

Универзитет "Св. Кирил и Методиј" - Скопје



Последипломски студии по
Менаџмент на човечки ресурси во општествените дејности

Магистерска теза на тема:

**Професионално согорување и задоволство од
работата кај здравствените работници вработени
во јавните здравствени установи**

Кандидат:

Соња Крстевска

бр.на индекс: 3448/09

Ментор:

Проф. д-р Виолета Арнаудова

Скопје

Октомври, 2014

Комисија:

Проф. д-р Виолета Арнаудова

Проф. д-р Елисавета Сарџоска

Проф. д-р Наташа Ангелоска-Галевска

АПСТРАКТ

Зошто на менаџерите за човечки ресурси им се важни сознанијата за поврзаноста помеѓу задоволството од работата кај здравствените работници и степенот на професионално согорување? Затоа што сознанијата за корелацијата меѓу професионалното согорување и задоволството од работа треба да биде поттик за преземање на понатамошни мерки за зголемување на задоволството од работа на здравствените работници, а со тоа истовремено да придонесат и за превенција на професионалното согорување. Бенефит од преземањето на превентивни мерки ќе имаат не само јавните здравствени установи и здравствените работници како индивидуи, туку и целокупното општество, бидејќи крајниот резултат е поквалитетна здравствена услуга за сите. Целта на овој магистерски труд е токму тоа. За да се дојде до емпириски докази за поврзаноста на професионалното согорувње и задоволството од работа кај здравствените работници е спроведено истражување во кое се применети два вида прашалници пополнети од страна на 100 здравствени работници вработени во јавна здравствена установа. Резултатите од истражувањето се прикажани и интерпретирани во емпирискиот дел од истражувањето.

КЛУЧНИ ЗБОРОВИ:

професионално согорување, емоционална исцрпеност, деперсонализација, лично остварување, задоволство од работата, интринзичко задоволство, екстринзичко задоволство

ABSTRACT

Why is important to HR managers the knowledge about the relationship between job satisfaction among healthcare workers and the level of professional burnout? Because knowledge about the correlation between professional burnout and job satisfaction should be an incentive for taking further measures to increase the job satisfaction of healthcare workers, thereby also to contribute to prevention of professional burnout. Benefits of taking preventive measures have not only public health institutions and healthcare workers as individuals, but also the entire society, because the end result is higher quality healthcare for all. This is the purpose of this master's thesis. To get to the empirical evidence of the correlation between professional burnout and job satisfaction among healthcare workers a research has been conducted in which used two kinds of questionnaires were completed by 100 healthcare workers employed in the public healthcare institutions. The results of the survey are presented and interpreted in the empirical part of the research.

KEY WORDS:

Professional burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, job satisfaction, intrinsic satisfaction, extrinsic satisfaction

СОДРЖИНА:

АПСТРАКТ	2
ABSTRACT	3
СОДРЖИНА:	4
ВОВЕД	8
1. ТЕОРИСКИ ОСНОВИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	11
1.1. Стрес и професионален стрес	11
1.1.1. Етиологија и дефинирање на стресот	11
1.1.2. Концептуализација на поимот стрес и теории за стресот	13
1.1.3. Поим за професионален стрес	16
1.1.4. Разлика меѓу стрес и професионално согорување	17
1.2. Професионално согорување	18
1.2.1. Историски развој на појавата на поимот професионално согорување	18
1.2.2. Дефинирање на професионалното согорување	20
1.2.3. Етиолошки фактори на професионалното согорување	23
1.2.4. Симптоми и стадиуми на професионалното согорување	25
1.2.5. Здравствените работници како ризична професија за појава на професионален стрес и професионално согорување	27
1.2.6. Превенција и стратегии за соочување со професионалното согорување	29
1.3. Задоволство од работата	33
1.3.1. Зачетоците на развојот на концептот задоволство од работата	33
1.3.2. Дефинирање на задоволството од работата	34
1.3.3. Теории за задоволство од работата	36
1.3.4. Фактори кои доведуваат до задоволство од работата	44
1.3.5. Ефекти од задоволството од работата	49
1.3.6. Зголемување на задоволството од работата	52

1.4. Релевантни истражувања	53
2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	56
2.1. Проблем и предмет на истражување	56
2.2. Цел на истражувањето.....	57
2.3. Хипотетска рамка	59
2.4. Варијабли	62
2.5. Методи, техники и инструменти на истражување	63
2.6. Популација и примерок на истражување	66
2.7. Постапка и организација на истражувањето	70
2.8. Постапки за статистичка обработка на податоците	70
2.9. РЕЗУЛТАТИ	71
2.9.1. Наоди од дескриптивната статистика.....	71
2.9.2. Утврдување поврзаност помеѓу варијаблите.....	74
2.9.3. Тестирање на разликите во професионалното согорување и задоволството од работа кај здравствените работници во зависност од полот и работата во ноќни смени/дежурства.....	77
2.9.4. Тестирање на разликите во професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници во зависност од работното место, возраста, образованието, работниот стаж и платата	82
2.10. ДИСКУСИЈА	96
2.10.1. Дискусија за наодите од дескриптивната статистика	96
2.10.2. Дискусија за утврдените корелации меѓу варијаблите.....	100
2.10.3. Дискусија за тестираните разлики во испитуваните варијабли во однос на релевантните варијабли	103
2.10.4. Завршни коментари и препораки	109
ЗАКЛУЧОК	110
БИБЛИОГРАФИЈА	114
ПРИЛОЗИ	121

Прилог бр.1- Образец за биографски податоци	122
Прилог бр.2- Прашалник за проценка на степенот на професионално согорување на здравствените работници (MBI-HSS).....	123
Прилог бр.3- Прашалник за проценка на степенот на задоволство од работата на здравствените работници (MSQ).....	124
Прилог бр.4- Хистограмски приказ на дистрибуцијата на резултатите добиени за испитуваните варијабли.....	127
Прилог бр.5- Графички приказ на степенот на трите димензии на професионалното согорување.....	129
Прилог бр.6- Графички приказ на линеарните корелации помеѓу испитуваните варијабли	130
Прилог бр.7- Добиени показатели за биографските податоци.....	132
Прилог бр.8- Добиени вредности за испитуваните варијабли:.....	133

*“ Изберете работа која ја сакате
и никогаш не ќе мора да работите,
ниту еден ден од Вашиот живот. ”*

- Конфучие

ВОВЕД

Сите ние секојдневно повеќе или помалку сме изложени на стрес. Изворите на стресот се насекаде околу нас, во семејната средина, училиштето, работната средина и слично. Всушност, стресот е присутен во секој сегмент од нашето живеење и во секоја доба од животот.

Вработените луѓе значаен процент од деноноќието минуваат на работното место. Токму од тие причини, неопходно е да се обезбеди здрава работна средина исто толку колку што е потребна и здрава семејна средина. На работното место се соочуваме со различни ситуации кои стресно ги доживуваме, меѓу кои ќе ги издвоиме: несогласувањата со колегите, понижувањата од колегите или претпоставениот, зголемениот обем на работа, постојаниот ризик од повреди на работното место, од болести итн. Иако изложеноста на овие ризик фактори е неизбежна за различни професии, се смета дека најизложени на стрес се вработените во помагателните професии, како што се: здравствените работници, социјалните работници, психолозите, наставниците и професорите, понатаму менаџерите, градежните работници, рударите и др. Вработените од овие професии се изложени на различни стресогени фактори.

Вработените во здравствената сфера секојдневно во својата дејност се сретнуваат со стресни ситуации како што се: смрт, пациенти со терминални дијагнози, епидемии итн. Можеби навидум се добива впечаток дека тие се соочуваат соодветно со овие стресни ситуации, но на долг рок тоа може да се одрази штетно на нивното физичко и ментално здравје. Многу чест синдром кој се јавува кај здравствените работници поради долготрајно изложување на стрес е *професионалното согорување* или "burnout" синдромот. Овој синдром го нарушува нормалното функционирање на личноста на тој начин што ја намалува мотивацијата, ја зголемува анксиозноста, депресијата, несоницата, ненавременото и неадекватно извршување на работните обврски, ги зголемува отсуствата од работа и психосоматските заболувања, а предизвикува и многу други последици по човековото здравје.

Професионалното согорување на здравствените работници е сериозен проблем, бидејќи не ја засега само индивидуата туку и самата здравствена установа и општеството во целина, бидејќи присуството на оваа појава придонесува за намалување на квалитетот на здравствените услуги на пациентите. Токму поради сериозноста на оваа појава, потребно е во секоја организација да се превземат превентивни мерки од страна на менаџерите за човечки ресурси во соработка со останатите стручни работници во установата (како што се психолозите и социјалните работници), со што ќе се зачува менталното здравје на вработените. Од нив се очекува со помош на обуки да им се помогне на вработените адекватно да се соочат со стресот (стрес менаџмент). Во таа насока се очекува да се превземат и други превентивни мерки, како на пример: ротација на работни места кои се изложени на помал стрес, редизајнирање на работата, одржување на групни состаноци за навремено разрешување на конфликтни и стресни ситуации помеѓу вработените и сл. Превенцијата на професионалното согорување вклучува две иницијативи: лична иницијатива, односно, самата индивидуа да научи како да се справува со стресот, и организациска иницијатива, која претставува должност на комплетниот менаџерски тим, а особено на менаџерите на човечки ресурси во установата.

Професионалното согорување е поврзано со многу фактори во опкружувањето, а во трудот е истражувана неговата поврзаност со *задоволството од работата*. Задоволството од работата претставува мултидимензионален концепт преку кој се мерат позитивните емоции/ ставови на работникот кон неговата работа. Накратко кажано, задоволството од работа се однесува на она што вработените го чувствуваат кон нивната работа.

Постојат различни теории за тоа кои потреби на вработените треба да бидат задоволени за да постои задоволство од работата. За да биде задоволен работникот од работата треба да бидат задоволени сите негови биолошки и психолошки потреби. Почнувајќи од основната потреба за храна и вода сè до потребите за самодоказување и самоостварување на работното место. Факторите за задоволство од работата можат да бидат лични или организациски.

Личните фактори произлегуваат од карактеристиките на вработениот, додека пак организационите произлегуваат од самата работна организација.

Задоволството од работата е многу битно од повеќе аспекти. Најпрво за самиот вработен кој доколку е задоволен од работата го перцепира својот живот како посреќен. Понатаму, придонесува за попријатна работна атмосфера, а истотака позитивно делува и на рабоните перформанси и како краен резултат добивка од сето ова има самата организација.

Спротивно на задоволството од работата доколку постои незадоволство кај вработените, тогаш од него произлегуваат многу несакани ефекти т.е. последици како кај вработениот така и во работната организација. Незадоволниот работник е нерасположен, честопати депримиран, со намалена мотивација за работа, индиферентен кон работата, неисполнителен во своите работни задачи, не соработува со колегите и сл. Сето ова води кон намалена работна способност на вработените, нивно протестирање, давање отказ итн., со што работната организација претрпува огромни штети.

Токму затоа во секоја работна организација треба да се вложува во зголемување на задоволството од работата кај вработените. Менаџерите треба да се потрудат да овозможат двонасочна комуникација меѓу подредените и надредените, добри и соодветни услови за работа, можности за напредување и сл.

Во ова истражување е мерено задоволството од работата кај здравствените работници. Од задоволството од работа на здравствените работници придобивка ќе имаат, покрај самите тие, и пациентите, колегите, претпоставените и целокупната установа., а со тоа ќе се зголеми и квалитетот на здравствените услуги.

Проблем на истражување е да се утврди каква е поврзаноста на професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници во јавните здравствени установи.

1. ТЕОРИСКИ ОСНОВИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

„Стресот е начин на живот. Поврзан е со сите видови активности и би можеле да го избегнеме само кога ништо не би правеле. Но кој би уживал во живот без трки, без удари, без грешки.“

Ханс Сели

1.1. Стрес и професионален стрес

1.1.1. Етиологија и дефинирање на стресот

Професионалното согорување не би постоело доколку не би постоел стресот како негов претходник.

Поимот **“стрес”** потекнува од латинскиот збор **stringere**, што значи "да се привлече цврсто" (to draw tight) и бил употребуван на овој начин во 17тиот век за да се опише тешкотија или болка. Подоцна во 18тиот век поимот стрес се однесувал првенствено на индивидуална моќ, сила, притисок и силен напор. Токму овие првични дефиниции кои биле употребувани во физиката и инженерството влијаеле на појава на идејата дека стресот може истотака да влијае и врз поединците, кај кои што силите предизвикуваат притисок врз поединецот и создаваат замор, исцрпеност (Gardner, 2005).

Една од општо прифатените дефиниции за стресот е следнава: **“Стресот е вознемирувачко животно искуство кое е проследено со биохемиски, физиолошки, когнитивни и бихејвиорални промени преку кои личноста настојува долгорочно да се прилагоди на ситуацијата во која се загрози нејзините витални вредности или да се неутрализираат негативните последици кои ги предизвикала некоја траума во нејзиниот живот”** (Станојевиќ, Милошевиќ, 2011).

Стресори се состојби, услови или настани кои доведуваат до притисок. Стресор може да биде еден критичен настан во животот, трауматско искуство или хронични проблеми кои продолжуваат да траат во подолг временски период. Стресорите можат да се групираат во неколку категории како: физички стресори, стресори поврзани со работните задачи, стресори поврзани со улогата, социјални стресори, стресори поврзани со распоредот на работа, стресори поврзани со кариерата, трауматски настани и стресни промени (Sonnentag & Freese, 2003).

Физички стресори се физичките услови во кои се извршува работата како што се: бучава, нечистотија, топлина, вибрации, хемиски или токсични супстанции и сл. Тие истотака вклучуваат и сиромашни ергономски услови на работното место и несреќи. Физичките стресори имаат психолошки ефекти. **Стресорите поврзани со работните задачи** се јавуваат при извршување на работните задачи и претставуваат работа под притисок и работна преоптеретеност, висока сложеноста на работата, монотона работа, и пречки во работата. **Стресорите поврзани со улогата** претставуваат двосмисленост на улогата и конфликт на улоги. **Социјалните стресори** се претставени преку сиромашни социјални интеракции со надредените, колегите и сл. Овие стресори вклучуваат интерперсонални конфликти на работното место, вознемирување (сексуално) и мобинг. На ова може да се додаде и справувањето со екстремно тешка категорија на клиенти. **Стресорите поврзани со распоредот на работа** произлегуваат од временското организирање на работните задачи, односно сменска работа, ноќна работа и сл. На овие може да се додаде и прекувремена работа и долготрајно работно време. **Стресорите поврзани со кариерата** вклучуваат несигурност на работата и слаби можности за кариера и напредување. **Трауматските стресори** се настани како што се изложеност на катастрофи, големи несреќи, незгоди или екстремно ризични активности. Војниците, пожарникарите и полицајците се најизложени на трауматските стресори. **Организациската промена** истотака може да биде стресор, на пример воведување на нови технологии, трансформирање, реорганизација или намалување на организацијата и сл. (Sonnentag & Freese, 2003).

1.1.2. Концептуализација на поимот стрес и теории за стресот

Корените на денешниот современ концепт на стресот потекнуваат уште од првата половина на 19 век кога виталистот **Клод Бернард** преку неговото објаснување за преживувањето на едноклеточните организми докажал дека тие се зависни од условите во кои живеат (топлина, влага и сл.). Додека, пак, високо развиените живи организми имаат поголем степен на автономност т.е. тие можат да се прилагодуваат на животните услови. Бернард сметал дека во нив има некоја “животна сила” која ги прави осетливи на промените во животните услови, но тие не се детерминирани од нив. Неговата клучна идеја била дека надворешните промени кои го нарушуваат интегритетот на организмот предизвикуваат негови одговори кои настојуваат да воспостават повторна рамнотежа. Токму на оваа идеја се темелат сите следни истражувања за стресот.¹

Важна личност која придонела за денешното сфаќање на поимот стрес бил и **Волтер Б. Кенон** (почеток на 20тиот век) чии истражувања се однесувале на испитување на специфичните механизми кои доведуваат до одговор на промените во надворешната околина и овозможуваат оптимално функционирање на организмот. Тој ја прифаќа Бернардовата идеја за одржување на рамнотежа и таа рамнотежа ја нарекол “хомеостаза”. Кенон го споменува постоењето на сензорни нерви кои можат да пренесат информации до другите делови на телото. Кога мозокот ќе добие информации за нерамнотежа тој активира свои одбранбени механизми (метаболички, ендокрини процеси и сл.) со цел ја поврати својата хомеостаза. Доколку организмот не успее соодветно да одговори на оваа промена може да дојде до повреда на ткивото дури и до смрт.² Токму поради ова негово сознание Кенон во 1932 истакнал дека силите во околината можат да предизвикаат болест и дека луѓето имаат тенденција на давање отпор на овие сили. Кенон го означил одговорот на стресот како `итна реакција` и е најпознат по неговото идентификување како `борба-бегство` (fight-flight) (Gardner, 2005). Пример за ова е дека трчаме многу побрзо кога некој не брка одошто кога трчаме за рекреативни цели. Кенон

^{1 2} Достапно на:

<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Stres%20i%20tjelesno%20zdravlje%20%20poglavlje.pdf>

претпоставил дека перцепцијата за закана го активира таламусот (денес познат како хипоталамус) кој, пак, ја стимулира хипофизата да лачи хормон со кој ќе ги активира надбубрежните жлезди. Потоа, тие лачат адреналин кој го активира симпатичкиот нервен систем и тогаш настанува таа реакција борба-бегство. Кога заканата ќе исчезне парасимпатичкиот нервен систем го враќа организмот во својата рамнотежа.³

Ханс Сели е една од најважните личности во концептуализацијата на поимот стрес. Неговите идеи датираат уште од 1936 год., а во 1950 год. ја издава монграфијата “Физиологија и патологија на изложеност на стрес”, а поширок интерес предизвикува неговата книга издадена во 1956 “Животен стрес” (The Stress of Life). Според Сели стресот се однесува на телесни ефекти од различно потекло кои сериозно ја нарушуваат рамнотежата на организмот, односно стресен одговор (реакција). Факторите кои предизвикуваат стресен одговор Сели ги нарекува стресори, а овој термин се користи и денес. Тој сметал дека организмот одговара на заканата или повредата со ист склоп на неспецифични реакции кој го нарекол **Општ адаптивен синдром (General Adaptation Syndrome- GAS)**. “Општ” затоа што претставува одговор на различни стресни влијанија и има општ ефект врз многу телесни системи; “адаптивен” затоа што ја активира одбраната и го започнува процесот на обновување на организмот. Овој синдром содржи три стадиуми: ⁴

1) Првиот стадиум од овој модел е **стадиум на аларм**, во кој се јавува намален отпор проследен со шок и одбранбените механизми се активираат. Во оваа фаза организмот е алармиран за настанатата стресна ситуација и се подготвува за реакција на стресот. Настанува општа стимулација на автономниот нервен систем, понатаму доаѓа до супресија на симпатичкиот нервен систем што е следено со зголемен мускулен тонус, хипотензија и хипотермија. Настануваат и други метаболички промени во организмот. Оваа фаза може да трае од неколку секунди до 24 часа зависно од интензитетот на стресорот и чувствителноста, ранливоста на индивидуата. Доколку индивидуата

^{3 4} Достапно на:

<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Stres%20i%20tjelesno%20zdravlje%20%20poglavlje.pdf>

е слаба, чувствителна или сеуште е присутен стресорот тогаш доаѓа до анти-шок реакција на организмот која што наликува на Кеноновата борба-бегство реакција. Се стимулира симпатичкиот нервен систем симпатоадренално медуларниот систем и се ослободуваат катехоламини (епинефрин и норепинефрин). Понатаму, сигналот стигнува до хипоталамусот кој лачи кортикотропин (CRF) кој ја стимулира аденохипофизата на лачење на адренкортикотропниот хормон (ACTH). Понатаму, АЦТХ патува преку крвниот систем сè до кората на надбубрежните жлезди каде ја регулира секрецијата на различни хормони познати како кортикоиди. Понатаму кортикоидите патуваат до сите делови на организмот и предизвикуваат различни реакции. Како последица на сето ова индивидуата симптоматски се жали на болка во градите, палпитации, тахикардија, главоболка, дисфагија, стомачни грчеви, чувство на зашеметеност или вртоглавица, мускулен тремор, болки во зглобовите, бруксизам и сл. (Hill Rice, 2012).

2) Доколку индивидуата ја надмине оваа фаза тогаш следи вториот стадиум наречен **стадиум на отпор** кој претставува антитеза на претходниот стадиум на аларм. На пример, во фазата на аларм надбубрежните жлезди ослободуваат хормони во крвотокот со што нивните залихи се намалуваат, следствено на тоа во фазата на отпор кората на надбубрежните жлезди акумулира голема количина на секреторни гранули. Стадиумот на отпор драматично ја редуцира аларм реакцијата на аларм на организмот со цел да се воспостави целосна отпорност на стресорот. Во ткивата настанува хомотрофна адаптација со која тие ја интензивираат нивната функционална активност за да би можело телото да го надмине дејството на стресорот. Ова претставува обид да се одржи повисоко ниво на функционирање во присуство на стресорот. Истотака, настанува и хетеротрофната адаптација која вклучува приспособување и трансформација на ткивото да врши различни функции. Според сето ова фазата на отпор може да се гледа како обид на организмот за опстанок во присуство на стресорот користејќи ги сите свои одбранбени механизми (Hill Rice, 2012).

