinics/2017(05)08.

Dekleva, B., 2014. Nastanitvena podpora v funkciji povečanja dostopnosti varnih in trajnih nastanitvev za brezdomne: pilotska evalvacija projekta. *Socialna pedagogika*, 18(1-2), pp. 1-24.

Delany, C., Miller, K.J. & El-Ansary, D., 2015. Replacing stressful challenges with positive coping strategies: a resilience program for clinical placement learning. *Advanced in Health Science Education*, 20(1), pp. 1303-1324. 10.1007/s10459-015-9603-3.

Dhaini, S., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R. & De Geest, S., 2018. Are Nursing Home Care Workers' Health and Well-being Associated with Robotization? A Cross-sectional Study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), pp. 2575-2587. 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011.

Di Fabio, A., Kenny, M.E. & Saklofske, D.H., 2014. Promoting individual resources: The challenge of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 65(2), pp. 19-23. 10.1016/j.paid.2014.01.026.

Duffield, C.M., Roche, M.A., Homer, C., Buchan, J. & Dimitrelis, S., 2014. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), pp. 2703-2712. 10.1111/jan.12483.

Fernandez-Abascal, E.G., Diaz, M.D. & Guirardello, E.B., 2015. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 6(25), pp. 2-10. 10.3389/fpsyg.2015.00317.

Ferri, P., Silvestri, M. Artoni, C. & Di Lorenzo, R., 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Journal of Psychology Resesarch and Behavior Management*, 23(9), pp. 236-275. 10.2147/PRBM.S114870.

Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., Argentero, P. & Candura, S.M., 2013. Work Engagement and Occupational Stress in Nurses and Other Healthcare Workers: The Role

of Organizational and Personal Factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), pp. 2614-2624. 10.1111/jocn.12084.

Gallavan, D.B. & Newman, J.L., 2013. Predictors of burnout among correctional mental health professionals. *Psychological Services*, 10(1), pp. 115-122. 10.1037/a0031341.

Galletta, M., Portoghese, I., Penna, M.P., Battistelli, A. & Saarni, C., 2016. Empathy, Prosocial Behavior, and Burnout among Italian Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), pp. 348-356.

Garcia-Sierra, R., Fernández-Castro, J., Martínez-Zaragoza, F. & Widera, E., 2016. Relationships between Job Stressors, Occupational Strain, and Work Outcomes in Educators: Role of Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*, 7, p. 1682.

Gasparino, R.C. & Guirardello, E.B., 2015. Professional practice environment and occupational burnout among nurses. *Review Rene*, 16(1), pp. 90-96. 10.15253/2175-6783.2015000100012.

Gascon, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Cunha, M.J., Martínez-Jarreta, B. 2013. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 3120-3129. 10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x.

Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A. & Simon, M., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International journal of nursing studies*, 63(8), pp. 213-225. 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012.

Guo, Y.F., Luo, Y.H., Lam, L., Cross, W., Plummer, V. & Zhang, J.P., 2017. Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 27(2), pp. 441-449. 10.1111/jocn.13952.

Hager, F., 2021. The Impact of Personality traits on the Burnout promoting Effect of poor Supervisor Support. *International journal of Social Sciences*, 10(1), pp. 17-38. 10.52950/SS.2021.10.1.002.

Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D.B., 2017. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 12(4), e0177098. 10.1371/journal.pone.0159015.

Halbesleben, J.R.B. & Buckely, M.R., 2004. Burnout in organizational life. *Journal of management*, 30(6), pp. 859-879. 10.1016/j.jm.2004.06.004.

Han, M.R., Gu, J.A. & Yoo, I.Y., 2014. Influence of workplace bullying and leader-member exchange on turnover intention among nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 20(4), pp. 383-393. 10.1111/jkana.2014.20.4.383.

Harkin, J. & Melby, V., 2014. Examining the Impact of Emotional Intelligence and Support on Employee Burnout. *European Journal of Training and Development*, 38(1-2), pp. 4-19.

Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A. & Kózka, M., 2013. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 174-184. 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019.