3) Третиот стадиум т.е. **стадиум на исцрпеност** настанува доколку организмот не е способен да се врати во нормално ниво на отпорност (односно,

во преаларм реакција на хомеостазата), или пак, ако првичната повреда била преголема. Во оваа фаза активноста на ендокриниот систем е зголемена, така што високите циркуирачки нивоа на кортизолот веќе создаваат негативни ефекти на кардиоваскуларниот, дигестивниот, имунолошкиот систем и сл. Симптомите се слични на оние во иницијалната фаза на аларм, но тие не може да се одржуваат до бесконечност бидејќи организмот ги исцрпува своите ресурси. Токму затоа и може да дојде до фатални последици по човековото здравје, дури и смрт (Hill Rice, 2012).

Селиевиот модел на стрес бил критикуван бидејќи го игнорирал психолошкото влијание врз индивидуата и истотака нејзината способност да ја промени ситуацијата откако ќе го препознае стресот (Gardner, 2005).

Понатаму се развиле различни теории за интеракцијата помеѓу личноста и околината. Еден таков модел создал Харисон (1978) и го нарекол **Поединец-Околина** (Person-Environment, P-E). Во оваа теорија за стрес Харисон истакнал дека постојат два вида на усогласеност меѓу индивидуата и нејзината околина: степенот до кој вештините и способностите на поединецот одговараат на барањата кои се бараат од нив и степенот до кој околината одговара на потребите на индивидуата. Според него, кога ќе се случи зголемена неусогласеност помеѓу било која од овие мерки, доаѓа до последици во однос на здравјето (Gardner, 2005).

Во 1970 год. се појавила и т.н. **трансакциона теорија за стресот**, според која процесот на стрес е релационен, како резултат на трансакција помеѓу поединецот и околината. Според оваа теорија стресот ќе се зголеми кога барањата на индивидуата ќе ги исцрпат достапните ресурси во околината, а со тоа ќе се наруши нивната благосостојба. Харисоновата теорија и Трансакционата теорија се слични по тоа што во фокусот на двете теории се поединецот и околината како целина (Gardner, 2005).

1.1.3. Поим за професионален стрес

Професионалниот стрес уште одамна претставува голема грижа на индустријата за здравствена заштита. Различни студии направени досега

показале дека кај здравствените работници има повисока стапка на злоупотреба на супстанции и самоубиства отколку кај другите професии и зголемена стапка на појава на депресија и анксиозност кои се поврзани со стресот на работното место. Негативните последици од ова се многубројни, помеѓу кои најрелевантни се: професионалното согорување, абсентизам, напуштање на работното место, намалено задоволство кај пациентите, како и грешки во дијагнозаата и лекувањето. Националниот институт за безбедност на работа и здравје познат како NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) ја дава следнава дефиниција за професионалниот стрес: *”штетни физички и емоционални реакции кои настануваат кога постои несовпаѓање на барањата на работата со способностите, ресурсите или потребите на вработениот”*.⁵

Следниве **фактори на работното место** или **стресори на работното место** можат да резултираат со стрес:⁶

- ⇒ *Барања од работата или работните задачи*, како што се: преголем обем на работа, недостаток на контрола на задачите, двосмисленост на улогата итн.
- ⇒ *Организациски фактори*, како што се: сиромашни интерперсонални комуникации, нефер менаџмент политики итн.
- ⇒ *Финансиски или економски фактори*
- ⇒ *Конфликт меѓу работните и семејните обврски*
- ⇒ Проблеми поврзани со *недостаток на можности за кариера и развој*
- ⇒ *Сиромашна организациска клима* (недоволна посветеност на менаџментот кон основните вредности, конфликтни комуникациски стилови и сл.).

1.1.4. Разлика меѓу стрес и професионално согорување

Како резултат на долготрајна изложеност на стрес се јавува професионалното согорување. Овие два поима иако имаат заедничко потекло, сепак, се разликуваат во однос на неколку карактеристики. Стресот е лесно

^{5 6} Достапно на: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

препознатлив по своите манифестации, додека професионалното согорување може да трае со месеци и години без да се препознае. Во табелата бр.1 се прикажани главните карактеристики во однос на кои стресот и професионалното согорување се разликуваат.⁷

Табела бр.1 Карактеристики според кои постојат разлики меѓу стресот и професионалното согорување

СТРЕС	наспроти	ПРОФЕСИОНАЛНО СОГОРУВАЊЕ
Преангажираност		Деангажираност
Емоциите се силно изразени		Емоциите се затапени
Продуцира хиперактивност и ургентност		Продуцира беспомошност и безнадежност
Намалена енергија		Намалена мотивација, идеали
Води кон анксиозни пореметувања		Води кон депресија
Примарна е физичката оштетеност		Примарна е психичката оштетеност
Може предвреме да убие		Го прави животот недоволно вреден за живеење

1.2. Професионално согорување

1.2.1. Историски развој на појавата на поимот професионално согорување

Самиот поим *burnout* или професионално согорување претставува метафора за “задушување на пожар” или “згаснување на свеќа”. Имплицира на тоа дека еднаш огнот бил запален, но тој неможе бесконечно да гори доколку нема доволно ресурси кои ќе го одржуваат. Така и вработените кои доживуваат професионална согореност со текот на времето ја губат својата способност да постигнат интензивни придонеси кои имаат свое влијание. Доколку тие продолжат да работат, резултатот од работата ќе биде намален и безначаен. Гледано од нивна и од перспектива на другите, тие постигнуваат помалку. Од сето ова е видливо дека метафората ја опишува исцрпеноста на способноста на

⁷ Достапно на: http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm

вработените да одржуваат интензивна инволвираност која ќе има значајно влијание во работата (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Терминот *професионално согорување* или *burnout синдром* за првпат е употребен во САД од страна на психоаналитичарот **Herbert Freudenberger** во **1974** година. Со неговото откритие тој заслужено е наречен “татко на burnout синдромот” (Schaufeli, Buunk, 2003). Тој го објавил првото научно објаснување на burnout синдромот како психичка и физичка истрошеност (Felton, 1998). Freudenberger го употребил терминот burnout за да опише болест, состојба кај вработени во секторот на човечки услуги кои станувале “истрашени” или стигнувале до степен во кој неможат да си ги извршуваат ефикасно работните задачи или воопшто да се грижат за нивните клиенти. Во овој период Freudenberger работел како неплатен психијатар во бесплатната Клиника за зависници од дрога во Њујорк. Според Karodia (2007) зборот burnout Freudenberger го сретнал токму во работата со зависници од дрога и се однесувал на хронична злоупотреба на дрога (“изгорен” од дрогата) и го употребил за да ја опише психолошката состојба на некои од волонтерите кои работеле со него. После неколку месеци работа со него, волонтерите станувале поуморни, подепримирани и поапатични во споредба со клиентите со кои работеле.

Истовремено но независно од Freudenberger, во **1976** социјалниот психолог **Christina Maslach** заедно со неколку нејзини колеги започнала да прави истражувања во врска со burnout синдромот. Тие најпрво започнале во Калифорнија да интервјуираат вработени од помагателните професии. Како социопсихолошки истражувач Maslach била заинтересирана за тоа како вработените се справуваат со емоционалната напнатост и какви когнитивни стратегии користат. Како резултат од спроведените интервјуа со вработените таа дознала дека тие често се чувствуваат емоционално исцрпени, понатаму развиваат негативна перцепција и чувства кон нивните клиенти/пациенти и дека како резултат на емоционална криза доживеале и криза во својата професионална компетентност. Според неа овие вработени страдале од burnout синдромот (Schaufeli et al., 2009).

После овие истражувања спроведени од **Fraudenberger** и **Maslach** професионалното согорување станало популарна тема. Всушност, му било дадено соодветно име на нешто што и порано постоело, но само “во воздухот”. Во оваа пионерска фаза започнала популаризација на поимот **burnout** синдром преку **MAC** медиумите. Сепак, она што недостасувало биле емпириски истражувања, повеќето од објавените биле теориски. Оваа преголема популаризација донела и несакани ефекти на научните истражувања. Дури била одбиена за објавување и психометриската статијата на **Maslach** во која го илустрира **МБИ**, којшто подоцна станува еден од нашироко употребуваните и највалидните инструменти за мерење на **burnout**. Статијата била одбиена од научно списание со образложение дека не е ни прочитана бидејќи не објавуваат “поп” психологија. Понатаму со зголемување на бројот на емпириски научни истражувања за **burnout**, тој повторно бил гледан како сериозна тема и сериозен проблем. Откако **Maslach** го објавила својот **МБИ** (**Maslach Burnout Inventory**) неговата употреба била широко распространета, а биле изработени и други прашалници за мерење на професионално согорување од страна на други автори. Истражувањата започнале да се прошируваат и во другите држави на САД, потоа во Европа итн. Исто така дел од истражувачите се преориентирале на истражување на присуството на **burnout** и во другите професии не само во помагателните (**Shaufeli & Buunk, 2003**).

1.2.2. Дефинирање на професионалното согорување

Постојат многубројни дефиниции за професионалното согорување кои **Schaufeli** и **Buunk** (1996) ги класифицираат во две групи. Првата група се **дефиниции на состојбата** во кои професионалното согорување се дефинира преку неговите главни карактеристични симптоми. Втората група дефиниции се **дефиниции на процесот**, во кои **burnout**-от е дефиниран како динамичен процес.

- Дефиницијата за професионалното согорување на **Fraudenberger** според **Петричковик** (2010) гласи: “Постепно губење на идеализмот, енергијата, смислата и целите кои често ги доживуваат луѓе кои професионално се

занимаваат со помагателните професии и претставуваа непосредна последица од условите во кои работат” и може да се гледа на него како одговор на поединецот на високо ниво на хроничен стрес во стручните активности кој практично се манифестира со физичка, емоционална и ментална исцрпеност.

- Дефиницијата на **Maslach** според Weber & Jackel-Reinhard (2000) е следнава: *“Индекс на дислокација помеѓу она што луѓето се и она што мораат да го прават”*.
- Schaufeli & Buunk (2003) ја даваат една од најчесто цитираните дефиниции за професионалното согорување- дефиницијата на **Maslach** и **Jackson**, од 1986 според која: *“Burnout претставува синдром на емоционална исцрпеност, деперсонализација и недостаток на лично остварување кој настанува кај индивидуи кои работат во помагателните професии или слично”*.
- Во 2001 год. **Maslach**, **Schaufeli** и **Laiter**, според Embriaco, Papazian, Rochard et al. (2007) професионалното согорување го дефинирале како: *“психолошки синдром кој се јавува како реакција на хронични интерперсонални стресори во работната средина. Трите димензии на оваа реакција се: преголема исцрпеност, чувство на цинизам и отфрленост во работата и присутна неефективност со недостаток на остварувања”*.

Во оваа дефиниција се наведени трите димензии на професионалното согорување, односно претставено е преку **мултидимензионален модел** кој го сочинуваат три главни компоненти и тоа: емоционална исцрпеност, деперсонализација и недостаток на лично остварување (Halbesleben & Buckley, 2004).

Емоционалната исцрпеност во овој модел се однесува на осиромашеноста на емоционалните ресурси. Вработените чувствуваат дека веќе

нема ништо во нив што би дале во нивната работа. Енергијата што ја имале во себе за да и се посветат на работата е пресушена, оставајќи ги беспомошни да си ја вршат својата работа.

Деперсонализацијата (позната и како цинизам или повлеченост) претставува повлекување на вработениот од неговата работа и работни задачи и развивање на рамнодушен, ладен и негативен став кон работата, колегите, клиентите и сл.

Недостаток на лично остварување се јавува кога вработениот има нарушена перцепција за неговата работна способност. Тој смета дека неможе да си ја извршува работата добро т.е. онака како што порано ја извршувал (Halbesleben & Buckley, 2004).

- **Cherniss** (1994, според Dhaniram, 2009), професионалното согорување го дефинира како: *“процес кој започнува со прекумерни и пролонгирани нивоа на притисок на работното место , така што стресот предизвикува исцрпеност кај вработениот (притисок, раздразливост, и замор). Процесот завршува со одбранбено справување на вработениот со стресот преку негово психолошко дистанцирање од работата, апатичност, цинизам и ригидност”*.
- Во дефиницијата на **Fraudenberger & Richelson**, 1980 според Dhaniram (2009) професионалното согорување се определува како *“состојба на физичка и емоционална осиромашеност која е резултат на работните услови и стремежот да се достигнат некои нереални очекувања наметнати од себеси или од страна на општествените вредности”*.
- Според други автори (**Edelwich & Brodsky**, 1980 според Dhaniram, 2009) професионалното согорување претставува *“прогресивно губење на идеализмот, енергијата и целите кои ги искусуваат луѓе вработени во помагателните професии како резултат на нивните работни услови”*

- **Pines & Aronson**, (1988, според Schaufeli & Buunk, 2003) сметаат дека професионалното согорување е *“состојба на физичка, емоционална и ментална исцрпеност предизвикана од долготрајна вклученост во ситуации кои се емоционално тешки”*.
- Од **медицински аспект** овој синдром е вклучен во десетата ревизија на Меѓународната Класификација на болестите (МКБ) под шифра **Z73.0** како *Burnout- состојба на тотална исцрпеност* (Weber & Jackel-Reinhard, 2000).
- А во една од најшироко прифатените дефиниции за професионалното согорување, **Felton** (1998) го опишува како: **“Физичка и психичка исцрпеност, што настанува како резултат на долготраен стрес или фрустрација на работното место”**.

1.2.3. Етиолошки фактори на професионалното согорување

Некои автори (Leiter and Harvie, 1996) забележале дека во повеќето истражувања за burnout синдромот кои биле направени во минатото со вработени во помагателните професии се покажала корелација помеѓу компонентите на burnout синдромот и можните **етиолошки фактори** кои се поделени во три групи, и тоа:

А) Индивидуални карактеристики на вработените: адекватно искористување на слободното време, физичка активност, спиење, чувство дека се има цел во животот, задоволство од работата, ниво на самодоверба, емпатична загриженост, гледање од туѓа перспектива, начин на изразување на бесот, поддршка од блиските (пријателите, семејството), употреба на алкохол итн. Сите овие лични карактеристики и животни навики имаат влијание на тоа дали и колку индивидуата ќе биде подложна на настанување на синдромот на професионално согорување.

Б) Карактеристики на клиентот: бројот на клиенти (пациенти, корисници и сл.), видот на клиенти со кои се работи (агресивни, вознемирени, неконтрактибилни, тешко болни, несвесни и сл.), процентот од работното време

кое се поминува со клиенти на дневно и неделно ниво итн. Втората група фактори се значајни за сите помагателни професии вклучувајќи ги и здравствените работници, бидејќи тие имаат директен контакт со пациенти на кои им е потребна помош.

В) Карактеристики на работата: работни услови и работна средина, работна клима, вид на установа (приватна или државна, од отворен или затворен тип), ноќна или дневна работа, со полно работно време или скратено, вид на раководење и лидерство, пристап до ресурси и информации, соработка со колегите, двонасочна комуникација со претпоставените, можност за унапредување и усовршување, награди и казни итн.

Според Dedić (2005) синдромот на професионално согорување настанува поради два вида фактори: ситуациски и индивидуални.

А) Ситуациски фактори се:

- карактеристиките на работното место (квантитативни барања-преоптеретеност поради должината на работното време и обемот на работа; квалитативни причини- конфликти и губење на поддршката од колегите),

- професионалните карактеристики поврзани со работата (работни норми, притисок од обврските на работа и конфликт на работното место) и карактеристики поврзани со клиентите (контакт со клиенти, зачестеност на тие контакти),

- работа која влучува соочување со смрт,

- односот работа-емоции (потреба да се потиснат или изразат емоции, сочувствување) и

- организациски карактеристики (вид на работно место).

Б) Индивидуални фактори се:

- демографските карактеристики: возраст (почесто се јавува кај помлади), пол (не се забележани разлики), брачен статус (почест е кај немажени/неженети), ниво на образование (почест е кај оние со пониско ниво на образование),

- особините на личноста (помалку храбри, со намалена самопочит, личности кои избегнуваат да се соочат со проблемите во животот) и

- односот кон работното место (преголеми очекувања од работното место), претходното работно искуство и стилот на работа.

1.2.4. Симптоми и стадиуми на професионалното согорување

Во табела бр.2 се наведени симптомите на професионалното согорување класифицирани во четири групи и тоа: физиолошки, емоционални, бихејвиорални и когнитивни.⁸

Табела бр.2 Четири групи на симптоми на професионалното согорување

Физиолошки симптоми	Емоционални симптоми
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Стегање или болка во градите (чувство на гушење) ➤ Проблеми со дигестијата (опстипација, дијареа, гадење,) ➤ Главоболка ➤ Намалување или зголемување на телесна тежина ➤ Нарушен менструален циклус ➤ Несоница, замор 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Промени во расположението ➤ Чувство на лутина, бес ➤ Чувство на вина, срам ➤ Анксиозност ➤ Чувство на беспомошност ➤ Цинизам ➤ Намалена самодоверба ➤ Депресивност
Бихејвиорални симптоми	Когнитивни симптоми
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Намалена работна способност ➤ Проблеми со зависности (алкохол, наркотици, цигари) ➤ Преголем или изгубен апетит ➤ Намалено либидо ➤ Нарушени навики за спиење ➤ Повлекување од семејството и пријателите ➤ Неадекватно планирање на времето 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Намалена концентрација ➤ Проблеми со помнењето ➤ Дезорганизираност ➤ Намалена способност за расудување и донесување на одлуки ➤ Песимистички пристап кон нештата

⁸ Достапно на: <http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1526/03Chapter3.pdf>

Доколку кај вработените навреме не се забележат првите симптоми на феноменот на професионалното согорување и не се превземат превентивни мерки, тогаш доаѓа до негово продлабочување и штетни последици како за индивидуата, така и за установата во која е вработена.

Dedić (2005) наведува 4 фази во развојот на професионалното согорување, и тоа:

- 1) **Работен ентузијазам** – личноста е максимално посветена на својата работа, им удоволува на луѓето со кои работи, не си допушта себеси дневен или годишен одмор. Ваквото ангажирање не доведува до адекватно задоволство, така што личноста станува разочарана и незадоволна;
- 2) **Стагнација** – која се карактеризира со потешкотии во односите, како со соработниците, така и со семејството, пријателите. Личноста е емоционално ранлива и недоверлива. Најчесто својот излез го гледа во следната фаза;
- 3) **Емоционално повлекување и изолација** – кое уште повеќе допринесува за доживување на работата како бесмислена и безвредна. Во овој стадиум започнуваат првите знаци на телесно исцрпување, што претставува дополнителен стрес и доведува до следната фаза;
- 4) **Апатија и губење на животните интереси** – се јавува како одбрана од хроничното незадоволство на работа. Првичното воодушевување и самоувереност преминува во цинизам и рамнодушност, се јавува губење на верба во себе и своите способности. Личноста која стигнала до четвртата фаза или се одлучува за промена или останува на работа, потполно без никаква мотивација.

1.2.5. Здравствените работници како ризична професија за појава на професионален стрес и професионално согорување

Медицината најчесто привлекува идеалисти кои сакаат да им помогнат на другите, но оваа професија значително се одразува на нивното слободно време и енергија со премногу обврски во лимитираниот работен ден. Многумина лекари за да ја доусовршат својата професија ги напуштаат своите домови и семејства. Нивните најчести интеракции се со пациентите кои се исплашени и болни. Во нивната работа тие секојдневно се под голем притисок од заканата да се направи грешка од небрежност (особено хирурзите). Многумина тие се судски тужени и без разлика дали има нивна вина во случајот сепак тоа остава трага на личноста и доведува до депримираност, незадоволство и фрустрираност бидејќи се работи за нивната чест и углед. Работата “на повик” истотака допринесува за нарушување на нивниот приватен живот. Понатаму, тие секојдневно се соочуваат со ситуации на “живот и смрт” и донесување на итни и тешки одлуки. Нивната професија е од оние кои задолжително треба да се доусовршува преку нови методи на лекување, нови апарати за дијагностика и сл. Со тек на време лекарите сè повеќе го губат својот авторитет пред пациентите а тоа дополнително им ја отежнува работата. Еден дел од лекарите размислуваат за промена на професијата, друг дел размислуваат за заминување на работа во друга земја каде барем личниот доход би им бил поголем, а оние на кои им се ближи крајот на работниот век се одлучуваат за предвремено пензионирање (Felton, 1998).

Медицинските сестри, истотака, се соочуваат со слични стресни ситуации на работа, во истото стресно опкружување како и лекарите. Тие се во постојана интеракција со пациентите, бидејќи нив најпрво им се обраќаат за помош, совет или др. потреби. Многу често тие имаат преголем борј на пациенти за кои треба да се грижат. Понатаму, двојните смени (12 часа) или дежурствата (24 часа) кај нив предизвикуваат изразен замор. Нивното работно место е често подложно на ротација, односно еден ден да работат на едно одделение друг ден на друго, така што мораат да се адаптираат на нови пациенти, различен начин на работа, различни колеги итн. Кај медицинските сестри кои работат со тешко болни пациенти (метастазиран карцином, ХИВ/СИДА и сл.) често се јавува чувството на

личен неуспех бидејќи неможат да им помогнат кога имаат силни болки или слично иако се свесни дека тоа е својствено за болеста и неможе да биде поинаку. Медицинските сестри постојано работат со ризик од повреди со игла и заразување со различни заразни болести. Многупати биле и физички повредени, нападнати од пациент (со и без ментална болест) или пак од неговата фамилија и сл. Нивна најголема секојдневна грижа е стравот од давање на погрешен лек на пациент, особено бидејќи работат со преголем број на пациенти и едвај постигнуваат да ја поделат соодветната терапија (Felton, 1998).

Според NIOSH⁹ *Стресори на работното место кои се заеднички за здравствените работници се следниве:*

- ⇒ несоодветни кадровски нивоа,
- ⇒ долготрајно работно време,
- ⇒ сменска работа,
- ⇒ изложеност на заразни и опасни супстанции.

Овие стресори варираат во различни здравствени професии дури варираат и во исти професии зависно од работните задачи.

Во повеќето студии направени за професионален стрес кај *медицинските сестри* најчесто се повторуваат и истакнуваат следниве фактори¹⁰:

- ⇒ преголем обем на работата,
- ⇒ временски притисок,
- ⇒ недостаток на социјална поддршка (особено од надредените, главните сестри и повисоките менаџери),
- ⇒ изложеност на заразни болести,
- ⇒ повреди од игли,
- ⇒ изложеност на насилство и закани на работното место,
- ⇒ лишеност од спиење,

^{9 10} Достапно на: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

- ⇒ конфликтност и двосмисленост на улогата,
- ⇒ малубројност на персоналот,
- ⇒ проблеми поврзани со кариера и развој,
- ⇒ работа со тешко и сериозно болни пациенти.

Додека пак кај *лекарите* најчести фактори за стрес се следниве¹¹:

- ⇒ долготрајно работно време,
- ⇒ презафатеност,
- ⇒ справување со умирање и смрт на пациенти,
- ⇒ интерперсонални конфликти со останатиот персонал,
- ⇒ очекувањата на пациентите,
- ⇒ закана од судска постапка за небрежно работење.

1.2.6. Превенција и стратегии за соочување со професионалното согорување

За да биде целосна и успешна на долг рок превенцијата на професионалното согорување потребен е мултидисциплинарен пристап. Со оваа проблематика особено се занимаваат професионалци, како што се: психолог, социјален работник, доктори по медицина на трудот, специјалисти по ментална хигиена, менаџерите на човечки ресурси, здравствените менаџери итн. Секоја од овие професии од свој аспект може да придонесе во превенција на овој синдром. Во поново време стрес менаџментот стана една од важните функции на менаџерите на човечки ресурси во организациите, па тие во рамките на својата работна организација изготвуваат програми за менаџирање на стресот. Превенцијата на професионалното согорување всушност е превенција на стресот преку денес познатиот стрес менаџмент.

¹¹ Достапно на: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

Стрес менаџментот може да се дефинира како: збир на интервенции и стратегии, дизајнирани со цел да се намали штетното влијание на стресорите на работното место (Mantha, 2001).

Менаџирањето на стресот т.е. неговата редукција, се одвива на три нивоа (Blaug Kenyon & Lekhi, 2007) :

- **примарно ниво**- да се спречи појавата на стресот преку наоѓање на изворот на стрес. Овие стратегии можат да бидат реактивни или проактивни. Реактивните имаат цел да ги идентификуваат и променат оние аспекти кај вработениот или работното место од кои произлегува стресот. Проактивните, пак, се фокусираат повеќе на работното место одошто на вработениот и се насочени кон обезбедување што помалку стресна работна средина. Во реалноста организациите повеќе превземаат проактивни мерки бидејќи реактивните ги чинат поскапо. Најчесто се практикува вработените да се едуцираат како да се соочуваат со стресот и сл. Но, сето тоа за жал дава резултати кои се краткотрајни.
- **секундарно ниво**- превземање мерки за третирање или посредување при настанатите ефекти од дисфункција или проблем со кој се соочува вработениот. Тука се вклучени интервенции од страна на стручни лица како: доктори, психолози или психотерапевти, психијатри и сл. Еден од најчесто употребуваниот е когнитивно-бихејвиоралниот третман.
- **терцијално ниво**- откако на вработениот му е дефинитивно дијагностицирано дека страда од несаканите ефекти на стресот, се превземат соодветни мерки за негова рехабилитација и помош за повторно враќање на работа. Една од најприфатените и најисплатливи вакви мерки е т.н. “менаџмент на случај” која има цел да го врати вработениот на работа во координација со различни даватели на третман услуги.

Меѓу најзастапените начини за редукција на стресот во организацијата Mantha (2001) ги наведува следниве:

- ⇒ *Дизајн на работата*- јасни улоги, давање на поголема слобода внатре во организациската структура.
- ⇒ *Стандарди на изведување*- поставување на разумни и достижни цели.
- ⇒ *Распоред*- вистинските луѓе на вистинско место.
- ⇒ *Развој и кариера*- планирање на кариерата и унапредување на вработените во согласност со нивните можности.
- ⇒ *Достапност*- можност на вработените да зборуваат за своите проблеми.
- ⇒ *Константен тренинг*- на менаџерите и вработените со цел управување со стрес.
- ⇒ *Поттикнување* на креативност и иновативност.

Генерално земено, интервенциите за превенција и соочување со професионалното согорување може да се поделат во две групи (Le Blanc, Schaufeli, 2008):

- ➔ **Индивидуални интервенции**- насочени кон индивидуата/вработениот и
- ➔ **Организациски интервенции**- насочени кон организацијата/работното место.

Според Schaufeli и Buunk (2003) за да се постигнат најдобри резултати треба да се користат повеќе различни индивидуални и организациски стратегии во комбинација.

Barona и Jimenez (2005) наведуваат дека цел на **индивидуалните стратегии** е промоција на само-адаптацијата и соочувањето со стресот. Во нив овие автори ги вбројуваат следниве групи на техники:

- ⇒ *Физиолошки техники*- техники ориентирани кон физиолошката вознемиреност и емоционалниот или физичкиот немир предизвикан од стресори на работното место. Во нив спаѓаат: физичка релаксација, контрола на дишењето, биофидбек итн.

- ⇒ *Бихејвиорални техники*- овие техники имаат за цел само-стекнување на вештини и способности за однесување на решавањето на конфликтите на работа. Тоа се најчесто обуки и тренинзи за стекнување на социјални вештини, техники за решавање на проблеми, самоконтрола и сл.
- ⇒ *Когнитивни техники*- ваквите техники се фокусирани на перцепцијата, интерпретацијата и евалуацијата на конфликтите на работното место и сопствените ресурси кои ги поседува субјектот. Земајќи во предвид дека професионалното согорување е проследено со нерационално размислување кое произлегува од стресните настани, важно е спротивставувањето да биде согласно когнитивните техники со цел да се промени автоматското размислување. Во когнитивни техники спаѓаат: систематска десензибилизација, затворен ум, стрес инокулација, когнитивно реструктурирање, контрола на ирационалното размислување, супресија на нефункционалните ставови и рационално-емотивна терапија.
- ⇒ *Социјално-интервентни стратегии*- се превземаат со цел да се избегне изолацијата и да се подобри процесот на социјализација, преку зајакнување на социјалната поддршка преку политики на кооперативна работа. Социјалната поддршка ги намалува несаканите ефекти кои се предизвикани од стресот и го зголемува капацитетот на личноста да се соочи со него.

Според Le Blanc и Schaufeli (2008) **организациските стратегии** за намалување на професионалното согорување, чија цел е отстранување или модифицирање на стресорите на работното место поретко се употребуваат во праксата за разлика од индивидуалните. Ова најверојатно се должи на нивната комплексност, бидејќи истовремено вклучуваат многу различни луѓе и потребно е значително повеќе време, труд и пари. Меѓу позначајните организациски интервенции, овие автори ги наведуваат следниве:

- ⇒ *Редизајнот на работата* (односно, проширување или збогатување на работата и ротација)- се смета за една од најмоќните методи за

намалување на обемот на работа, а со тоа и за превенција на професионалното согорување.

- ⇒ *Поддршката од колегите* исто така се смета за клучна во превенцијата на професионалното согорување. Зголемената интеракција помеѓу колегите придонесува и за решавање на проблемите на работа, но и за личните проблеми.
- ⇒ *Советување за кариера* и програми за кариера и развој, односно вработените да не сметаат дека нивната кариера е завршена.
- ⇒ *Двонасочна комуникација помеѓу менаџментот и вработените* преку редовни состаноци и средби и сл.

1.3. Задоволство од работата

1.3.1. Зачетоците на развојот на концептот задоволство од работата

Концептот задоволство од работата најпрво бил развиен во Хоторн студиите во доцните 1920-ти и раните 1930-ти од страна на **Elton Mayo** во Хоторн погонот на Западната Компанија за Електрика во Чикаго. Резултатот од овие студии бил дека емоциите на вработените можат да влијаат врз нивното однесување на работа. Социјалните врски и психолошките фактори се главните причини за задоволство од работата и продуктивност на вработените (Rast & Tourani, 2012).

Книгата на **Robert Lippick** “*Задоволство од работата*” (1935) била првата значајна публикација за овој поим. Неговата работа се базира на интервјурање на работници во Њу Хоуп, Пенсилванија. Тој открил дека 88% од вработените во градот се задоволни од нивната работа. Исто така, забележал и различни нивоа на задоволство во различни професии. Вработените во

извршните органи и оние со раководни функции биле најзадоволната група, додека најмалку задоволни биле физичките работници. Оваа студија претставува темел за сите понатамошни емпириски истражувања за задоволството од работата (Reiner, 1998). Норрск сметал дека задоволството од работата може да се мери и анализира како целина. И покрај тоа тој не негирал дека постојат повеќе аспекти на задоволството од работата, сомневајќи се дека поради индивидуалните карактеристики, само едно ниво од задоволството од работата може да се утврди за вработените. Неговата теорија била сметана за “глобална” поради неговиот пристап и поради тоа подоцна истражувачите зазеле поинаков пристап согледувајќи ги специфичните аспекти на задоволството. Норрск развил инструмент за мерење на задоволството од работата познат како Job Satisfaction Blank (JSB), кој директно се базирал на неговата теорија. Овој негов инструмент бил краток, лесно разбирлив и лесен за употреба, додека негова маана било што мерел само едно ниво на задоволство и не биле одредени изворите на задоволството. При употребата на JSB Норрск открил корелација помеѓу задоволството од работата и полот, возраста итн. (White, 2008).

1.3.2. Дефинирање на задоволството од работата

- **Норрск** во 1936, (според Aziri, 2011) го дефинира задоволството од работата како: *“комбинација од психолошки, физиолошки и средински околности кои придонесуваат личноста да каже дека навистина е задоволна од работата”*.
- **Vroom** во 1964, (според Aziri, 2011) истакнува дека *“Задоволството од работата претставува афективна ориентација од страна на поединецот кон работните улоги со кои се занимава во моментот”*.
- **Lawler** во 1973, (според Newby, 1999) го објаснува задоволството од работата како *“...разлика помеѓу она што луѓето мислат дека треба да го добиваат и она што тие сметаат дека го добиваат...”*.

- Според Sempane, Rieger и Roodt (2002), **Schneider** и **Snyder** во 1975 го дефинираат задоволството од работата како: *“лична проценка на условите присутни на работното место или исходите кои произлегуваат од тоа да се има работа”*.

- Според Eap (2007), **Locke** во 1976 го дефинира задоволството од работата како *“задоволувачка или позитивна емоционална состојба како резултат на целокупна оцена на работата на поединецот или неговото работно искуство и задоволството од работата која се постигнува кога вредностите на индивидуата се компатибилни со нејзините потреби”*.

- Според Reiner (1998), **Kalleberg** во 1977 ја дава следнава дефиниција: *“задоволството од работата се однесува на целокупната афективна ориентација на дел од поединците кон работните улоги кои моментално ги имаат”*.

- **Shultz** во 1982, (според Newby, 1999): *“задоволство од работата претставува психолошка диспозиција на луѓето кон нивната работа-ова вклучува колекција од бројни ставови или чувства”*.

- **Muchinsky** во 1987, (според Reiner, 1998): *“задоволството од работата претставува степен до кој едно лице извлекува уживање од работата”*.

- Според Newby (1999), за **Lofquist** и **Dawis** во 1991, задоволството од работата претставува: *“позитивна афективна евалуација на поединецот за конкретната работна средина; резултат од исполнувањето на индивидуалните барања од страна на конкретната средина; пријатна афективна состојба; индивидуална проценка за степенот на исполнување на неговите или нејзините барања од страна на средината”*.

- Според Maniram (2007), **Baron** и **Greenberg** во 2003, сметаат дека: *”задоволството од работата претставува став на поединецот кон работата и неговите когнитивни, афективни и евалуативни реакции кон работата”*.
- Според Aziri (2011) задоволството од работата **Armstrong** во 2006, го дефинира како: *“...ставови и чувства кои луѓето ги имаат кон нивната работа. Позитивните и посакувани ставови индицираат на постоење на задоволство од работата. Додека пак, негативните и неповолни ставови укажуваат на незадоволство од работата”*.

1.3.3. Теории за задоволство од работата

Најчеста поделба на теориите за задоволство од работата која се среќава во литературата е нивната поделба во две групи и тоа: *теории на содржина* и *теории на процес*.

A) Теории на содржина

Овој вид на теории се фокусираат на идентификување на она што е во самата индивидуа или во нејзината околина кое и дава енергија и го поттикнува нејзиното однесување. Со други зборови, кои специфични нешта ги мотивираат луѓето.¹² Експертите подготвувале повеќе листи на биолошки, психолошки, социјални и потреби на човекот од повисоко ниво. Речиси сите ги категоризираат потребите во примарни, секундарни и барања од високо ниво, кои треба да бидат исполнети кога е потребно работникот да биде мотивиран и задоволен (Saif, Nawaz, Jan и Khan, 2012). Во оваа категорија теории спаѓаат следниве: Масловата теорија за хиерархија на потребите, Двофакторната теорија на Herzberg, теоријата на X и Y, Теоријата за потребите на McClelland и Теоријата на Alderfer.

¹² Достапно на: http://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/715/8/08_chapter1.pdf

Маслова теорија за хиерахијата на потребите (1943)

Во минатото задоволството од работата било претставувано преку задоволување на потребите на работникот, односно дали работата ги задоволува неговите физички и психолошки потреби. Доколку овие потреби се задоволени се очекувало да постои и задоволство од работата. Токму на ова се заснова Масловата теорија за потребите. Abraham Maslow ги дели човековите потреби во две категории: *потреби на недостаток* и *потреби за раст*. Во првата категорија спаѓаат физичките потреби (глад, жед, сон...), потребата за сигурност (засолниште и заштита од физичка опасност...) и потребата за припаѓање (прифаќање, љубов...), а во втората категорија се потребата за почит и углед и самоактуализација. Хиерархиски најпрво се задоволуваат потребите на недостаток, а потоа потребите за раст (Eap, 2007).

Како резултат на Масловото истражување организациите сфатиле дека не само што треба да им ги остваруваат потребите на своите вработени од пониско ниво (физиолошките, безбедност, припаѓање), туку мораат да им излезат во пресрет и во исполнувањето на потребите од повисоко ниво, конкретно самодовербата и самоактуализацијата (White, 2008).

Двофакторна теорија на Herzberg (1959)

Frederick Herzberg спровел студија за мотивација во која интервјуирал 200 сметководители и инженери. За собирање на податоци тој употребил две прашања: а) “Кога сте се чувствувале особено добро во врска со Вашата работа?” и б) “Кога сте се чувствувале исклучително лошо во својата работа?”. Токму од ова негово истражување се вродила идејата за неговата теорија (Saif, Nawaz, Jan & Khan, 2012).

Herzberg го објаснува задоволството од работата преку теорија на задоволување на потреби. Во неговата теорија тој употребува два фактори: “*мотивација*” и “*хигиена*” (Baylor, 2010).

а) Хигиенските или екстринзички фактори се:

- правила на компанијата,
- супервизија,
- плата,
- интерперсонални релации,
- работни услови,
- сигурност на работата,
- статус и
- приватен живот

б) Мотивациски или интринзички фактори се:

- постигнувањето,
- признавањето,
- самата работа,
- одговорностите,
- напредувањето и
- раст

Хигиенските може да го минимизираат, но неможат да го зголемат задоволството од работата, додека мотивациските имаат моќ за негово зголемување (Eap, 2007).

Иако моделот на Herzberg донел позитивен придонес за понатамошните истражувања, сепак добил негативни критики поради неможноста за негово емпириско докажување. Понатаму, критикувано било и тоа што не било одредено како мотивациските и хигиенските фактори можат да се измерат (Maniram, 2007).

Теорија на X и Y (1960)

По извршена опсервација и разбирање на начинот на кој менаџерите се справуваат со нивните вработени, **Douglas McGregor** предложил дека менаџерскиот поглед за природата на луѓето се заснова на група претпоставки и дека менаџерите го менуваат нивното однесување кон подредените според тие

нивни “претпоставки” за различните вработени Според него постојат два вида на вакви “претпоставки” и тоа следниве (Saif et al., 2012):

А) Претпоставки за Теорија X (негативно гледање на луѓето), односно дека:

- луѓето имаат вродена одбивност кон работата и ја избегнуваат колку што е возможно,
- поради ваквото однесување луѓето мора да бидат контролирани, насочувани и да се употребуваат закани за казнување со цел да бидат приморани да работат,
- тие преферираат да бидат насочувани, да избегнуваат одговорност, имаат мала амбиција и сакаат сигурност.

Б) Претпоставки за Теорија Y (позитивно гледање на луѓето), односно дека:

- физичкиот и менталниот напор во работата се природни (како играта и одморот),
- надворешната контрола и заканите не се единствениот начин за продуцирање на ваков напор. Луѓето можат да практикуваат самонасочување и самоконтрола во постигнувањето на целите,
- степенот до кој тие се посветени на целите е детерминиран од големината на наградите кои се добиваат со нивното постигнување,
- во соодветни услови, луѓето учат како да прифаќаат, но и како да бараат одговорност.

Теорија на потреби-Теорија за постигнување (1961)

David McClelland во неговата книга издадена во 1961 *The Achieving Society* (Општество што постигнува), идентификува три типови на мотивациски потреби, врз кои основа модел за опишување на еден стил на однос за мотивирање на себеси и другите, кој зависи од различните нивоа на потреби на индивидуата. Тие три мотивациски потреби се следниве:¹³

¹³ Достапно на: <https://wikispaces.psu.edu/display/PSYCH484/2.+Need+Theories>

1) *Постигнување*- оние со високи потреби за постигнување ги привлекуваат ситуации кои нудат лична одговорност, поставување на предизвикувачки, но сепак остварливи цели и посакуваат фидбек за нивните перформанси.

2) *Моќ*- индивидуите со потреба за моќ и авторитет посакуваат да имаат влијание врз другите, но не покажуваат потреба едноставно да имаат контрола. Тие имаат мотивација и потреба да го подигнат личниот статус и престиж.

3) *Припадност*- оние со потреба за припадност ценат изградување на силни врски, се восхитуваат на припаѓањето на групи и организации и се чувствителни на потребите на другите. Овој тип на луѓе се тимски играчи и сакаат да се респектирани и сакани.

Според McClelland, повеќето луѓе поседуваат комбинација од овие карактеристики. Неговата теорија критичарите ја сметаат за покорисна од онаа на Maslow и Alderfer поради нејзината поголема емпирска докажаност. Тој развил и тренинг програми за зголемување на потребата за постигнување кај менаџерите.¹⁴

ERG Теорија (1969)

Clayton Alderfer ја истражувал Масловата теорија и ја поврзал со практични истражувања. Тој ја регрупираше Масловата листа на потреби во три класи:

- *Постоење (Existence)*,
- *Поврзаност (Relatedness)* и
- *Раст (Growth)*

Оттука и произлегло нејзиното име ERG теорија. Во неговата класификација е вклучена Масловата поделба на потребите како: постоење (физиолошки и безбедносни потреби), поврзаност (социјални потреби и потреби за доверба) и раст (самоактуализација). Alderfer предложил континуум на

¹⁴ Достапно на: <https://wikispaces.psu.edu/display/PSYCH484/2.+Need+Theories>

потреби наспроти хиерархијата или двофакторноста на потребите. Спротивно на Maslow и Herzberg, тој смета дека потребите од пониско ниво не мора да бидат задоволени пред оние од повисоко ниво, ниту дека лишувањето од потребите е единствен начин за нивна активација (Saif et al., 2012).