Hensel, J.M., Lunsky, Y. & Dewa, C.S., 2012. Exposure to client aggression and burnout among community staff who support adults with intellectual disabilities in Ontario, Canada. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(9), pp. 910-915. 10.1111/j.1365-2788.2011.01493.x.

Hui, W.Y.S., 2019. Burnout in the Hospitality Industry: The Case of Hong Kong. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 20(1), pp. 80-102.

Hunt, P.A., Denieffe, S. & Gooney, M., 2017. Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1), pp. 7-22. 10.1177/1744987116678902.

Itzhaki, M., Bluvstein, I. & Kostistky, H., 2015. Demands, Control, and Social Support: Three's a Crowd? Burnout and Depression among Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), pp. 800-809.

Iwanicki, E.F. & Schwab, R.L., 1981. A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), pp. 1167-1174.

Johnson, J., Louch, G., Dunning, A., Johnson, O., Grange, A. & Reynolds, C., 2017. Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: a cross-sectional study in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), pp. 1667-1680. 10.1111/jan.13251.

Karaman Özlü, Z., Çay Yayla, A., Gümüş, K. & Khaghanyrad, E., 2017. Comparison of nurses in two different cultures: who experiences more burnout. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(3), pp. 238-244. 10.1016/j.jopan.2015.09.012.

Karen-Leigh, E., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nurssing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), pp. 653-659. 10.12968/bjon.2014.23.12.653.

Keykaleh, M.S., Safarpour, H., Yousefian, S., Faghisolouk, F., Mohammadi, E. & Ghomian, Z., 2018. The relationship between nurse's job stress and patient safety. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(11), pp. 2228-2232. 10.3889/oamjms.2018.351.

Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D. & Oldenburg, B., 2015. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), pp. 538-545. 10.1111/ijn.12455.

Khamisa, N., Peltzer, K. & Oldenburg, B., 2013. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 10(6), pp. 2214-2240. 10.3390/ijerph10062214.

Kitaoka-Higashiguchi, K., 2015. Nurse Job Satisfaction and Burnout in a Japanese Acute Care Hospital. *Occupational Medicine*, 65(2), pp. 139-141. 10.3861/jshhe.69.66.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002. Uradni list Republike Slovenije št. 4.

Konstantinou, A.K., Bonotis, K., Sokratous, M., Siokas, V. & Dardiotis, E., 2018. Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), pp. 449-456. 10.1016/j.apnu.2018.01.002.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Kousloglou, S., Mouzas, O., Bonotis, K., Roupa Z., Vasilopoulos, A. & Angelopoulos, N., 2014. Insomnia and burnout in Greek Nurses. *Hippokratija*, 18(2), pp. 150-155.

Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y. & Fisher, M.L., 2017. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medicine Science*, 3(8), pp. 1825-1831. 10.18203/2320-6012.ijrms20150288.

Kugonič, N., 2013. Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 268-275.

Kumar, S., 2016. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*, 4(3), p. 37. 10.3390/healthcare4030037.

Kuswanto Rusca Putra, R., Pratama, R.A. & Irianto, G., 2019. Impact of Workplace Stress on Job Performance through Emotional Exhaustion. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 8(1), pp. 11-18.

Lahana, E., Papadopoulou, K., Roumeliotou, O., Tsounis, A., Sarafis, P. & Niakas, D., 2017. Burnout Among Nurses Working in Social Welfare Centers for the Disabled. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), pp. 564-573.

Laeque, S.H., Bilal, A., Rizvi, S.F.R. & Qadeer, F., 2018. Mediating Role of Job Satisfaction between Occupational Stressors and Consequences: A Study on Academic Staff. *Journal of Occupational Health*, 60(4), pp. 329-338.

Lanctôt, N. & Guay, S., 2014. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), pp. 492-501. 10.1016/j.avb.2014.07.010.

Laubič, C., 2016. *Premagovanje stresa in preprečevanje izgorelosti zaposlenih v domovih starejših: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede.

Lavoie, S., Ratner, P.A., Johnson, J.L., Groome, D. & Herbert, C., 2018. Perceptions of Workplace Discrimination among Immigrant Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), pp. 408-415.

Lee, H.L., Yoon, J.H., Won, J.U., Roh, J. & Kim, Y., 2019. The Association between Job Stress and Work-related Musculoskeletal Symptoms among Korean Flight Attendants. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 31, e14.

Lee, E.K. & Ji, E.J., 2018. The moderating role of leader-member exchange in the relationships between emotional labor and burnout in clinical nurses. *Asian Nursing Research*, 12(1), pp. 56-61. 10.1016/j.anr.2018.02.002.

Lee, K.R., Kim, J.M. & Mao, E.O., 2016. Effects of emotional labor on burnout in nurses: focusing on the moderating effects of social intelligence and emotional intelligence. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(1), pp. 22-32. 10.1111/jkana.2016.22.1.22.

Leiter, M.P, Hakanen, J.J., Ahola, K, Toppinen-Tanner, S, Koskinen, A. & Vaãnaãnen, A., 2013. Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study. *Journal of Organisational Behaviour*, 34(7), pp. 959-973.

Leiter, M.P., Bakker, A.B. & Maslach, C., 2014. *Burnout at work: A psychological perspective*. New York: Psychology Press.

Lewis, D. & Cunningham, C., 2016. The Relationship between Employee Engagement, Stress, and Burnout among Information Technology Professionals. *European Journal of Training and Development*, 40(1), pp. 36-56.

McHugh, M.D., Kelly, L.A., Smith, H.L., Wu, E.S., Vanak, J.M. & Aiken, L.H., 2013. Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), pp. 382-388. 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5.

Madathil, R., Heck, N.C. & Schulberg, D., 2014. Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), pp. 160-166. 10.1016/j.apnu.2014.01.002.

Maslach, C. & Jackson, S.E., 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), pp. 99-113. 10.1002/job.4030020205

Maslach, C., 1982. *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Maslach, C., 2011. Engagement research: Some thoughts from a burnout perspective, *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 20(1), pp. 47-52, 10.1080/1359432X.2010.537034

Maslach, C., Jackson, S.E. & Schwab, R.L., 1986. *Maslach Burnout Inventory: Educators Survey*. Menlo Park, CA: Mind Garden Inc.

Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., Schaufeli, W.B. & Schwab, R.L., 2012. The MBI measures burnout as defined by the World Health Organization (WHO) and in the ICD-11. *Health*, 4(9), pp. 216-265. 10.4236/health.2012.49101.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P., 2001. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422. 10.1146/annurev.psych.52.1.397

McTiernan, K. & McDonald, N., 2015. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), pp. 208-218. 10.1111/jpm.12170.

Melvin, C.S., 2015. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), pp. 66-72. 10.1097/njh.0000000000000126.

Mikolajczak, M. & Van Belleghem, S., 2017. Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures: How profitable would it be? *Personality and Individual Differences*, 11(116), pp. 343-347. 10.1016/j.paid.2017.05.014.

Mind Garden, 2019. *Maslach Burnout Inventory™ (MBI)*. [online] Available at: <http://www.mindgarden.com/products/mbi.htm> [Accessed 19 May 2019].

- Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Simón, M.M. & Martos, A., 2018. Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), pp. 11-16. 10.3390/ijerph15061116.
- Moss, M., Good, S.V., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, N.C., 2016. An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American journal of critical care*, 25(4), pp. 368-376. 10.1016/j.chest.2016.02.649.
- Nabizadeh-Gharghozar, Z., Adib-Hajbaghery, M. & Bolandianbafghi, S., 2020. Nurses' Job Burnout: A Hybrid Concept Analysis. *Journal of Caring Science*, 9(3), pp. 154-161. 10.34172/jcs.2020.023.
- Neckel, S., Shaffner, A.K. & Wagner, G., 2017. *Burnout, Fatigue, Exhaustion: An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction*. New York: Springer.
- Negi, Y. & Bagga, R., 2015. Burnout among nursing professionals in tertiary care hospitals of Delhi. *Journal of Health Management*, 17(2), pp. 163-177. 10.1177/0972063415575802.
- Nelson, R., 2014. Tackling violence against health-care workers. *The Lancet*, 383(26), pp. 1373-1374. 10.1016/S0140-6736(14)60658-9.
- Nguyen, H.T.T., Kitaoka, K., Sukigara, M. & Thai, A.L., 2018. Burnout study of clinical nurses in Vietnam: development of job burnout model based on Leiter and Maslach's theory. *Asian Nursing Research*, 12(1), pp. 42-49. 10.1016/j.anr.2018.01.003.
- Nowacka, A., Broda, A., Andrzejczak, M. & Piątek, M., 2018. Factors Affecting Burnout Syndrome in Nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 31(6), pp. 749-762. 10.3390/ijerph15102083.