Б) Теории на процес

Теориите на процес се обидуваат да го објаснат и да го опишат процесот, односно како однесувањето е енергизирано, насочено, одржувано и стопирано. За да се објасни и опише однесувањето овие теории се трудат да ги дефинираат главните варијабли кои се важни за објаснување на мотивираните луѓе. Според овие теоретичари задоволството од работата е детерминирано не само од природата на работата и нејзиниот контекст во организацијата, туку исто така и од потребите, вредностите и очекувањата кои индивидуите ги имаат во врска со нивната работа.¹⁵ Во теории на процес спаѓаат: Теоријата на еднаквост, Теоријата на очекувања, Моделот на очекувања, Теорија на поставување цели и Теоријата за карактеристиките на работата.

Теорија на еднаквост (1963)

J. Stacy Adams е творецот на оваа теорија која предлага дека вработените го мерат она што го вложуваат во работата- **инпут**, наспроти она што тие го добиваат од неа- **аутпут**, и потоа го споредуваат овој однос со односот инпут-аутпут на другите вработени. Ако тие увидат дека овој однос е еднаков со оној на останатите кои за нив се битни, тогаш постои состојба на **еднаквост**. Теоријата на еднаквост била интензивно проучувана во изминатите пет декади под насловот дистрибутивна правда. Било откриено дека наградите го зголемуваат задоволството на вработените само ако овие награди се вреднуваат и сметаат за соодветни и правични од страна на вработените (Saif et al., 2012).

Теорија на очекувања (1964)

¹⁵ Достапно на: http://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/715/8/08_chapter1.pdf

Victor H. Vroom тврди дека луѓето се мотивирани да работат за да постигнат некоја цел само ако веруваат дека таа цел е вредна и дека постои можност она што го прават да им помогне во постигнувањето на нивните цели. Неговата теорија се базира на три главни варијабли: **валенција** (вреднување), **очекување** и **инструменталност**. Валенција претставува силата на индивидуалниот избор (или вредност, мотивација, став и очекувана корист) за одреден аутпут, односно привлечноста на самата награда. Очекување претставува претпоставката дека одреден напор ќе доведе до одреден примарен исход, додека инструменталноста е степенот до кој примарниот исход ќе доведе до саканото секундарно ниво на исход, односно превземање на активност за добивање на секундарниот исход. На пример, личноста може да биде мотивирана (мотивациска сила или напор) преку подобри перформанси (примарен аутпут) да добие унапредување (секундарен аутпут). Оваа теорија се смета за една од најсеопфатните теории за мотивација и задоволство од работата. Објаснува дека мотивацијата е производ на три фактори: колку наградата е посакувана, проценка на веројатноста дека напорот ќе доведе до успешно извршување и проценка дека извршувањето ќе резултира со добивање на наградата (Saif et al., 2012).

Теорија на одредување цели (1968)

Според оваа теорија на **Edwin Locke** основни мотиватори се целите. Некои специфични цели доведуваат до зголемени перформанси, на пример, потешките цели доведуваат до повисоки перформанси одошто полесните цели. Исто така фидбекот за перформансите понатаму придонесува за уште повисоки перформанси отколку кога нема фидбек (Saif et al., 2012).

Јасно дефинираните цели позитивно влијаат на мотивацијата бидејќи луѓето точно знаат што се очекува од нив и какви резултати ги очекуваат. Ако целите се претешки и недостижни тоа е контрапродуктивно, затоа е неопходно и самите вработени да бидат вклучени во формулирањето на целите. Со учеството во нивна формулација вработените самите ќе ги прифатат и доживуваат како сопствени, а со самото тоа ќе вложуваат големи напори за нивното остварување (Lukič, 2009).

Модел на очекување (1968)

Моделот на очекување на **Porter** и **Lawler** е многу популарен во објаснувањето на процесот на задоволството од работата. Тие истакнуваат дека *`напорот`* (силата на мотивација) не доведува директно до *`перформанс`*. Тоа е прилично условено од *`способностите и особините`* и *`перцепцијата на улога`* на вработените. Понатаму, *`задоволството`* не зависи од перформансот, туку е детерминирано од *`веројатноста на добивање на фер награди`*. Моделот на Porter и Lawler сугерира дека мотивацијата е под влијание на неколку меѓусебно поврзани когнитивни фактори, како што е мотивациските резултати од *`согледаната веројатност за напор-награда`*. Пред овој напор да се претвори во перформанс, *`способностите и особините`* и *`перцепциите на улога`* на вработените влијаат врз напорот кој се користи во перформансите. Понатаму, *`согледаните правични награди`* се оние кои го детерминираат *`задоволството од работата`* на работната сила (Saif et al. 2012).

Теорија за карактеристиките на работата (1975-76)

Карактеристиките на работата претставуваат аспекти на индивидуалната работа и работните задачи на вработените кои ја оформуваат индивидуалната перцепција за нејзината/неговата улога во организацијата. Во оригиналната формулација на теоријата за карактеристиките на работата на **Hackman** и **Oldham** во 1980 год., тие тврдат дека исходите од редизајнот на работата биле под влијание на неколку модератори. Овие модератори ги вклучуваат разликите во посакуваниот личен или психолошки прогрес на вработените. Јасноста на работните задачи води до поголемо задоволство од работата, бидејќи поголемата јасност на улогите креира таква работна сила која е позадоволна, попосветена и повклучена во работата.

Според овој модел постојат *пет карактеристики на работата* (спектар на вештини, идентитет на задача, значајност на задача, автономија и фидбек) кои влијаат на *трите критични психолошки состојби* (исполнетост со чувство на значајност, одговорност за исходот и знаење за актуелните резултати) кои пак влијаат врз *резултатите* од работата (задоволство од работата, абсентизам, работна мотивација и сл.) (Saif et al.).

1.3.4. Фактори кои доведуваат до задоволство од работата

Факторите кои создаваат задоволство од работата Locke ги дели во две категории: **настан/состојба** и **агент**. Во првите спаѓаат: *работата* (задачи, обем, достигнувања, разновидност итн.); *награди* (унапредување, плата, одговорност и вербално признавање) и *контекст* (социјални и физички работни услови). Во агент фактори спаѓаат: *самодовербата* и *другите* (супервизори, соработници, субординирани, компанијата и менаџментот).

Locke во 1976 (според Eap, 2007), наведува листа од вредности или состојби кои придонесуваат за задоволството од работата и тоа:

- ✓ Ментално предизвикувачка работа (со која индивидуата може успешно да се носи),
- ✓ Личен интерес во самата работа,
- ✓ Работа која не е премногу физички оптеретувачка,
- ✓ Наградување за перформансите,
- ✓ Работни услови (компатибилни со физичките потреби и кои овозможуваат остварување на работните цели),
- ✓ Високо ниво на меѓусебна доверба на вработените итн.

Barber во 1986 (според Eap, 2007) наведува дванаесет главни фактори кои влијаат на задоволството од работата и тоа:

- ✓ Самата работа (видот на работата),
- ✓ Чувство на постигнување или предизвик од работата,
- ✓ Признавање,
- ✓ Одговорност,
- ✓ Унапредување,
- ✓ Плата,
- ✓ Безбедност на работа,
- ✓ Добри работни услови,
- ✓ Супервизија,
- ✓ Интерперсонални односи со колегите,
- ✓ Организациски правила,

- ✓ Посветеност на менаџерите и работниците кон организациските цели.

Spector во 1997 (според Eap, 2007) ги дели причинителите на задоволството од работата во две главни категории. Првата категорија ја претставуваат *работната средина и факторите поврзани со работата* (како работникот е третиран, природата на работните задачи, односи со соработниците и награди). Втората категорија ја претставуваат *индивидуалните фактори* кои личноста ги носи на работното место (персонални карактеристики и претходни искуства).

Robbins во 2003 (според Oudejans, 2007) наведува четири примарни фактори кои го детерминираат задоволството од работата.

⇒ Првата детерминанта се *правичните награди*, и се однесува на системот за плата и унапредување кои вработените го перцепираат како фер и во согласност со нивните очекувања. Кога вработените сметаат дека нивниот систем за промоција и плата е фер и е базиран на платните стандарди и индивидуалните нивоа на вештини, многу е веројатно дека тие ќе доживеат чувство на задоволство.

⇒ Втората детерминанта се *поддржувачките работни услови*. Вработените не сакаат да работат во работна средина која е опасна, туку во работна средина која е комфортна и безбедна. Многу вработени истотака сакаат да работат колку што е можно поблиску до нивниот дом и со соодветни средства за успешно завршување на нивните работни задачи.

⇒ Третата детерминанта е да се има *ментално предизвикувачка работа*. Работата која е досадна, затапувачка и има многу мал предизвик најчесто креира здодевност кај вработените. Спротивно на тоа, работата која е премногу предизвикувачка и премногу побарувачка често креира чувство на неуспех и фрустрација кај вработените. Вработените сакаат работа која им дава можност да ги употребат своите способности, знаење и вештини и која нуди спектар на работни задачи, слобода и фидбек.

⇒ Последната четврта детерминанта е *поддржувачки колеги*. За многу вработени, социјалните интеракции претставуваат клучен фактор за задоволство од работата. Затоа поддржувачките и пријателски настроените колеги придонесуваат за повисоко задоволство од работата .

Една од најчестите поделби застапена во литературата во врска со факторите кои влијаат врз задоволството од работата е нивната поделба во две групи и тоа: *организациски и лични фактори на задоволство*.¹⁶

А) Организациски фактори за задоволство од работата се:

- *Систем на наградување*- Колку е платата повисока луѓето се позадоволни од работата. Меѓутоа, веднаш треба да се наведе дека перцепираната праведност на наградување е поважен фактор од висината на платата. Работниците се позадоволни ако перцепираат дека системот за наградување е фер и подеднакво ги третира сите вработени. Очекувањата се поголеми од праведноста на системот на наградување одошто од самата висина на платата.
- *Пријатни работни услови*- Колку што работните услови се подобри логично е да толку и задоволството на вработените да биде поголемо.. Тоа е зголемено не само затоа што им е физички поприматно, туку и затоа што подобрите услови за работа создаваат поголема можност за подобро извршување на работните задачи и успех во работата. Луѓето често се понезадоволни од лошите работни услови не затоа што им се ним лично непријатни туку затоа што им пречат во постигнувањето на очекуваните перформанси.
- *Колеги на работа*- Социјалната атмосфера е битен фактор за задоволство од работата. Вработените се позадоволни од работата доколку работат со колеги со кои имаат лично многу добри персонални односи и доколку на

¹⁶ Достапно на:

http://www.ekof.bg.ac.rs/studije/2007/predmeti/org_i_upr_ljud_res/3%20VREDNOSTI%20I%20STAVOVI.pdf

работа владее пријатна работна атмосфера. Тоа посебно се однесува на луѓето кои не се во голема мерка заинтересирани за кариера. Во рамките на овој фактор спаѓа и односот на вработените со непосредниот раководител (шеф). Доколку вработените имаат поблизок однос со шефот, ако тој често ги пофалува вработените, ја следи нивната работа и изгради со нив отворени односи, тогаш задоволството на вработените ќе е поголемо. Исто така, мора да се напомене дека и националната култура може да има влијание на значењето на овој фактор. Во колективистичките култури логично е да се претпостави значењето на пријатната социјална атмосфера и отсуството на конфликти како битен фактор за задоволство од работата кај повеќето вработени, дури и поважен од висината на платата.

- *Организациска култура*- Истражувања направени во САД покажале дека вработените се позадоволни доколку организацијата е повеќе децентрализирана т.е. во неа им е дадена поголема партиципација во одлучувањето. Децентрализацијата може да биде извор на задоволство на вработените само ако тие очекуваат дека моќта треба да биде колку што е можно порамномерно распределена во организацијата. Но, ова е случај само во националните култури кои имаат ниска т.н. дистанца на моќ. Во културите со висока дистанца на моќ вработените не очекуваат и не преферираат нивно вклучување во одлучувањето. Други карактеристики на организациската структура исто така се покажале како извор на задоволство како што се транспарентноста и стабилноста. Вработените биле позадоволни ако организациската структура е јасна, позната и стабилна. Ова може да се доведе до една друга карактеристика на одредени национални култури – избегнување на неизвесност. Вработените не сакаат големи промени, неизвесност и нејасност, така што очекуваат организацијата да ги поштеди од истото. Доколку тоа се оствари ќе биде извор на задоволство кај вработените.

Б) Лични фактори за задоволство од работата

- *Усогласеност помеѓу личните интереси и работата*- Позадоволни од работата се работниците чиј личен профил, знаење и способности кои ги

поседуваат подобро одговараат на потребите за работното место на кое се наоѓаат. Во тој случај работникот чувствува дека работата му овозможува да го изрази своето знаење и вештини, да ја изрази својата личност и способности и ќе биде позадоволен. Влијанието на овој фактор е индиректно. Усогласеноста помеѓу способностите и работните барања ќе доведе до подобри работни резултати, тие ќе доведат до поголеми награди и сите заедно ќе водат кон поголемо задоволство на вработените.

- *Работен стаж и старост-* Постарите луѓе со поголем работен стаж имаат тенденција да бидат позадоволни од работата од оние со помалку стаж на одредено работно место. Тоа се случува не само затоа што човекот со тек на време станува сè подобар во својата работа, дава подобри резултати и е повеќе наградуван, туку и поради т.н. когнитивна дисонанца. Дури и оние кои на почетокот не биле задоволни од својата работа, ако останале на истата подолго време, ја рационализираат својата инертност со тоа што се убедуваат себеси дека се задоволни од таа работа. Истражувањата покажале дека задоволството од работата се зголемува со годините на стаж и старост, но не линеарно. Најпрво нагло се зголемува до триесетите години, затоа што човекот станува поуспешен во својата работа и напредува во кариерата. Околу четириесетите години човекот губи многу илузии и е помалку задоволен, а веќе во втората половина на педесетите години па сè до пензија задоволството расте.
- *Позиција и статус-* Колку е повисоко хиерархиското ниво на вработениот толку е тој позадоволен од работата со која се занимава. Причина е најверојатно тоа што повисоката положба е придружена со повисоки примања и одредени статусни симболи, поголема моќ и општествено влијание кое се заедно доведува до поголемо задоволство од работата.
- *Целокупно задоволство од животот-* Истражувањата покажале постоење на “ефект на прелевање на задоволството”. Задоволството од целокупниот живот позитивно се одразува на задоволството од работата и обратно, задоволството од работата има позитивно влијание врз задоволството од целокупниот живот.

1.3.5. Ефекти од задоволството од работата

Незадоволните работници имаат повеќе начини на располагање како може да го изразат незадоволството. Следната матрица покажува дека реакциите на вработените кон незадоволството од работата можат да се класифицираат во две димензии: активна-пасивна реакција и конструктивна-деструктивна. Така добиваме 4 типа реакции на вработениот на незадоволството од работата со која се занимава и тоа (Стојановиќ, 2012):

- **Напуштање**- активна деструктивна реакција, заминување од претпријатието поради незадоволството.
- **Запоставување**- пасивно дозволување да се влошува ситуацијата, се зголемува отсуствувањето од работа, се редуцира грижата, се зголемуваат грешките во работата.
- **Протестирање**- активна конструктивна грижа за да се отстранат причините за незадоволството.
- **Лојалност**- пасивно, конструктивно чекање работите да се поправат.



Слика бр.1 - Стратегија за решавање на незадоволство од работата на Grinberg и Baron, 1998 (Стојановиќ, 2012)

На слика бр.1 е прикажана стратегијата за решавање на незадоволство од работата на Grinberg и Baron, 1998 (според Стојановиќ, 2012).

Задоволството на вработените има три основни **ефекти** (Стојановиќ, 2012):

A) Задоволство и продуктивност

Иако е логично да се претпостави позитивна корелација помеѓу задоволството и продуктивноста, таа поврзаност не е толку голема како што некогаш се мислело. Коефициентот на корелацијата во сите испитувања се движи околу 0.17. Има повеќе причини зошто врската на задоволството и продуктивноста не е голема и директна. Прво, можно е на продуктивноста да влијаат и други фактори, а не само задоволството на работниците. Има технологија каде работникот малку може да влијае на продуктивноста, бидејќи технолошкиот процес ја одредува брзината на работата. Задоволството или незадоволството на работникот може тогаш малку да влијае на продуктивноста. Можното објаснување за ниската корелација на задоволството и продуктивноста на работникот е и насока на причинско-последична врска на овие два феномени. Некои испитувања покажуваат дека можеби зголемувањето на продуктивноста е причина, а не последица од задоволството на вработените. Зголемувањето на продуктивноста предизвикува подобрување на перформансите, а ова до зголемување на наградите на вработените што пак доведува до зголемување на нивното задоволство. На крај, во последно време се посочува и на тоа дека продуктивноста е само еден аспект на подобрување на перформансите под дејство на задоволството на работниците. Задоволниот работник не само што ќе биде попродуктивен, туку, што некогаш е исто толку важно, да се создава подобра атмосфера на работа и позитивно да влијае на работата на останатите колеги.

B) Отсуствување од работа

Задоволните работници помалку отсуствуваат од работа. Оваа хипотеза е потврдена и со емпириските испитувања иако (негативни) коефициентот на корелација не е така силен како што се очекувало. Како можна причина за слабата корелација меѓу незадоволството на вработените и нивното

отсуствување од работа е влијанието на други фактори врз одлуката да се отсуствува од работа. Некогаш и многу задоволен работник мора да отсуствува од работа од оправдани причини. Од друга страна, има повеќе фактори кои го принудуваат незадоволниот работник сепак да доаѓа на работа- стравот од губење на работата, одговорноста кон колегите на работа или кон клиентите.

В) Флукуација

Востановено е дека задоволните работници помалку ја напуштаат работата, отколку незадоволните што изгледа како многу здраво и разумно. Степенот на флукуација во претпријатијата со високо незадоволство на вработените е многу повисок отколку во оние со низок степен на незадоволство. Сепак, и овде има доста медијаторни променливи кои можат тој однос да го комплицираат. Незадоволниот работник можеби ќе остане на работа бидејќи нема други можности. Тоа значи дека на корелацијата меѓу задоволството и флукуацијата на вработените влијаат општите економски можности, како и степенот на невработеност во економијата. Востановено е дека и на наклонетоста кон напуштањето на работата влијаат и генералното задоволство или незадоволството на вработениот од животот. Тоа влијание е спротивно од она што на прв поглед би можело да се претпостави. Полесно ја напуштаат работата тие работници кои генерално се задоволни од животот (но, се незадоволни од работата), отколку тие кои се незадоволни и од работата и од животот во целина.

Последиците од задоволството и незадоволството од работата може да бидат прикажани низ следниот тридимензионален модел на однесувања:¹⁷

- а) Членство-** Доколку постои незадоволство од работата поединецот бара други алтернативи за промена на работното место или напуштање на организацијата. Додека пак, ако поединецот гледа напредок и иднина на неговото работно место тогаш тој останува лојален на неа.

¹⁷ Достапно на: <http://www.uri.edu/research/lrc/scholl/webnotes/Satisfaction.htm>

б) Соодветна улога- Ако вработениот е задоволен од својата работа тој си ги извршува работните задачи комплетно и навремено соработува со колегите и ги извршува задачите дадени од претпоставените. Спротивно на тоа, незадоволниот работник неадекватно и нецелосно ги извршува своите задачи, дури во краен случај на незадоволство може и да саботира одредени проекти на организацијата со цел да се "одмазди".

с) Дополнителна улога- За да дојде до вакво однесување мора да има некој извор на мотивација (плата, остварување на цели, позитивен социјален фидбек итн.). Под ова се подразбира поголема дополнителна работна ангажираност (нови работни задачи, помагање на колегите и сл.) на задоволниот работник поради присуство на некој извор на мотивација. Незадоволниот работник пак, не прифаќа вакви дополнителни улоги сè додека не се отстрани причината за неговото незадоволство.

1.3.6. Зголемување на задоволството од работата

Задоволството на вработените од работата може да се зголеми од страна на менаџерите за човечки ресурси, директорите во претпријатијата доколку се обрне внимание на следниве пет точки:¹⁸

1) **Подобрување на корпоративната комуникација:**

- прашување на вработените за мислење, односно тие треба да стекнат чувство дека имаат влијание врз одлуките кои се донесуваат,
- запознавање на вработените со работните резултати на претпријатието,
- запознавање и со проблемите со кои се соочува претпријатието,
- информирање на вработените за работата во другите сектори на претпријатието.

2) **Обрнување внимание на работните услови**

¹⁸ Достапно на: <http://www.mojtim.com/hr-saveti/Kako-povecati-zadovoljstvo-zaposlenih/260/>

- почитување на паузите за ручек,
- простор за одмор во работната зграда (кујна или сл.),
- обезбедување на паркинг простор.

3) Организација на работата и можности за напредување

- јасно определени и дефинирани работни задачи и одговорности,
- систем за напредување и кариера на вработените,
- мониторинг и оценување на вработените и фидбек за постигнатите резултати,
- можности за усовршување на работата (преку обуки и сл.).