Ogata, Y., Sasaki, M., Yumoto, Y., Yonekura, Y., Nagano, M. & Kanda, K., 2018. Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. *Nursing Open*, 5(3), pp. 362-369. <https://doi.org/10.1002/nop2.148>.

Olsen, E., Bjaalid, G.M. & Mikkelsen, A., 2017. Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: a study among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), pp. 2709-2719. [10.1111/jan.13337](https://doi.org/10.1111/jan.13337).

Onishi, K., Tsujikawa, M., Inoue, K., Yoshida, K. & Goto, S., 2016. The Effect of Complementary Therapy for Hospital Nurses with High Stress. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 3(3), pp. 272-280. [10.4103/2347-5625.189810](https://doi.org/10.4103/2347-5625.189810).

Pahor, D., 2015. Sindrom izgorelosti – resna nevarnost sodobne družbe. *Acta medico-biotechnica*, 8(1), pp. 7-9.

Panunto, M.R. & Guirardello, B., 2013. Professional nursing practice: Environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), pp. 765-772. [10.1590/S0104-11692013000300016](https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300016).

Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H. & Merkouris, A., 2017. Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), pp. 98-106. [10.1111/j.1547-5069.2011.01413.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01413.x).

Pare, G., Jaana, M. & Sicotte, C., 2015. Systematic Review of Home Telemonitoring for Chronic Diseases: The Evidence Base. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(4), pp. 269-277.

Perry, L., Lamont, S., Brunero, S., Gallagher, R. & Duffield, C., 2015. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, 14, pp. 1-8. 10.1186/s12912-015-0068-8.

Pasaron, R., 2013. The Relationship between Burnout Syndrome among Nurses and Perceived Stress at Work. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), pp. 2750-2759.

Pisanti, R., Lombardo, C., Lucidi, F., Violani, C. & Lazzari, D., 2013. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), pp. 697-707. 10.1111/j.1365-2648.2012.06114.

Peršolja, M., Mišmaš, A. & Jurdana, M., 2018. Povezava med neprespanostjo in delazmožnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(1), pp. 8-17.

Poku, C.A., Donkor, E. & Naab, F., 2020. Determinants of emotional exhaustion among nursing workforce in urban Ghana: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 19(116), pp. 322-341. 10.1186/s12912-020-00512-z.

Poku, F., Bluff, E. & Coetzee, M., 2020. Factors Influencing Burnout among Healthcare Workers in Public and Private Facilities in Kumasi, Ghana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12(1), pp. 1-8.

Prosen, M. & Piskar, F., 2015. Job Satisfaction of Nurses and Identifying Factors of Job Satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 56(2), pp. 169-178.

Pšeničny, A., 2019. Preprečevanje in zdravljenje izgorelosti. *Inštitut za razvoj človeških virov*. [online] Available at: <https://www.burnout.si/preprečevanje-in-zdravljenje-posameznik/zdravljenje> [Accessed 19 May 2019].

Putra, K.R., 2019. Factors Affecting Employee Performance in the Health Sector: A Study of Health Workers in Indonesia. *Journal of Health and Social Sciences*, 4(2), pp. 209-222.

Putra, W.P. & Oswari, T., 2019. The Effect of Occupational Stress on Job Performance through Job Satisfaction and Work Engagement. *Journal of Management Development*, 38(5), pp. 398-408.

Rajovec, K., 2016. *Dejavniki in posledice izgorevanja zdravstvenih delavcev in tehnikov zdravstvene nege: podrobnejši pogled na etično sprejemanje odločitev. magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede.

Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., González, A.D., Gabani, F.L. & Andrade, S.M., 2017. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *Public Library of Science one*, 12(10), pp. 1-29.

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S., 2018. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 15(6), p. 1254. 10.3390/ijerph15061274.

Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. & Jackson, S., 1996. Maslach Burnout Inventory-General Survey. In: C. Maslach, S.E. Jackson & M.P. Leiter, eds. *The Maslach Burnout Inventory: Test Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, pp. 73-81.

Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T., 2017. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis. 10.4324/9781315227979.

Schmiedel, V., 2011. *Izgorelost burnout: ko nas delo, družina in vsakdanjik izčrpavajo.* Maribor: Mettis Bukvarna.

- Selič, P., 2016. *Spoprijemanje s stresom in izgorelost*. [pdf] Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta. Available at: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/9515/3842/6114/Slog_selic.pdf [Accessed 5 February 2023].
- Serin, A. & Balkan, M., 2014. Burnout: the effects of demographic factors on staff burnout: an application at public sector. *International Business Research*, 7(4), pp. 151-159. 10.5539/ibr.v7n4p151.
- Shevell, M., 2019. Health Professional Burnout: An (Un)Ethical Consequence of Modern Health Care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 46(6), pp. pp. 682-683. <https://doi.org/10.1017/cjn.2019.280>.
- Shih, E.C., Chiu, H.H., Sun, C.A., Wei, C.Y., Chou, Y.C. & Yang, T., 2013. Impact of personal characteristics and work stress on job burnout among psychiatric nurses. *Innovative Journal of Medical and Health Science*, 3(4), pp. 201-208.
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C.C. & Luszczynska, A., 2016. Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, stress, and coping*, 29(4), pp. 367-386. 10.1080/10615806.2015.1058369.
- Shorofi, S.A. & Karimzadeh, M., 2015. Factors associated with burnout in nursing staff: a review article. *Clinical Excellence*, 3(2), pp. 56-70.
- Singhai, P., Sahu, A., Kaur, S., Tiwari, R. & Sachdeva, S., 2016. A Study to Assess the Level of Stress and Job Satisfaction among Nurses Working in Tertiary Care Hospitals of Delhi. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 12(4), pp. 162-173.
- Skela Savič, B., 2020. It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 4-11.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2022. *Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša*. [online] Available at: <https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika>, [Accessed 3 January 2022].

Smollan, R.K., 2017. Learning to cope with stressful organisational change. *International Journal of Work Organization and Emotions*, 8(2), pp. 148-167. 10.1504/IJWOE.2017.086461.

Sokhanvar, M., Kakemam, E., Chegini, Z & Sarbakhsh, P., 2018. Hospital nurses' job security and turnover intention and factors contributing to their turnover intention: a cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(3), pp. 133-140. 10.4103/2322-1488.235640.

Spector, P.E., Zhou, Z.E. & Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1) pp. 72-84.

Stjepanović, D., 2012. *Prisotnost sindroma izgorelosti med strokovnimi delavci na centrih za socialno delo: diplomska naloga*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Stopar Stritar, A., 2012. The Role of Age and Emotional Demands in Job Satisfaction and Job Satisfaction in Slovenian Employees. *Psihološka Obzorja*, 21(2), pp. 7-88.

Thomas, M., Kohli, V. & Choi, J., 2014. Correlates of job burnout among human services workers: Implications for workforce retention. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 41(4), pp. 69-90.

Trifiletti, E., Berlanda, S., Candeloro, D. & De Carlo, N.A., 2017. Nurses' Burnout and Work Environment: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 70, pp. 28-42.

van der Colff, J.J. & Rothmann, S., 2014. Burnout of registered nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management*, 22(15), pp. 630-642. 10.1111/j.1365-2834.2012.01467

Vidotti, V., Bastos, A.V.B. & Guedes, E.S., 2018. The Mediating Role of Work Engagement on the Relationship between Task Performance and Burnout among Brazilian School Teachers. *Burnout Research*, 8, pp. 41-49.