4) Меѓучовечки односи и лојалност

- градење на доверба помеѓу вработените и работодавачот,
- создавање на пријатна организациска клима,
- еднаквост кон сите вработени при примена на стандардите и сл.,
- организирање на повеќе “teambuilding” активности, со цел да се се зајакнува тимскиот дух.

5) Задоволство од работното место

- да им се обезбеди чувство на сигурност на работното место (да не се плашат дека во секој момент може да го изгубат своето работно место),
- баланс помеѓу приватниот и професионалниот живот (колку што е можно да не се преоптоваруваат вработените со работа за дома, повици од работа и сл.).

1.4. Релевантни истражувања

Ogresta, Rusac и Zores во **2008** година ги соопштуваат резултатите од нивното спроведено истражување во Хрватска за *утврдување на односот меѓу професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствени работници за ментално здравје.*

Нивна цел била да ги идентификуваат предикторите на професионалното согорување, како задоволството од работата и манифестациите на професионалниот стрес, кај здравствените работници за ментално здравје. Примерокот “снежна топка” вклучувал вкупно 174 здравствени работници (медицински сестри, социјални работници и психијатри) за ментално здравје во 15 психијатриски болници и клиници во Хрватска. Женски испитаници биле 139, а машки 35. Употребени инструменти биле Maslach Burnout прашалникот (MBI), Прашалник за манифестации на професионалниот стрес и Прашалник за задоволство од работата (JSS). Тие ги корелирале димензиите на професионалното согорување со задоволството од работата и со професионалниот стрес. Истотака, извеле мултипла регресиона анализа употребувајќи ги трите димензии на професионалното согорување: емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и личното остварување. Резултатите од мултиплата регресија покажале дека задоволството од платата и наградите, работната атмосфера, можностите за напредување, степенот на психолошки и физички манифестации на професионален стрес се значајни предиктори на емоционалната исцрпеност. Честотата на негативните емоционални и бихејвиорални реакции кон пациентите и колегите, физичките и психолошките манифестации на професионален стрес, како и задоволството од платата и наградите, ги посочиле како значајни предиктори на деперсонализацијата. Задоволството од работната атмосфера се покажало како значаен предиктор на ниските нивоа на личното остварување.

Заклучокот од ова нивно истражување е дека здравствените работници за ментално здравје имаат среден степен на професионално согорување, но дека нема значајни разлики помеѓу вработените на различни работни места. Генерално, *двете димензии задоволство од работата и манифестациите на професионалниот стрес се докажале како релевантни предиктори на професионалното согорување.*

Jeleč Kaker (2009) спровела истражување чија цел била да се испита степенот на задоволство од работата и степенот на професионално согорување и да се утврди поврзаноста меѓу нив.

Во истражувањето учествувале 57 социјални работници вработени во здравствени установи во Република Словенија. Употребени инструменти биле : општ прашалник со социо-биографски податоци, Maslach Burnout прашалникот (MBI) и Прашалник за задоволство од работата (JSS). Резултатите од истражувањето покажале незадоволство од платата, работните услови, бенефициите, напредувањето и наградувањето. Социјалните работници биле задоволни од комуникациските вештини, надредените, колегите и карактеристиките на работата. Кај испитаниците биле присутни среден степен на емоционална исцрпеност и деперсонализација (цинизам) и висок степен на лично остварување. Статистички значајна поврзаност, и тоа негативна, се покажала меѓу цинизмот и карактеристиките на работата, емоционалната исцрпеност и работните услови, додека кај професионалната ефикасност (лично остварување) не се покажала статистички значајна поврзаност со задоволството од работата. Тестирани биле и разликите меѓу социјалните работници во трите субскали на професионалното согорување во однос на нивните биографски обележја и тоа: пол, возраст, образование и работен стаж. Само помеѓу социјалните работници од машки и женски пол била констатирана статистички значајна разлика во однос на нивната емоционална исцрпеност. Во случајов се покажало дека социјалните работнички имаат повисока емоционална исцрпеност во споредба со нивните колеги од машки пол.

Во ова истражување се дошло до следниот заклучок дека: присутноста на високата корелација меѓу цинизмот и исцрпеноста со карактеристиките на работата/работните услови сугерира потреба за *квалитетно и континуирано следење на проблемот на професионално согорување* на социјалните работници во здравството. Неговата *рана детекција како и на (не)задоволството од работата* е еден од можните начини на грижа за менталното здравје на помагачите и обезбедување на подобра грижа за пациентите.

2. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. Проблем и предмет на истражување

Менаџментот на човечки ресурси е професија која во денешно време станува сè поактуелна, со што се прошируваат и нејзините функции и задачи. Истражувањето во рамките на овој магистерски труд ќе биде насочено кон потенцирање на превентивната улога на менаџерите за човечки ресурси во однос на намалување на ризикот од професионално согорување и одржување на високо ниво на задоволство од работата кај здравствените работници.

Медицината е хумана наука и најчесто оние кои се занимаваат со неа се особено заинтересирани и мотивирани. Но, доколку не постојат соодветни услови за работа, нема меѓусебна соработка со претпоставените и колегите, или пак, често се работи прекувремено, тогаш постои ризик љубовта кон професијата постепено да згасне.

Здравствените работници вработени во јавните здравствени установи се особено вулнерабилни на професионалниот стрес и имаат тенденција кон настанување на професионално согорување кое понатаму се одразува врз квалитетот на нивната работа и негативно се одразува на нивното физичко и ментално здравје.

Задоволството од работата е неопходно да биде на високо ниво за да се добие квалитетна здравствена услуга т.е. одговорност, грижа, професионалност, љубезност и заинтересираност кон пациентите. Така, од особена важност за установата, но и за општеството во целина е здравствените работници да бидат во физичка и психичка добросостојба пред се заради квалитетот на здравствените услуги.

На подрачјето на Р. Македонија не постојат доволен број на истражувања за корелацијата меѓу овие два феномена (професионалното

согорување и задоволството од работата). Оттука произлегува и инспирацијата и потребата за спроведување на ова истражување.

Проблем во ова истражување е *да се утврди каква е поврзаноста на професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници во јавните здравствени установи.*

Предмет на истражување е: *степенот на професионално согорување и степенот на задоволство од работата кај здравствените работници во јавните здравствени установи и нивната меѓусебна поврзаност.*

Во истражувањето се проучува присуството на професионалното согорување и степенот на задоволство од работата кај здравствените работници за да се утврди нивната меѓусебна поврзаност со цел да се увиди потребата од превземање на превентивни мерки од страна на менаџерите за човечки ресурси. Добиените резултати ќе помогнат да се утврди функцијата на менаџерот во планирањето и спроведувањето на превентивните мерки на организациско ниво.

2.2. Цел на истражувањето

Општа цел на ова истражување е:

- Да се утврди поврзаноста на професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници вработени во јавните здравствени установи.

Поединечни цели:

- Да се утврди дали задоволството од работата има влијание врз појавата на професионалното согорување кај здравствените работници.
- Да се утврди застапеноста на професионалното согорување кај здравствените работници во јавните здравствени установи.

- Да се утврди кај кои категории на вработени најчесто се јавува професионалното согорување.
- Да се утврди степенот на задоволство од работата кај здравствените работници во јавните здравствени установи.
- Да се утврди кои категории на вработени имаат највисоко задоволство од работата, а кои најниско.

Теоретски цели:

- Да се прошири теоретското знаење за синдромот на професионално согорување на здравствените работници од аспект на менаџментот на човечки ресурси.
- Да се прошири теоретското знаење за задоволството од работата на здравствените работници
- Да се провери поврзаноста помеѓу професионалното согорување и задоволството од работата
- Да се акцентира превентивната функција на менаџментот на човечки ресурси во јавните здравствени установи
- Да се создаде материјал кој во иднина ќе претставува основа за понатамошни истражувања во оваа област.

Апликативни цели:

- Јакнење на капацитетите на менаџерите во препознавање на професионалното согорување.
- Јакнење на самосвеста на здравствените работници за симптомите на професионалното согорување.
- Зголемување на превентивните мерки од професионално согорување на здравствените работници
- Акцентирање на потребата од високо ниво на задоволство од работата кај здравствените работници
- Подобрување на квалитетот на здравствените услуги преку зголемување на работните перформанси на здравствените работници

- Развивање на свеста за потребата од стручни кадри во јавните здравствени установи кои ќе се бават со оваа проблематика

2.3. Хипотетска рамка

Главна хипотеза:

A- *Постои поврзаност помеѓу задоволството од работата и професионалното согорување кај здравствените работници вработени во јавните здравствени установи.*

Субхипотези:

A1- Повисоко интринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска емоционална исцрпеност, во споредба со здравствените работници со повисока емоционална исцрпеност.

A2- Повисоко интринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска деперсонализација, во споредба со здравствените работници со повисока деперсонализација.

A3- Повисоко екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска емоционална исцрпеност, во споредба со здравствените работници со повисока емоционална исцрпеност.

A4- Повисоко екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска деперсонализација, во споредба со здравствените работници со повисока деперсонализација.

A5- Здравствените работници со повисоко лично остварување имаат и повисоко интринзичко задоволство, во споредба со здравствените работници со пониско лично остварување.

Релевантни хипотези:

Б- *Постојат разлики во професионалното согорување на здравствените работници во зависност од полот, дежурствата, видот на работното место, образованието, возраста, работниот стаж и висината на платата.*

Субхипотези:

Б1- Здравствените работници од женски пол и оние кои дежураат покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници од машки пол и оние кои не дежураат.

Б2- Здравствените работници кои се на работното место- лекар покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници на работното место- лаборант.

Б3- Здравствените работници кои се на работното место- медицинска сестра покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници на работното место- транспортер/болничар.

Б4- Повозрасните здравствени работници и оние со поголем работен стаж покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со помладите здравствени работници и оние со помал работен стаж.

Б5- Здравствените работници со средно образование покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници со високо и повисоко образование.

Б6- Здравствените работници со пониска плата покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници со повисока плата.

В- *Постојат разлики во задоволството од работата на здравствените работници кои се разликуваат во зависност од полот, дежурствата, видот на работното место, образованието, возраста, работниот стаж и висината на платата.*

Субхипотези:

В1- Здравствените работници од машки пол и оние кои не дежураат покажуваат повисоко задоволство од работата во споредба со здравствените работници од женски пол и оние кои не дежураат.

В2- Здравствените работници на работното место- лекар покажуваат повисоко задоволство од работата, во споредба со здравствените работници на работното место- медицинска сестра/техничар.

В3- Здравствените работници на работното место -лаборант покажуваат повисоко задоволство од работата во споредба со здравствените работници на работното место- транспортер/болничар.

В4- Повозрасните здравствени работници и оние со поголем работен стаж покажуваат повисоко задоволство од работата во споредба со помладите здравствени работници и оние со помал работен стаж.

В5- Здравствените работници со повисоко и високо образование покажуваат повисоко задоволство од работа во споредба со здравствените работници со средно образование.

В6- Здравствените работници со повисока плата покажуваат повисок задоволство од работа во споредба со здравствените работници со пониска плата.

2.4. Варијабли

Во ова истражување се испитувани **професионалното согорување** и **задоволството од работата** преку употреба на вкупно пет варијабли, од кои три варијабли за професионалното согорување и две варијабли за задоволството од работата.

Професионално согорување - застапеноста на оваа појава е претставена преку следниве три варијабли:

- **Емоционална исцрпеност**: индикатори кои укажуваат на присутна емоционална истрошеност во работата со пациентите.
- **Деперсонализација**: индикатори кои укажуваат на присутен негативизам кон работата и цинизам кон пациентите.
- **Лично остварување**: оценка на сопствениот труд и задоволство од него.

Задоволството од работата е испитувано преку следниве две варијабли:

- **Интринзичко задоволство**: индикатори кои укажуваат на степенот на задоволство или незадоволство од работата кое се однесува конкретно на работата и работните задачи (видот, обемот, разновидноста, интересноста и сл.)
- **Екстринзичко задоволство**: индикатори кои укажуваат на присутно задоволство или незадоволство во однос на други извори како што се: соработка со колегите и претпоставените, плата, работни услови итн.

Други **релевантни варијабли** кои се однесуваат на испитаниците и се земени предвид во истражувањето се следниве :

- полот,
- возраста,
- работното место,

- работниот стаж,
- висината на платата,
- степенот на образование и
- работа во ноќни смени/дежурства.

2.5. Методи, техники и инструменти на истражување

Во изработката на трудот е применето комбинирано теориско и емпириско истражување.

Во рамките на теоретскиот пристап е користен научно истражувачки метод *дескриптивен метод* со цел- опишување на појавата која се испитува.

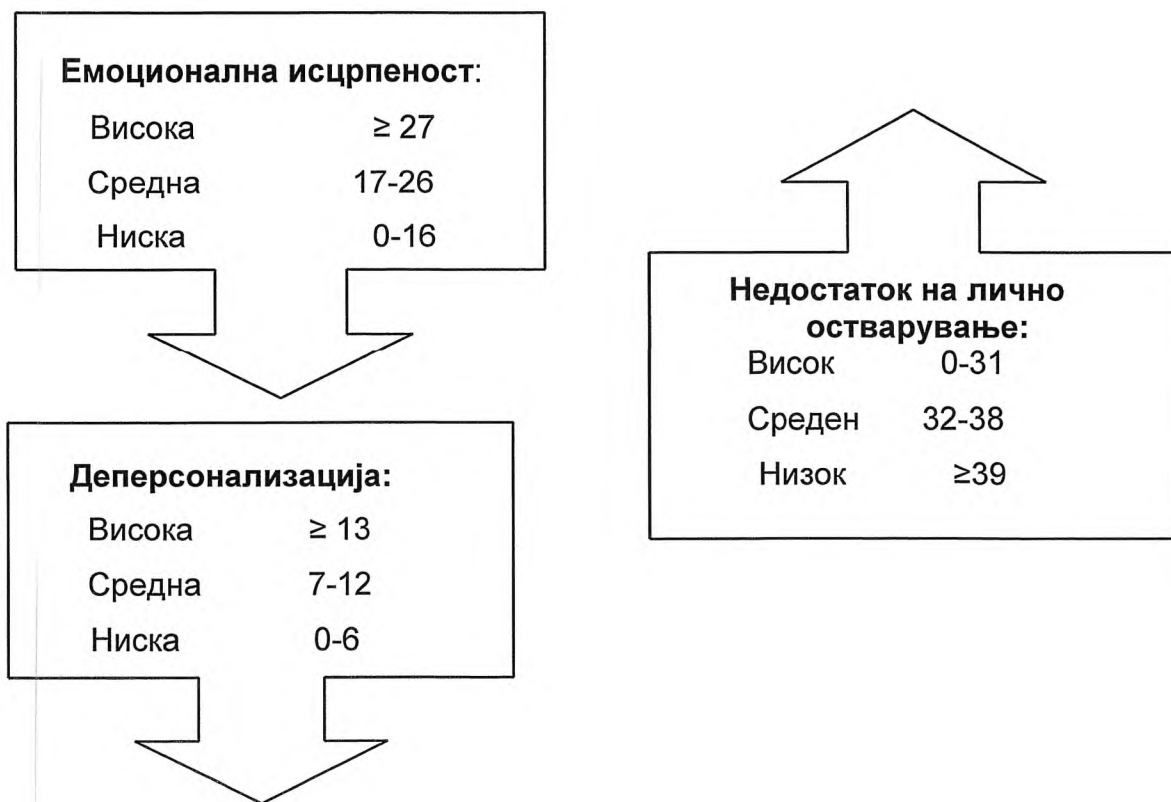
Во рамките на емпирискиот пристап, кој се користи за собирање на релевантни податоци, е употребена истражувачка техника на *анкетирање*. Во текот на истражувањето се употребени два вида прашалници за мерење и испитување на двете главни појави (петте главни варијабли) и уште еден образец за биографски податоци (седумте релевантни варијабли).

За проценка на професионалното согорување кај здравствените работници е употребен ***MBI Maslach Burnout Inventory***, конкретно образецот ***MBI-Human Service Survey-HSS*** кој е наменет токму за помагателните професии (здравствените и социјалните). Овој прашалник во својата оригинална верзија е на англиски јазик а, истиот е преведен на македонски јазик од авторот на овој труд. Одговорите се дадени на скала која ја изразува зачестеноста на ставот или однесувањето преку седум степени, кои се движат од 0 -Никогаш до 6 -Секојдневно (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2009).

MBI содржи 22 искази кои се распоредени во три димензии (Brusaferrro, Agnoletto, Gubian et al., 2000):

- ⇒ **Емоционална исцрпеност** – претставува емоционална истрошеност во работата со клиентите, во случајов пациентите (9 прашања под ред. бр. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 и 20);
- ⇒ **Деперсонализација** – претставува појава на негативни ставови и цинизам кон клиентите/пациентите (5 прашања под ред. бр. 5, 10, 11, 15 и 22);
- ⇒ **Недостаток на лично остварување** - негативна оценка на сопствениот труд (8 прашања под ред. бр. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 и 21).

Резултатот за професионалното согорување се добива со собирање на добиените одговори за секое прашање за секоја субскала посебно. Емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата имаат обратна интерпретација на резултатите за разлика од личното остварување, односно кај првите две пожелни се што пониски вредности, а кај третата субскала пожелни се што повисоки вредности.



Табела бр.3 Фактори на задоволство од работата содржани во исказите на Minesotta Satisfaction Questionnaire (скратена верзија)

ФАКТОРИ НА ЗАДОВОЛСТВО ОД РАБОТАТА	Искази во MINESOTTA SATISFACTION QUESTIONNAIRE – MSQ short from (ред.бр.)
ИНТРИНЗИЧКО ЗАДОВОЛСТВО	
Самостојност	1
Разновидност	2
Социјален статус	3
Социјална услуга	4
Авторитет	5
Креативност	6
Искористеност на способностите	7
Активност	9
Морални вредности	11
Сигурност на работата	12
Одговорност	17
Постигнување	20
ЕКСТРИНЗИЧКО ЗАДОВОЛСТВО	
Напредување	8
Техничка супервизија	10
Организациски политики	13
Супервизија- човечки односи	14
Колеги	15
Компензација	16
Работни услови	18
Признание	19

Вториот прашалник кој е употребен за мерење на втората појава т.е. степенот на задоволство од работата (преку две варијабли) е **MSQ (Minesotta Satisfaction Questionnaire)** во неговата скратена верзија со вкупно 20 искази. Овие искази се оценуваат на петстепенa Ликертова скала почнувајќи од 1 (многу сум незадоволен) до 5 (многу сум задоволен). Во Прирачникот за употреба на MSQ (Weiss, Dawis, England & Lofquist, 1967) дадени се три субскали за мерење на задоволството од работата и тоа: интринзичко задоволство (12 искази), екстринзичко задоволство (6 искази) и генерално задо

волство кое ги содржи овие две субскали и плус два искази кои се однесуваат на работните услови и интерперсоналните односи. Во спроведеното истражување овие два искази се ставени во склоп на екстринзичкото задоволство, водејќи се од Херцберговата теорија каде работните услови и интерперсоналните односи се третираат како хигиенски т.е. екстринзички фактори. Во Табела бр.3 е прикажано класифицирањето на прашањата од прашалникот како индикатори за интринзичко и екстринзичко задоволство од работата.

- ⇒ **Интринзичко (внатрешно) задоволство** – се однесува конкретно на извори на задоволството кои произлегуваат од видот на работата (обемот, тежината) и работните задачи (12 прашања со ред. бр.: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 17 и 20)
- ⇒ **Екстринзичко (надворешно) задоволство** – се однесува на задоволство кое произлегува од др. извори како работни услови, плата, колеги, претпоставени итн. (8 прашања со ред. бр.: 8, 10, 13, 14, 15, 16, 18 и 19)

Во истражувањето е употребен **Образец за биографски податоци** со цел да се добијат податоци и за другите релевантни варијабли. Овој образец содржи вкупно 7 прашања кои се однесуваат на пол, возраст, работно место, години на стаж, висина на плата, степен на образование и работа во ноќни смени/дежурства.

2.6. Популација и примерок на истражување

Популација во ова истражување се сите здравствени работници вработени во јавните здравствени установи. Во истражувањето употребен е групен примерок.

Целна група се само здравствени работници вработени во јавна здравствена установа, односно не се вклучени вработените од техничко-административниот персонал.

Анкетирани се вкупно 100 здравствени работници од кои 83 се од женски **пол** и 17 од машки пол.

Според **возраста** 21 здравствен работник се на возраст од 18 до 30 години; 28 се на возраст од 31 до 40 години; 17 се на возраст од 41 до 50 години и 34 се на возраст од над 50 години.

Според **степенот на образование** во примерокот најзастапени се оние со средно образование вкупно 49, понатаму 28 се со високо образование и 23 се со повисок степен на образование (специјалисти, магистри и доктори на наука).