Vincent-Höper S., Stein, M., Nienhaus, A. & Schablon, A. 2020. Workplace Aggression and Burnout in Nursing – The Moderating Role of Follow-Up. *Journal of Environmental Research of Public Health*, 17(9) pp. 31-52. 10.3390/ijerph17093152

Vogrinc, J., 2008. Pomen triangulacije za zagotavljanje kakovosti znanstvenih spoznanj kvalitativnega raziskovanja. *Sodobna pedagogika*, 5, pp. 108-122.

WMA General Assembly, 2013. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [pdf] WMA General Assembly. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Helsinki-deklaracija-2013.pdf> [Accessed 24 August 2020].

World Health Organization (WHO), 2016. *Mental Health*. [online] Available at: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health> [Accessed 19 May 2019].

World Health Organization (WHO), 2019. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. [online] Available at: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> [Accessed 19 May 2019].

Wu, H., Liu, L., Sun, W., Zhao, X., Wang, J. & Wang, L., 2014. Factors related to burnout among Chinese female hospital nurses: Cross-sectional survey in Liaoning Province of China. *Journal of Nursing Management*, 22(12), pp. 621-629. 10.1111/jonm.12015.

Zakon o duševnem zdravju, ZDZdr., 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77.

Zhao, J., Shan, N., Yang, X., Li, Q., Xia, Y. & Zhang, H., 2017. Effect of second child intent on delivery mode after Chinese two child policy implementation: a cross sectional and prospective observational study of nulliparous women in Chongqing. *BMJ Open*, 7(12), e018823. 10.1136/bmjopen-2017-018823.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Spoštovani,

sem Nataša Mikez, absolventka podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, smer zdravstvena nega. V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom » Ocena in zaznavanje izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana« pod mentorstvom red. prof. dr. Brigitte Skele Savič in somentorja dr. Branka Bregarja, viš. pred.

Rezultati bodo pridobljeni s pomočjo vprašalnika Maslachove o izgorelosti (Maslach Burnout Inventory) iz leta 1981, ki je avtorsko zaščiten. Zato je bilo za njegovo uporabo pridobljeno licenčno dovoljenje. Originalen vprašalnik je v angleškem jeziku, ki pa je bil preveden tudi v slovenski jezik.

S pridobljenimi podatki, želim ugotoviti stopnjo sindroma izgorelosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. Vprašalnik je anonimen, sodelovanje je povsem prostovoljno. Vsi podatki bodo obravnavani zaupno in le v namen raziskave. Verjamem, da bodo rezultati pozneje lahko uporabljeni za uvajanje ukrepov preprečevanja izgorelosti na kliniki.

Za izpolnjevanje anketnega vprašalnika boste potrebovali približno 10 minut. Za morebitne dodatne informacije in pojasnila sem vam na voljo na elektronskem naslovu: natasa.mikez@gmail.com

Za sodelovanje se vam zahvaljujem.

Nataša Mikez

Maslachov vprašalnik izgorelosti – I. del

Pred vami je navedenih 16 trditev, ki se nanašajo na občutke, ki jih doživljamo ob delu. Pred vami so različne trditve, ki opisujejo počutja in stališča, povezana z delom. Prosimo vas, da pazljivo preberete vsako trditev in presodite, ali se kdaj tako počutite glede vašega dela/slужbe. Če niste nikdar doživljali navedenih občutkov, vpišite v označen prostor pred trditvijo število **0**. V primeru, da ste se že kdaj počutili kot opisano, označite, kako pogosto doživljate tako občutje, s števili **od 1 do 6**, ki označujejo, kako pogosto se tako počutite.