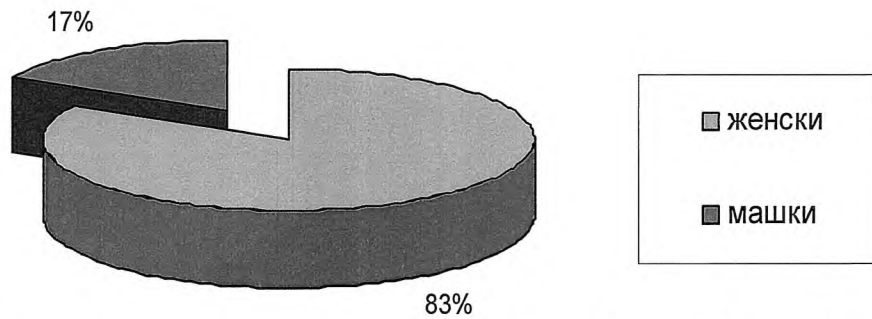
Анкетираните здравствени работници се од четири **различни профили**: 23 се лекари, 57 се медицински сестри/техничари, 15 се лаборанти и 5 се болничари/транспортери).

Во однос на **работниот стаж** 34 здравствени работници се со работен стаж до 10 години, 24 се со стаж од 11 до 20 години, 16 се со стаж од 21 до 30 години и 26 се со работен стаж поголем од 30 години.

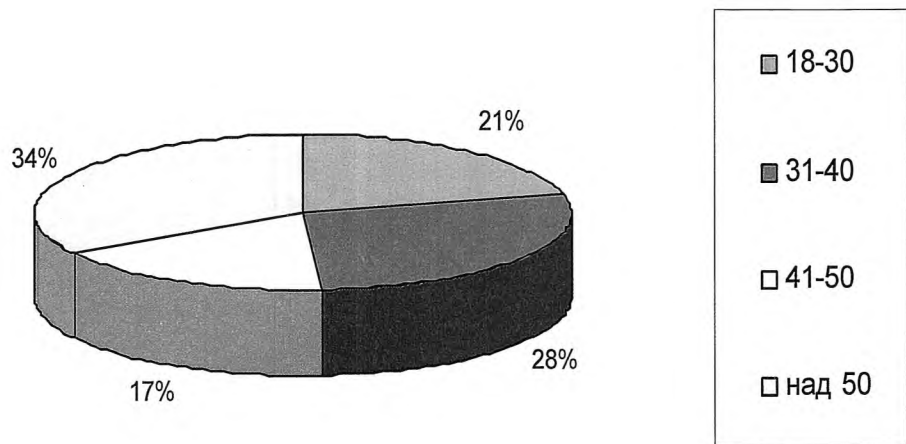
Според **висината на платата** во примерокот има 32 здравствени работници со плата до 20.000 денари, 51 со плата од 20.000 до 30.000 денари и 17 со плата повисока од 30.000 денари.

Анкетирани се 37 здравствени работници кои немаат **ноќни смени и дежурства** и 63 кои имаат ноќни смени и дежурства.

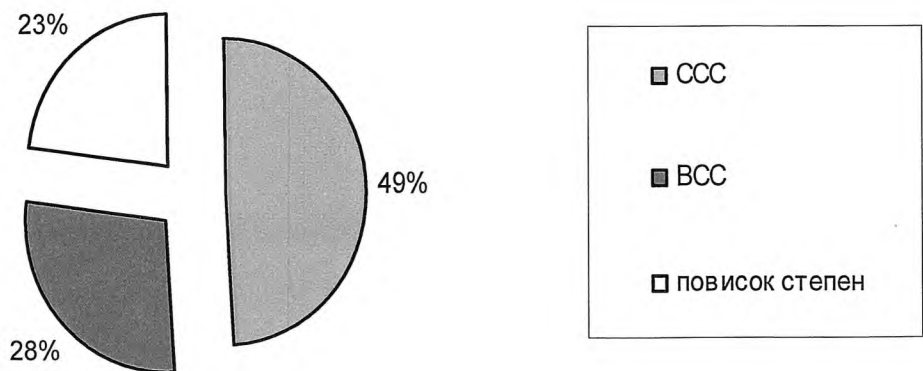
Во продолжение графички е прикажана структурата на примерокот во однос на горенаведените релевантни варијабли.



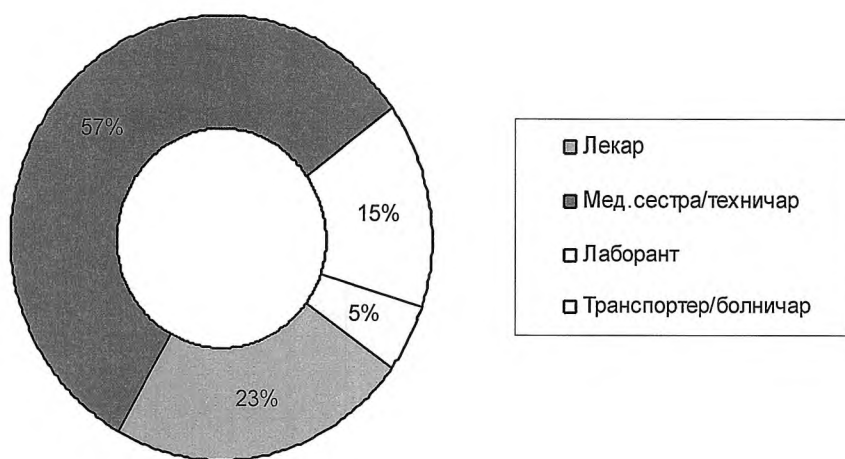
Графикон бр.1 Графички приказ на структурата на примерокот во однос на полот на здравствените работници



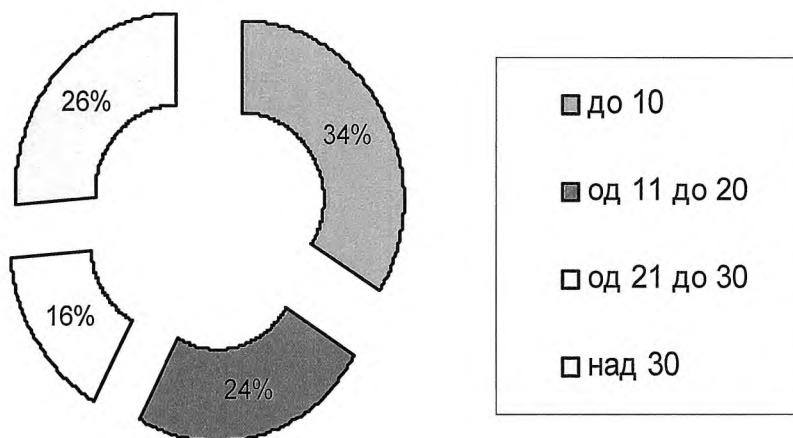
Графикон бр. 2 Графички приказ на структурата на примерокот во однос на возраста на здравствените работници



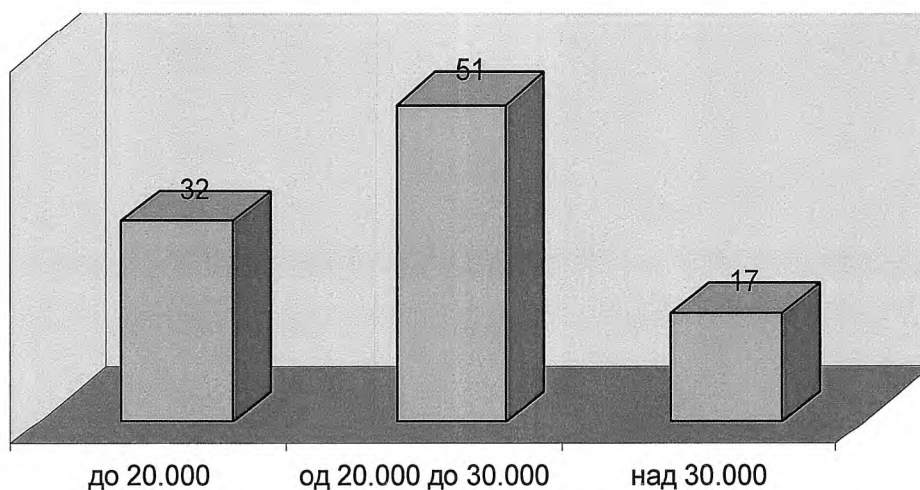
Графикон бр. 3 Графички приказ на структурата на примерокот според образованието на здравствените работници



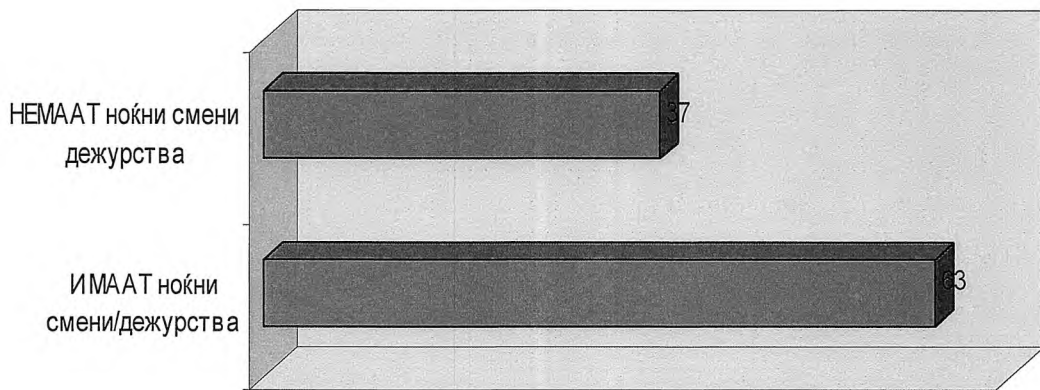
Графикон бр. 4 Графички приказ на структурата на примерокот според видот на работното место на здравствените работници



Графикон бр. 5 Графички приказ на структурата на примерокот според годините на работен стаж на здравствените работници



Графикон бр. 6 Графички приказ на структурата на примерокот според износот на платата во денари на здравствените работници



Графикон бр. 7 Графички приказ на структурата на примерокот според работата во ноќни смени/дежурства на здравствените работници

2.7. Постапка и организација на истражувањето

Истражувањето е спроведено во Октомври 2013 година во ЈЗУ Универзитетската Клиника за инфективни болести и фебрилни состојби-Скопје.

Анкетирањето беше анонимно и доброволно при што од 120 прашалници кои беа поделени вратени пополнети беа 100.

Вработените ги пополнуваа прашалниците за време на пауза. Им беа потребни отприлика 10 минути за пополнување на прашалниците. Иако самите прашалници содржат упатство за начинот на пополнување, сепак претходно усно им беше објаснета постапката на пополнувањето, им беше ветена анонимност на резултатите и укажано дека нивната намена е исклучиво за истражувачки цели.

2.8. Постапки за статистичка обработка на податоците

Добиените податоци од истражувањето се обработени компјутерски со употреба на статистичкиот пакет **SPSS 16.0** (Statistical Package for Social Sciences).

Во истражувањето употребени се следниве статистички постапки:

- **Дескриптивна статистика** со цел опишување на испитуваните варијабли преку одредување на нивните емпириски и теориски минимуми и максимуми, аритметички средини, стандардни отстапувања и пресметување на теориски средни скорови,
- **Пирсонов коефициент на корелација** за утврдување на поврзаност меѓу испитуваните варијабли,
- **ANOVA (еднонасочна анализа на варијанса)** за тестирање на разлики меѓу две независни групи, односно тестирање на разлики во испитуваните варијабли во однос на релевантните варијабли,
- **t-тест за независни групи** за тестирање на разлики меѓу повеќе независни групи на испитуваните варијабли во однос на релевантните варијабли.

2.9. РЕЗУЛТАТИ

2.9.1. Наоди од дескриптивната статистика

Презентацијата на резултатите од спроведеното истражување е направена пред сè со соопштување на наодите од дескриптивната статистика, а потоа податоците се прикажани според редоследот на поставените хипотези.

Во табела бр. 4 прикажани се аритметичките средини и стандардните отстапувања за сите пет варијабли. Во табелата прикажани се истотака и теорискиот минимум, максимум и теориската аритметичка средина (теориски среден скор- M_t) кои ќе послужат за компарација со нивните емпириски вредности.

Табела бр.4 Дескриптивни показатели за истражуваните варијабли

ВАРИЈАБЛИ	N	Емп. Мин.	Емп. Макс.	M	SD	Теор. Мин.	Теор. Макс.	Mt
Емоционална исцрпеност	100	0	53	21,71	13,934	0	54	27
Деперсонализација	100	0	19	2,96	3,682	0	30	15
Лично остварување	100	11	48	39,75	7,267	0	48	24
Интринзичко задоволство	100	23	59	42,19	7,192	12	60	36
Екстринзичко задоволство	100	10	39	23,78	6,859	8	40	24

Од добиените дескриптивни показатели се забележува дека:

- ✓ Емоционалната исцрпеност ($M=21,71$) и деперсонализацијата ($2,96$) имаат пониска емпириска аритметичка средина од теориската ($Mt=27$ и $Mt =15$);
- ✓ Спротивно на нив личното остварување ($M=39,75$) и интринзичкото задоволство ($M=42,19$) имаат повисоки средни вредности од очекуваните теориски ($Mt=24$ и $Mt=36$);
- ✓ Екстринзичко задоволство има речиси идентични емпириска ($M=23,78$) и теориска аритметичка средина ($Mt=24$).

Во однос на степенот на професионално согорување се добиваат резултати кои покажуваат дека здравствените работници се дистрибуирани на следниот начин:

- ✓ Средно ниво на емоционална исцрпеност ($M=21,71$)

✓ Ниско ниво на деперсонализација (M=2,96)

✓ Ниско ниво на недостаток на лично остварување (M= 39,75)

Истово е потврдено во прилог бр.5 со графичкиот приказ на степенот на емоционална исцрпеност, деперсонализација и лично остварување.

Во однос на измерениот степен на *емоционалната исцрпеност* следи дека:

- ⇒ 42% од здравствените работници се со ниска емоционална исцрпеност,
- ⇒ 20% средна емоционална исцрпеност, и
- ⇒ 38% од нив се со висока емоционална исцрпеност

Во однос на измерениот степен на деперсонализација добиени се следниве проценти за здравствените работници:

- ⇒ 87% се со ниска деперсонализација,
- ⇒ 9% со средна деперсонализација, и
- ⇒ 4% со висока деперсонализација

И во однос на недостатокот на лично остварување:

- ⇒ 67% од здравствените работници имаат низок степен на недостаток на лично остварување,
- ⇒ 20% имаат среден недостаток, и
- ⇒ 13% имаат висок недостаток на лично остварување

Според добиените одговори за сите прашања поединечно од Минесота прашалникот за задоволство од работата добиени се следниве показатели:

- ⇒ Највисок процент (85%) од здравствените работници одговориле дека се **ЗАДОВОЛНИ** од можноста да прават нешто за другите луѓе (интринзичко задоволство)

- ⇒ Највисок процент (67%) од здравствени работници одговориле дека се НЕЗАДОВОЛНИ од платата и обемот на работа (екстринзичко задоволство)

2.9.2. Утврдување поврзаност помеѓу варијаблите

Главната хипотеза- **A** во ова истражување гласи: *Постои поврзаност помеѓу задоволството од работата и професионалното согорување кај здравствените работници вработени во јавните здравствени установи.*

За тестирање на постулираната главна хипотеза и субхипотезите кои се однесуваат на испитуваните варијабли од аспект на меѓусебната поврзаност применети се постапки со кои е утврден Пирсоновиот коефициент на корелација. Добиените вредности за коефициентот на корелација се прикажани во Табела бр.4.

Табела бр. 4 Пирсонов коефициент на корелација помеѓу испитуваните варијабли (N=100)

ВАРИЈАБЛИ		ДП	ЛО	ИЗ	ЕЗ
Емоционална исцрпеност (ЕИ)	r	,510**	-,245*	-,342**	-,383**
	p	,000	,014	,001	,000
Деперсонализација (ДП)	r	1	-,299**	-,270**	-,208*
	p		,003	,007	,038
Лично остварување (ЛО)	r		1	,271**	,149
	p			,006	,138
Интринзичко задоволство (ИЗ)	r			1	,686**
	p				,000

*p<0,05 **p< 0,01

Врз основа на податоците прикажани во табелата се забележува дека сите варијабли меѓусебно се во корелација, освен двете варијабли лично остварување и екстринзичко задоволство. Според тоа може да заклучиме дека личното остварување кај здравствените работници не е поврзано со нивното екстринзичко задоволство, односно со зголемување или намалување на екстринзичкото задоволство не се зголемува или намалува пропорционално личното остварување. Овој заклучок е сосема очекуван и разбирлив, бидејќи екстринзичкото задоволство не се однесува на самата професија како таква, туку на другите аспекти на работата како работни услови, плата и сл. Во однос на корелациите помеѓу димензиите на професионалното согорување и видовите на задоволството од работата, највисоката измерена корелација е меѓу емоционалната исцрпеност и екстринзичкото задоволство ($r=-0,383$), а најниската меѓу екстринзичкото задоволство и деперсонализацијата ($r=-0,208$).

Емоционалната исцрпеност е во позитивна корелација ($r=0,510$, $p<0,01$) со деперсонализацијата. Според ова може да се каже дека кај здравствените работници емоционалната исцрпеност се зголемува или намалува правопрпорционално со нивната деперсонализација. Понатаму, емоционалната исцрпеност е во негативна, но статистички значајна корелација со личното остварување ($r=-0,245$, $p<0,05$) и во негативна, но статистички значајна корелација со интринзичкото задоволство ($r=-0,342$, $p<0,01$) и екстринзичкото задоволство ($r=-0,383$, $p<0,01$). Оттаму произлегува дека со зголемувањето на личното остварување кај здравствените работници и зголемувањето на нивното интринзичко и екстринзичко задоволство, доаѓа до намалување на нивната емоционална исцрпеност.

⇒ Од добиените коефициенти на корелација меѓу емоционалната исцрпеност и интринзичкото и екстринзичкото задоволство, може да ги потврдиме првата (A1) и третата субхипотеза (A3) според кои: *повисоко интринзичко и екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска емоционална исцрпеност, во споредба со здравствените работници со повисока емоционална исцрпеност.*

Деперсонализацијата е во негативна корелација, но статистички значајна со личното остварување ($r=-0,299$, $p<0,01$), со интринзичкото задоволство ($r=-0,270$, $p<0,01$) и со екстринзичкото задоволство ($r=-0,208$, $p<0,05$). Ова значи дека со зголемување на нивото на деперсонализација кај здравствените работници се намалува нивното лично остварување како и нивното интринзичко и екстринзичко задоволство.

⇒ Според ова може да заклучиме дека втората (A2) и четвртата субхипотеза (A4) се прифаќаат т.е. *повисоко интринзичко и екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со пониска деперсонализација, во споредба со здравствените работници со повисока деперсонализација.*

Личното остварување е во статистички значајна ($r=0,271$, $p<0,01$) позитивна корелација со интринзичкото задоволство. Тоа покажува дека со зголемување на степенот на лично остварување правопрпорционално се зголемува интринзичкото задоволство кај здравствените работници.

⇒ Оттука произлегува дека се прифаќа и петтата субхипотеза (A5) која гласи: *Здравствените работници со повисоко лично остварување имаат и повисоко интринзичко задоволство, во споредба со здравствените работници со пониско лично остварување.*

Интринзичкото задоволство е во статистички значајна позитивна корелација ($r=0,686$, $p<0,01$) со екстринзичкото задоволство. Оттаму, се заклучува дека интринзичкото и екстринзичкото задоволство кај здравствените работници правопрпорционално се зголемуваат.

⇒ Врз основа на добиените резултати може да се каже дека главната хипотеза која гласи: *“Постои поврзаност меѓу задоволството од работата и професионалното согорување кај здравствените работници вработени во јавните здравствени установи”* делумно се прифаќа.

Речиси сите димензии на професионалното согорување и видовите на задоволството се во негативна или позитивна корелација (освен меѓу личното остварување и екстринзичкото задоволство кои не се значајно поврзани).

Во графиконите од прилог бр.6 прикажани се графички сите горенаведени значајни корелации помеѓу варијаблите. На прикажаните графикони со линеарни корелации се забележува дека најниска корелација има помеѓу емоционалната исцрпеност и личното остварување, а највисока помеѓу екстринзичкото и интринзичкото задоволство.

2.9.3. Тестирање на разликите во професионалното согорување и задоволството од работа кај здравствените работници во зависност од полот и работата во ноќни смени/дежурства

Двете релевантни хипотези во истражувањето гласат:

Б- Постојат разлики во професионалното согорување на здравствените работници во зависност од полот, работата во дежурства, видот на работното место, образованието, возраста, работниот стаж и висината на платата.

В- Постојат разлики во задоволството од работата на здравствените работници во зависност од полот, работата во дежурства, видот на работното место, образованието, возраста, работниот стаж и висината на платата.

За да се тестираат разликите меѓу одделни карактеристики на вработените во однос на професионалното согорување и задоволството од работа во поглед на полот и работата во ноќни смени/дежурства применет е t-тест за независни групи. Во делот што следува се соопштени резултатите од спроведените t-тестови.

2.10.3.1. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствени работници од различен пол

Во табела бр.5 се прикажани резултатите од t-тестот на испитуваните варијабли во однос на полот. Испитаниците со женски пол се вкупно 83, а испитаници со машки пол се вкупно 17.