Nikoli	Nekajkrat letno ali manj	Enkrat mesečno ali manj	Nekajkrat mesečno	Enkrat tedensko	Nekajkrat tedensko	Vsak dan
0	1	2	3	4	5	6

- _____ Počutim se čustveno izčrpan(a) zaradi svojega dela.
- _____ Počutim se izrabljen(a) ob koncu delovnega dneva.
- _____ Ko zjutraj vstanem in se soočam z novim delovnim dnevom, se počutim utrujen(a).
- _____ Celodnevno delo je zame resnično naporno.
- _____ Zelo učinkovito rešujem probleme, ki se pojavijo pri delu.
- _____ Počutim se izgorel(a) zaradi svojega dela.
- _____ Menim, da veliko pripomorem k doseganju ciljev organizacije, kjer delam.
- _____ Delo me danes zanima manj kot na začetku, ko sem nastopil(a) službo.
- _____ Delo me navdušuje manj kot včasih.
- _____ Menim, da svoje delo dobro opravljam.
- _____ Navdušen(a) sem, kadar pri delu nekaj dobro opravim ali dosežem.
- _____ Pri svojem delu sem naredil(a) že mnogo koristnega.
- _____ Ne želim, da me motijo pri delu.
- _____ Poraja se mi čedalje več pomislekov ali je moje delo sploh kaj vredno.
- _____ Dvomim v pomen svojega dela.
- _____ Ko delam, zaupam v svojo učinkovitost in sposobnost, da naloge dokončam.

Maslachov vprašalnik izgorelosti – II. del

Drugi del vprašalnika je sestavljen iz 22 trditev, ki se nanašajo na intenzivnost, ki jih doživljamo ob delu. Pred vami so različne trditve, ki opisujejo intenzivnost vašega doživljanja opisanih stanj pri vašem delu. Prosimo vas, da pazljivo preberete vsako trditev in presodite ali se kdaj tako počutite glede vašega dela. Če niste nikdar doživljali navedenih občutkov, vpišite v označen prostor pred trditvijo število **0**. V primeru, da ste se že kdaj počutili kot opisano, označite, kako pogosto doživljate tako občutje, s števili **od 1 do 6**, ki označujejo, kako pogosto se tako počutite.

Nikoli	Nekajkrat letno ali redkeje	Enkrat mesečno ali redkeje	Nekajkrat mesečno	Enkrat tedensko	Nekajkrat tedensko	Vsak dan
0	1	2	3	4	5	6

- _____ Zaradi dela se počutim čustveno izčrpan(a).
- _____ Ob koncu delovnega dneva se počutim iztrošen(a).
- _____ Ko zjutraj vstanem in je pred mano nov delovni dan, se počutim utrujen(a).
- _____ Brez težav lahko razumem, kako se moji pacienti počutijo ob določenih situacijah.
- _____ Občutek imam, da z nekaterimi pacienti ravnam neosebno, kot da bi bili objekti.
- _____ Celodnevno delo z ljudmi je zame resnično naporno.
- _____ Zelo učinkovito rešujem probleme svojih pacientov.
- _____ Zaradi svojega dela se počutim izgorel(a).
- _____ Občutek imam, da s svojim delom pozitivno vplivam na življenje drugih ljudi.
- _____ Od kar opravljam to delo, sem postal(a) bolj neobčutljiv do ljudi.
- _____ Skrbi me, da zaradi te službe čustveno otopavam.
- _____ Počutim se poln(a) energije.
- _____ Moja služba me spravlja v duševno stisko.
- _____ Občutek imam, da v službi preveč delam.

15. _____ Ni mi dosti mar, kaj se dogaja nekaterim pacientom.
16. _____ Neposredno delo z ljudmi je zame preveč obremenjujoče.
17. _____ S pacienti z lahkoto vzpostavim sproščeno vzdušje.
18. _____ Delo s pacienti me poživlja.
19. _____ S svojim delom sem naredil(a) marsikaj koristnega.
20. _____ Počutim se, kot da sem na koncu svojih moči.
21. _____ Pri svojem delu zelo umirjeno rešujem čustvene probleme.
22. _____ Občutek imam, da me pacienti krivijo za nekatere svoje probleme.

DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

1. Spol:

- Ženski.
- Moški.

2. Starost:

V letih: _____

3. Stopnja izobrazbe:

- Srednješolska izobrazba.
- Višja in visokošolska izobrazba.
- Magisterij, doktorat.

4. Delovna doba:

Število let delovne dobe: _____

5. Na katerem tipu oddelka ste zaposleni:

- Odprti tip oddelka.
- Oddelek pod posebnim nadzorom.