Табела бр.5 Значајност на разлики во испитуваните варијабли од аспект на полот

ВАРИЈАБЛИ	ЖЕНСКИ (N=83)		МАШКИ (N=17)		t	p	sig
	M	SD	M	SD			
Емоционална исцрпеност	21,65	13,523	22	16,252	-,094	,926	p>0,05
Деперсонализација	2,70	2,970	4,24	6,047	-1,023	,320	p>0,05
Лично остварување	39,96	7,219	38,71	7,638	,648	,518	p>0,05
Интринзичко задоволство	41,92	7,506	43,53	5,387	-,842	,402	p>0,05
Екстринзичко задоволство	23,55	6,971	24,88	6,363	-,726	,470	p>0,05

Според дескриптивните показатели констатирано е следното:

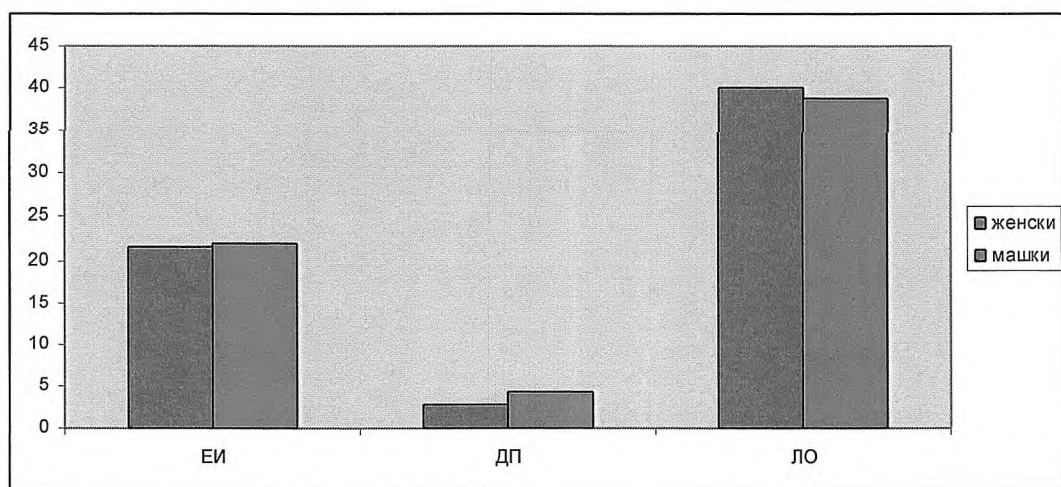
- Во однос на емоционалната исцрпеност просечните добиени вредности за двата пола се речиси еднакви (M=21,65 и M=22).
- Испитаниците од машки пол имаат повисоки просечни вредности на деперсонализација (M=4,24) во споредба со оние од женски пол (M=2,70).
- И во однос на интринзичкото задоволство и екстринзичко задоволство машките имаат повисоки просечни вредности (M=43,53 и M=24,88) од женските (M=41,92 и M=23,55).
- Женските испитаници имаат повисоки просечни вредности на лично остварување (M=39,96), во споредба со машкиот пол (M=38,71).

Но за да провериме дали разликите се статистички значајни применет е t-тест. При изведувањето на t-тестот е употребен и Левинов тест за хомогеност на варијансите кој одредува дали двете состојби/варијабли имаат речиси исти или различни количини на варијабилност помеѓу резултатите/вредностите. Токму затоа се добиваат две вредности на t (првата за еднакви, хомогени варијанси $\text{sig} > 0,05$ и втората за нееднакви, хетерогени варијанси $\text{sig} < 0,05$).

Според добиените вредности на t-тестот и p вредностите за секоја од варијаблите, може да се заклучи дека не постои статистички значајна разлика помеѓу просечните вредности на двата пола за испитуваните варијабли

⇒ Со оглед на добиените резултати субхипотезата B1 според која *здравствените работници од женски пол покажуваат повисоко професионално согорување, во споредба со здравствените работници од машки пол се отфрла.*

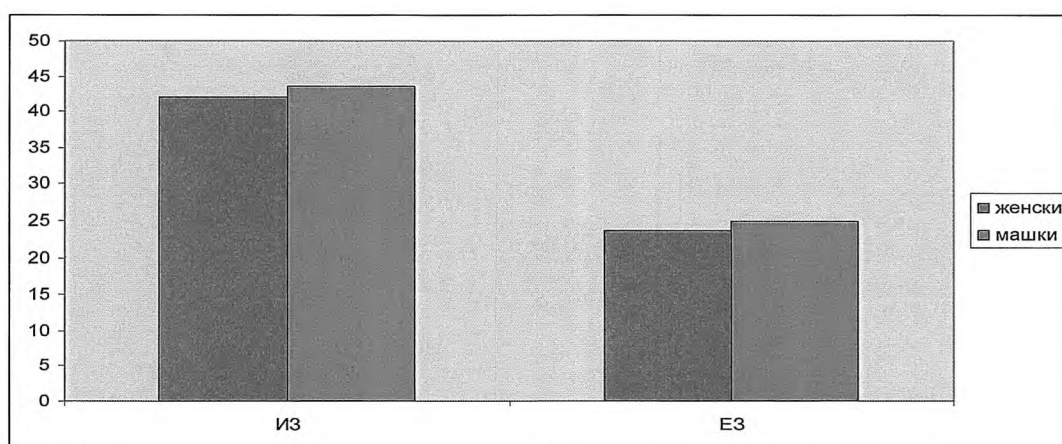
⇒ Истотака, се отфрла и субхипотезата B1 според која *здравствените работници од машки пол покажуваат повисоко задоволство од работата, во споредба со здравствените работници од женски пол.*



Графикон бр. 8 Графички приказ на просечните вредности за професионалното согорување (емоционалната исцрпеност- ЕИ, деперсонализацијата- ДП и личното остварување- ЛО) во однос на полот

На графикон бр.8 се прикажани просечните вредности за постигнувањето на здравствените работници од машки и женски пол на трите варијабли: емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и личното остварување.

На графикон бр.9 се прикажани добиените просечни вредности во однос на полот на испитаниците за двата вида на задоволство од работата: интринзичко и екстринзичко задоволство, добиени на Минесота прашалникот за задоволство.



Графикон бр. 9 Графички приказ на просечните вредности за задоволство од работата (интринзичко задоволство-ИЗ и екстринзичко здоволство-ЕИ) во однос на полот

2.9.3.2. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на работата во ноќни смени/дежурства

Во табела 6 се прикажани резултатите од спроведениот t-тест за испитуваните варијабли во однос на работата во ноќни смени/дежурства. Во случајов двете групи кои се споредуваат се здравствени работници кои дежураат (вкупно 63) и здравствени работници кои не дежураат (вкупно 37).

Добиените резултати од t-тестот во Табела 6 покажуваат дека нема статистички значајна разлика помеѓу добиените просечни вредности за сите испитувани варијабли мешу вработените во однос на работата во дежурства.

⇒ Во овој случај ја отфрламе дадената субхипотезата B1 според која *здравствените работници кои дежураат имаат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници кои недежураат.*

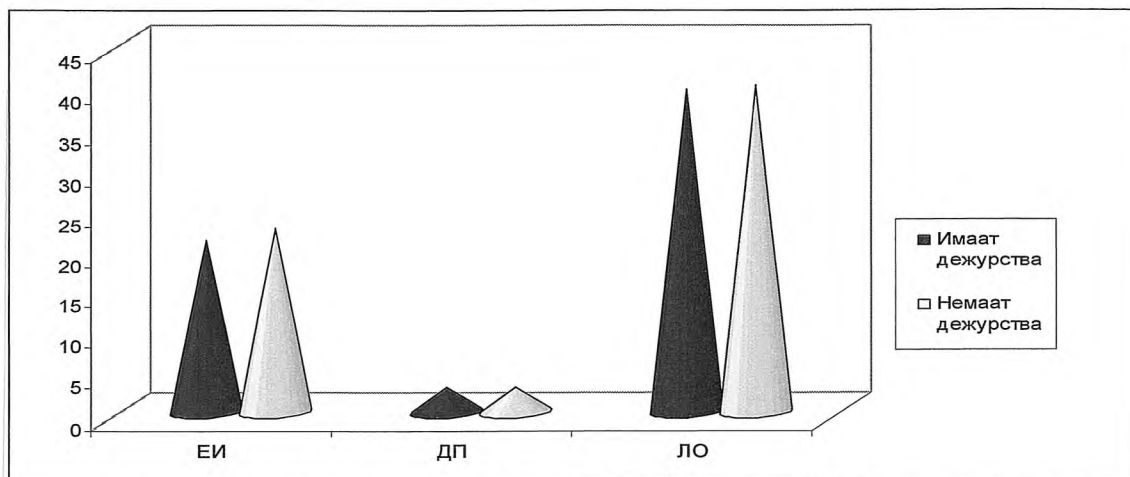
⇒ Се отфрла и субхипотезата B1 според која *здравствените работници кои не дежураат имаат повисоко задоволство од работата во споредба со здравствените работници кои дежураат.*

Табела бр. 6 Значајност на разлики во испитуваните варијабли од аспект на работата во ноќни смени/дежурства

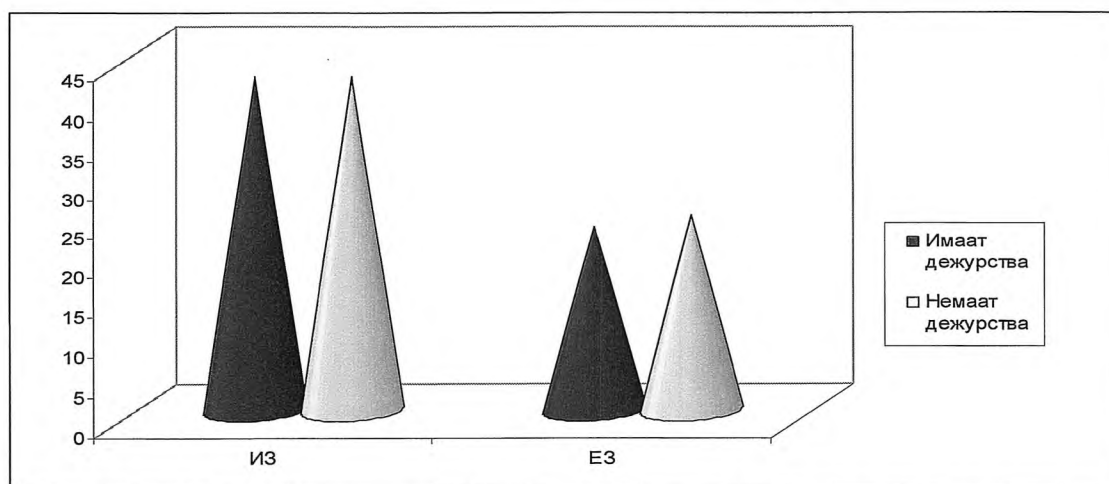
ВАРИЈАБЛИ	Работа во ноќни смени/ дежурства						t	p	sig
	ДА			НЕ					
	N	M	SD	N	M	SD			
Емоционална исцрпеност	63	21,13	14,477	37	22,70	13,091	-,544	,588	p>0,05
Деперсонализација	63	2,97	3,852	37	2,95	3,423	,029	,977	p>0,05
Лично остварување	63	39,59	7,391	37	40,03	7,143	-,291	,772	p>0,05
Интринзичко задоволство	63	42,21	6,494	37	42,16	8,345	,030	,977	p>0,05
Екстринзичко задоволство	63	23,25	7,000	37	24,68	6,608	-1,001	,319	p>0,05

На графикон 10 се прикажани просечните вредности на здравствените работници кои дежураат и оние кои не дежураат за професионалното согорување (емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и личното остварување).

На графикон 11 се прикажани добиените просечни вредности во однос на дежурства за двата вида на задоволство од работата: интринзичко и екстринзичко задоволство.



Графикон бр.10 Графички приказ на просечните вредности за професионалното согорување кај здравствените работници со оглед на тоа дали дежураат/работат во ноќни смени или не



Графикон бр. 11 Графички приказ на просечните вредности за задоволството од работата кај здравствените работници со оглед на тоа дали дежураат/работат во ноќни смени или не

2.9.4. Тестирање на разликите во професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници во зависност од работното место, возраста, образованието, работниот стаж и платата

За испитување на разликите меѓу здравствените работници во однос на видот на работното место, возраста, образованието, работниот стаж и висината на платата употребена е еднонасочна анализа на варијанса ANOVA.

Во делот што следи прикажани се резултатите од спроведената анализа на варијанса од аспект на споменатите пет релевантни варијабли.

2.9.4.1. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на видот на работното место

Во Табела 7 се дадени добиените вредности од направената ANOVA, како и дескриптивните показатели (просечна вредност и стандардна девијација) за сите варијабли во однос на четирите вида на работни места. Според наодите од дескриптивната статистика:

- **ЕИ**- емоционалната исцрпеност е најниска кај лаборантите ($M=14,20$, $SD=13,001$), а највисока кај лекарите ($M=26,91$, $SD=15,445$).
- **ДП**- деперсонализацијата е најниска кај лаборантите ($M=2,33$, $SD=4,386$), а највисока кај болничарите/транспортерите ($M=6,40$, $SD=8,142$)
- **ЛО**- личното остварување е најниско кај медицинските сестри/техничари ($M=39,14$, $SD=7,717$), а највисоко кај лекарите ($M=40,83$, $SD=5,726$).
- **ИЗ**- интринзичкото задоволство е најниско кај медицинските сестри ($M=40,23$, $SD=6,692$), а највисоко кај лекарите ($M=45,65$, $SD=6,407$).
- **ЕЗ**- екстринзичкото задоволство е најниско кај транспортерите/болничарите ($M=21,00$, $SD=4,950$), а највисоко кај лаборантите ($M=26,47$, $SD=6,523$).

Понатаму, во табела 7 прикажани се вредностите на F и нивото на статистичка значајност. Врз основа на добиените резултати од ANOVA тестот се заклучува дека постои статистички значајна разлика помеѓу здравствените работници на различни работни места во однос на емоционалната исцрпеност ($F=3,859$ и $p=0,012$ т.е. $p<0,05$) и во однос на интринзичкото задоволство ($F=2,676$ и $p=0,051$ т.е. $p=0,05$)

Табела бр.7 Дескриптивни показатели и F вредности од АНОВА тестот кај здравствените работници со оглед на работното место

Раб. место	Лекар N=23		Мед.сестра/ Техничар N=57		Лаборант N=15		Транспортер/ Болничар N=5		F	sig.
	М	SD	М	SD	М	SD	М	SD		
ЕИ	26,91	15,445	21,46	12,444	14,20	13,001	23,20	19,058	2,676	,051*
ДП	2,74	2,472	2,91	3,291	2,33	4,386	6,40	8,142	1,664	,180
ЛО	40,83	5,726	39,14	7,717	40,40	8,305	39,80	6,181	,335	,800
ИЗ	45,65	6,407	40,23	6,692	44,07	8,623	43,00	5,431	3,589	,012*
ЕЗ	24,57	7,494	23,00	6,724	26,47	6,523	21,00	4,950	1,404	,246

Но, за да утврдиме меѓу кои конкретни работни места постои ваква разлика употребена е Post Hoc анализа. Левиновиот тест за хомогеност на варијансите покажа нехомогеност само кај деперсонализацијата. Врз основа на овие наоди оправдано е за емоционалната исцрпеност и интринзичкото задоволство да се примени Tukey HSD тестот за хомогени варијанси.

Добиените вредности од Tukey тестот прикажани во Табела 8 покажаа разлика од 5,424 меѓу просечните вредности добиени за двата вида на работни места: лекар (M=45,65 и SD=6,407) и медицинска сестра/техничар (M=40,23 SD=6,692) со добиено $p=0,010$ или $p<0,05$. Во случајов се докажа дека лекарите имаат повисоко ниво на интринзичко задоволство од медицинските сестри/техничари.

Бидејќи нивото на статистичка значајност помеѓу работното место и емоционалната исцрпеност е гранично т.е. $p=0,051$ и овде е применет истиот тест за да се увиди дали навистина постои статистички значајна поврзаност. Од резултатите кои ги добив се потврди статистички значајна разлика од +-

12,713 помеѓу просечните вредности добиени за емоционалната исцрпеност помеѓу две работни места: лекар (M=26,91 и SD=15,445) и лаборант (M=14,20 и SD=13,001) со ниво на статистичка значајност $p < 0,05$ ($p = 0,029$). Од овие резултати може да заклучиме дека лекарите имаат статистички значајно поголема емоционална исцрпеност од лаборантите (Табела 8).

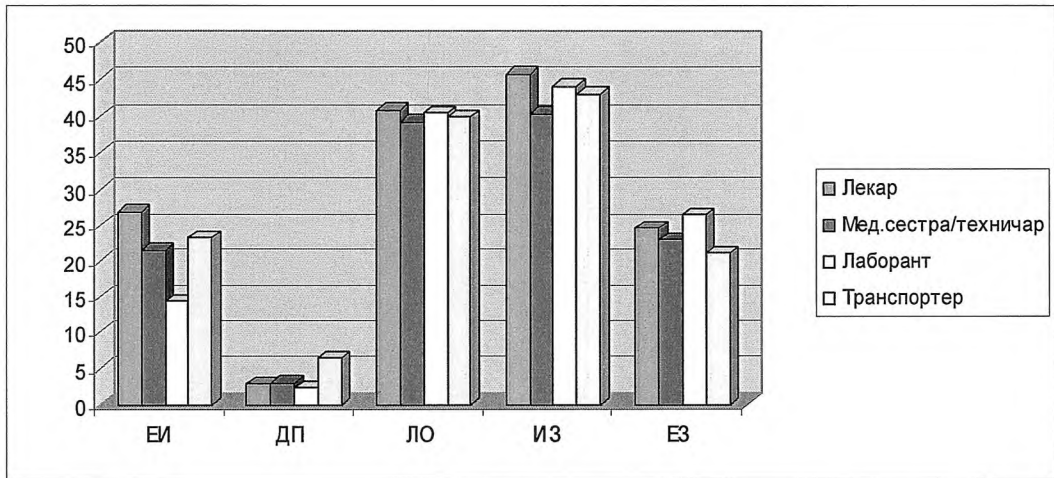
Табела бр.8 Табела со статистички значајни резултати добиени од Tukey тестот на испитуваните варијабли во однос на работното место

Зависна варијабла	(I) Работно место	(J) Работно место	Аритметичка разлика (I-J)	станд. грешка	Sig.
Емоционална исцрпеност	Лекар	Лаборант	12,713*	4,511	,029*
Интринзичко задоволство		Мед. сестра /техничар	5,424*	1,704	,010*

Според добиените резултати може да кажеме дека:

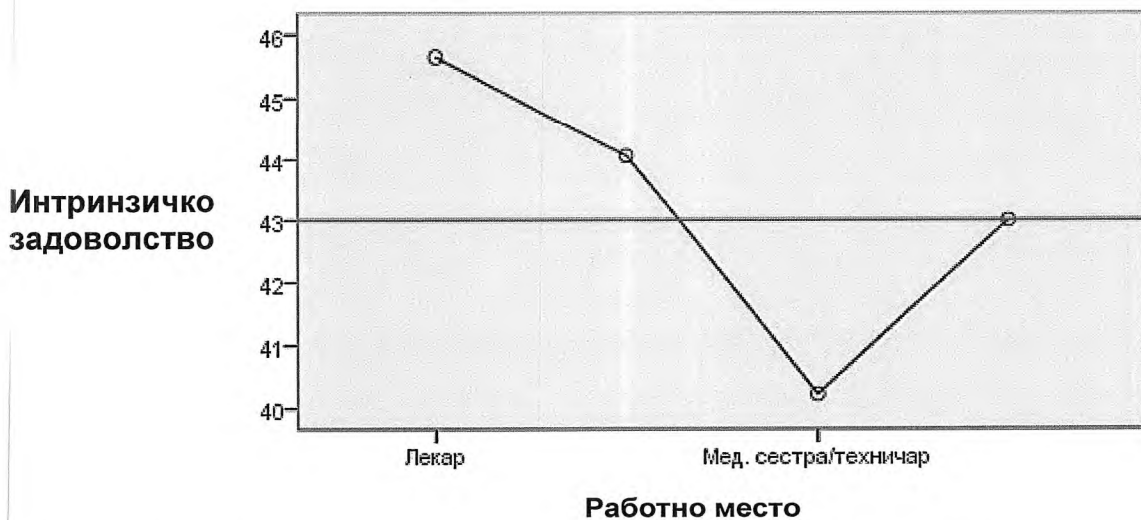
- ⇒ Постулираната субхипотеза Б2 според која *лекарите покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со лаборантите* е делумно потврдена, бидејќи ова се докажа во рамките на една од димензиите на професионалното согорување- емоционалната исцрпеност.
- ⇒ Постулираната субхипотеза Б3 според која *медицинските сестри покажуваат повисоко професионално согорување во споредба со болничарите /транспортерите* се отфрла .
- ⇒ Според субхипотеза В2 *повисоко задоволство од работата имаат лекарите во споредба со медицинските сестри*. Ова делумно се потврдува во однос на интринзичкото задоволство.
- ⇒ Субхипотезата В3 се отфрла бидејќи не се докажа *повисоко задоволство од работата кај лаборантите во споредба со болничарите/транспортерите*.

На графикон бр. 12 прикажани се просечните вредности за испитуваните варијабли во однос на четирите вида работни места.

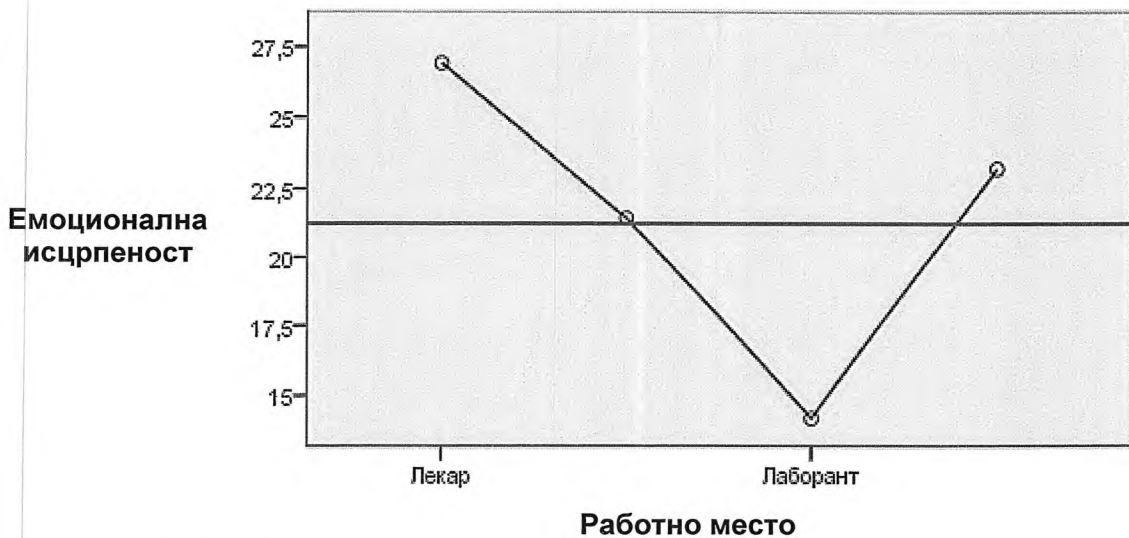


Графикон бр. 12 Графички приказ на просечните вредности за професионално согорување и задоволство од работата според работното место на здравствените работници

На графиконите бр.13 и графикон бр.14 се прикажани двете утврдени статистички значајни разлики помеѓу работните места- лекар и мед.сестра во однос на интринзичкото задоволство и помеѓу работните места- лекар и лаборант во однос на емоционалната исцрпеност.



Графикон бр.13 Графички приказ на статистички значајните разлики помеѓу просечните вредности за интринзичко задоволство кај работните места лекар и мед.сестра/техничар



Графикон бр.14 Графички приказ на статистички значајните разлики помеѓу просечните вредности за емоционална исцрпеност кај работните места лекар и лаборант

2.10.4.2. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на возраста

На табела бр.9 прикажани се аритметичките средини и стандардните отстапувања за сите пет варијабли од аспект на возраста на здравствените работници кои го сочинуваат примерокот. Испитаниците се поделени во четири групи според возраста.

Според дескриптивните показатели дадени во табела 9 се заклучува дека:

- **ЕИ-** емоционалната исцрпеност е највисока ($M= 23,68$, $SD=13,854$) кај втората возрасна група (31-40 години), а најниска емоционална исцрпеност ($M= 18,18$, $SD=15,915$) кај третата група (41-50 години).
- **ДП-** деперсонализацијата е највисока ($M=4,38$, $SD=5,249$) кај првата група (18-30 години), а најниска ($M=1,82$, $SD=2,455$) кај третата возрасна група.

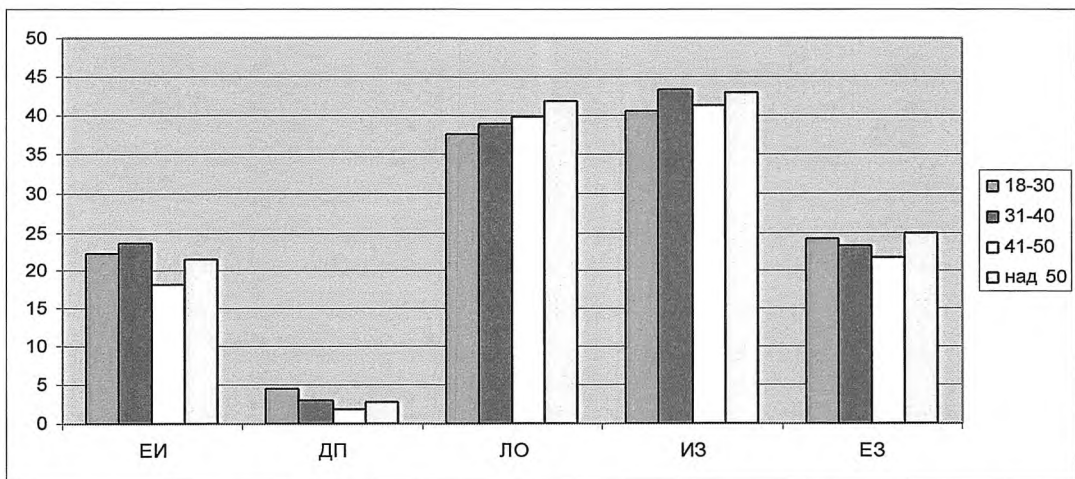
- **ЛО-** личното остварување е највисоко ($M=41,88$, $SD=6,139$) кај четвртата возрасна група (над 50 години), а најниско лично остварување ($M=37,62$, $SD=7,573$) кај првата возрасна група.
- **ИЗ-** интринзичкото задоволство е највисоко ($M=43,29$, $SD=6,933$) кај втората возрасна група, а најниско ($M=40,43$, $SD=6,177$) е кај првата возрасна група.
- **ЕЗ-** екстринзичкото задоволство е највисоко ($M=24,94$, $SD=6,683$) кај четвртата возрасна група, а најниско ($M=21,82$, $SD=7,443$) е кај третата возрасна група.

Табела бр.9 Дескриптивни показатели и F вредности од АНОВА тестот за испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на нивната возраст

Возраст во години	18-30 N=21		31-40 N=28		41-50 N=17		над 50 N=34		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Варијабли										
ЕИ	22,24	13,118	23,68	13,854	18,18	15,915	21,53	13,727	,555	,646
ДП	4,38	5,249	2,89	3,059	1,82	2,455	2,71	3,371	1,673	,178
ЛО	37,62	7,573	38,79	6,344	39,71	9,603	41,88	6,139	1,783	,155
ИЗ	40,43	6,177	43,29	6,933	41,18	7,593	42,88	7,796	,850	,470
ЕЗ	24,10	6,204	23,32	7,222	21,82	7,443	24,94	6,683	,838	,476

Добиените вредности од ANOVA-тестот (Табела 9) укажуваат дека нема статистички значајни разлики меѓу испитуваните варијабли и возраста на испитаниците. За сите испитувани варијабли за четирите возрасни групи се добиени ниски вредности на F-тестот од потребните за да тестот биде статистички значаен.

⇒ Од ова произлегува дека постулираните субхипотези B4 и B4 не се потврдија во делот кој се однесува на *повисоко професионално согорување и повисоко задоволство од работата кај повозрасните здравствени работници во споредба со помладите здравствени работници.*



Графикон бр. 15 Графички приказ на добиените просечни вредности за професионалното согорување и задоволството од работата во однос на возраста на здравствените работници

На графикон бр.15 графички се прикажани добиените просечни вредности добиени за испитуваните варијабли во однос на возраста на здравствените работници.

2.10.4.3. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на степенот на образование

Табела 10 ги содржи резултатите од ANOVA-тестот за испитуваните варијабли, каде поделбата на групите е според степенот на образование. Испитаниците се поделени во три групи, и тоа: здравствени работници со средно образование, високо образование и повисок степен (м-р, спец. и сл.).

Табела бр.10 Дескриптивни показатели и F вредности од АНОВА тестот за испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на степенот на образование

Степен на образование	ССС N=49		ВСС N=28		Повисок степен N=23		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ЕИ	19,14	13,494	21,86	13,504	27,00	14,447	2,570	,082
ДП	3,35	4,590	2,39	2,601	2,83	2,443	,613	,544
ЛО	39,39	8,314	39,68	6,700	40,61	5,541	,219	,804
ИЗ	40,55	7,374	43,21	6,448	44,43	7,108	2,772	,067
ЕЗ	24,41	7,106	23,07	5,938	23,30	7,516	,405	,668

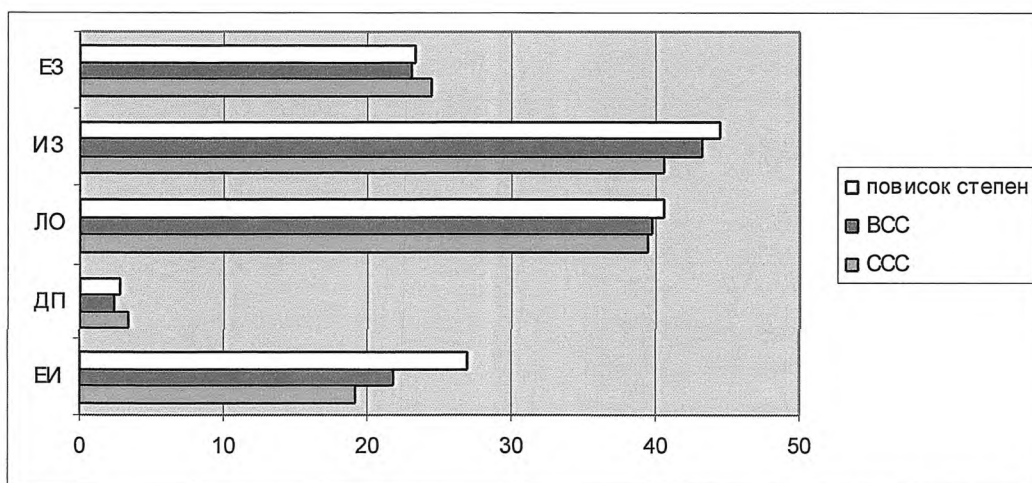
Наоди од дескриптивната статистика за Табела 10:

- **ЕИ**- емоционалната исцрпеност е највисока (M=27,00, SD=14,447) кај здравствените работници со повисок степен на образование, а најниска (M=19,14, SD=13,494) кај здравствените работници со средно образование.
- **ДП**- деперсонализацијата е највисока (M=3,35, SD=4,950) кај здравствените работници со средно образование, а најниска (M=2,39, SD=2,601) кај оние со високо образование.
- **ЛО**- личното остварување е највисоко (M=40,61, SD=5,541) кај здравствените работници со повисок степен на образование, а најниска (M=39,39, SD=8,314) кај оние со средно образование.
- **ИЗ**- интринзичкото задоволство е највисоко (M=44,43, SD=7,108) кај здравствените работници со повисок степен на образование, а најниско (M=40,55, SD=7,374) кај оние со средно образование.

- **E3-** екстринзичкото задоволство е највисоко ($M=24,41$, $SD=7,106$) кај здравствените работници со средно образование, а најниско ($M=23,07$, $SD=5,938$) кај оние со високо образование.

Вредностите од ANOVA- тестот (Табела бр.10) добиени за F и p не укажуваат на постоење на статистички значајни разлики во испитуваните варијабли во однос на степенот на образование. Според ова се заклучува дека:

- ⇒ Постулираните субхипотези B5 според која здравствените работници со средно образование имаат повисоко професионално согорување во споредба со здравствените работници со високо и повисоко образование се отфрла.
- ⇒ Истотака, се отфрла и постулираната субхипотеза B5 според која здравствените работници со високо и повисоко образование имаат повисоко задоволство од работата во споредба со оние со средно образование.



Графикон бр. 16 Графички приказ на добиените просечни вредности за професионалното согорување и задоволството од работата во однос на степенот на образование на здравствените работници

На графикон бр.16 графички се прикажани добиените просечни вредности за испитуваните варијабли за трите групи со различен степен на образование.

2.10.4.4. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на работниот стаж

Во табела бр.11 прикажани се аритметичките средини, стандардните отстапувања и добиените вредности од ANOVA-тестот за четирите групи на испитаници поделени според години на работен стаж.

Табела бр.11 Дескриптивни показатели и F вредности од АНОВА тестот за испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на работниот стаж

Години на раб. стаж	0-10 N=34		11-20 N=24		21-30 N=16		над 30 N=26		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
ЕИ	21,91	14,031	23,79	13,733	19,88	16,832	20,65	12,570	,317	,813
ДП	3,50	4,614	2,88	2,983	2,12	2,062	2,85	3,738	,523	,667
ЛО	38,44	7,166	39,79	6,093	40,00	10,007	41,27	6,509	,747	,527
ИЗ	41,56	6,421	42,88	7,589	41,94	5,756	42,54	8,742	,182	,908
ЕЗ	24,18	6,469	21,67	7,429	23,94	5,507	25,12	7,464	1,133	,340

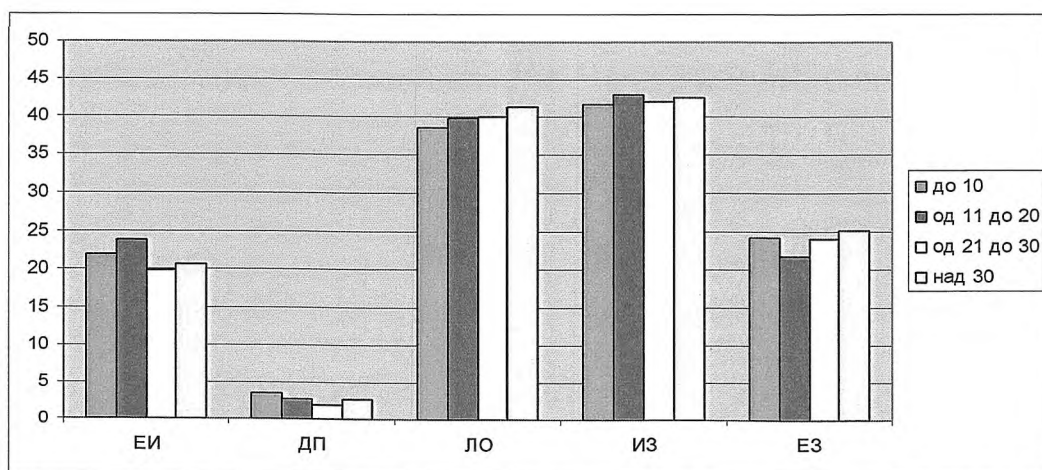
Според наодите од дескриптивната статистика за испитуваните варијабли се заклучува дека:

- **ЕИ**- емоционалната исцрпеност е највисока (M=23,79, SD=13,733) кај втората група на здравствени работници со работен стаж од 11 до 20 години, а најниска (M=19,88, SD=16,832) е кај оние од третата група со работен стаж од 21 до 30 години.
- **ДП**- деперсонализацијата е највисока (M=3,50, SD=4,614) кај здравствените работници од првата група со најмал работен стаж (до 10 години), а најниска (M=2,12, SD=2,062) е кај оние од третата група.

- **ЛО-** личното остварување е највисоко ($M=41,27$, $SD=6,509$) кај здравствените работници од четвртата група со најголем работен стаж (над 30 години), а најниско ($M=38,44$, $SD=7,166$) е кај оние со најмал работен стаж (до 10 години).
- **ИЗ-** интринзичкото задоволство е највисоко ($M=42,88$, $SD=7,589$) кај здравствените работници од втората група, а најниско ($M=41,56$, $SD=6,421$) кај оние со најмал работен стаж.
- **ЕЗ-** екстринзичкото задоволство е највисоко ($M=25,12$, $SD=7,464$) кај здравствените работници со најголем работен стаж, а најниско ($M=21,67$, $SD=7,429$) кај оние од третата група со работен стаж од 21 до 30 години.

Добиените резултати од АНОВА-тестот во Табела бр.11 исклучуваат статистички значајни разлики во испитуваните варијабли во поглед на работниот стаж. Оттука произлегува дека:

⇒ Постулираните субхипотезите Б4 и В4 во делот во кој се тврди *здравствените работници со поголем работен стаж имаат повисоко професионално согорување и повисоко задоволство од работата во споредба со оние со помал работен стаж се отфрлаат.*



Графикон бр. 17 Графички приказ на добиените просечни вредности за професионалното согорување и задоволството од работата во однос на годините на работен стаж

На графикон бр. 17 графички се прикажани добиените просечни вредности за професионалното согорување и задоволството од работата на четирите групи на здравствени работници поделени според работниот стаж.

2.10.4.5. Значајност на разлики во испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на висината на платата

Во табела 12 прикажани се дескриптивните податоци и добиените вредности од ANOVA –тестот за испитуваните варијабли за трите групи здравствени работници поделени според висината на платата.

Табела бр.12 Дескриптивни показатели и F вредности од АНОВА тестот за испитуваните варијабли кај здравствените работници со оглед на висината на платата

Висина на плата во денари	До 20.000 N=32		20.000-30.000 N=51		Над 30.000 N=17		F	p
	М	SD	М	SD	М	SD		
ЕИ	19,66	13,360	21,20	13,197	27,12	16,462	1,685	,191
ДП	3,38	4,757	2,82	3,315	2,59	2,265	,321	,727
ЛО	38,09	7,617	40,02	7,495	42,06	5,238	1,750	,179
ИЗ	41,12	6,866	41,92	7,394	45,00	6,856	1,708	,187
ЕЗ	23,72	6,402	23,88	6,825	23,59	8,124	,013	,987

Наоди за дескриптивната статистика за податоците од Табела 12:

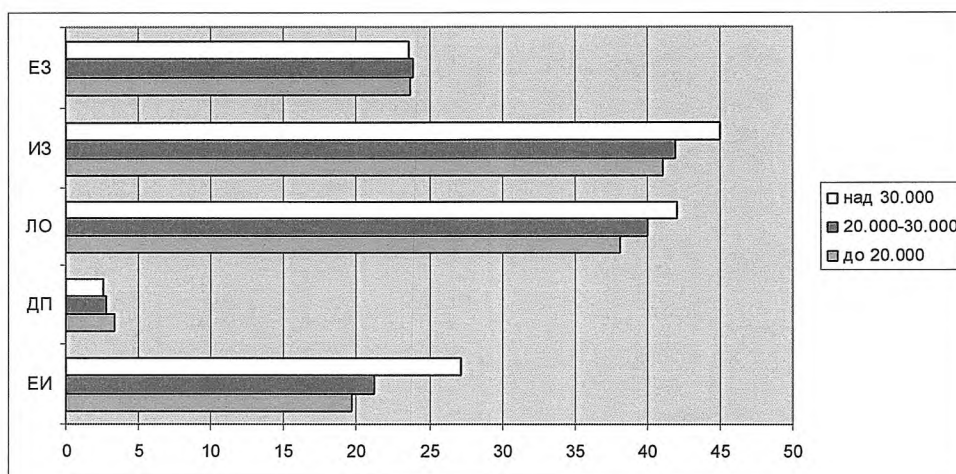
- **ЕИ**- емоционалната исцрпеност е највисока (M=27,12, SD=16,462) кај здравствените работници во третата група со најголема плата (над 30.000 денари), а најниска (M=19,66, SD=13,360) е кај оние од првата група со најмала плата (до 20.000 денари).

- **ДП**- деперсонализацијата е највисока ($M=3,38$, $SD=4,757$) кај здравствените работници со најмала плата, а најниска ($M=2,59$, $SD=2,265$) е кај оние со најголема плата.
- **ЛО**- личното остварување е највисоко ($M=42,06$, $SD=5,238$) кај здравствените работници со најголема плата, а најниско ($M=38,09$, $SD=7,617$) е кај оние со најмала плата.
- **ИЗ**- интринзичкото задоволство е највисоко ($M=45,00$, $SD=6,856$) кај здравствените работници со најголема плата, а најниско ($M=41,12$, $SD=6,866$) кај оние со најмала плата.
- **ЕЗ**- екстринзичкото задоволство е речиси идентично кај сите три групи со различна висина на плата со минимални разлики меѓу нив. Највисоко ($M=23,88$, $SD=6,825$) е кај здравствените работници од втората група со висина на плата од 20.000 до 30.000 денари, а најниско ($M=23,59$, $SD=8,124$) кај оние со најголема плата.

Резултатите од спроведениот ANOVA- тест прикажани во Табела 12 укажуваат дека:

- ⇒ Постулираната субхипотеза Б6 според која *здравствените работници со повисока плата имаат пониско професионално согорување во споредба со оние со пониска плата* се отфрла.
- ⇒ Постулираната субхипотеза В6 според која *здравствените работници со повисока плата имаат повисоко задоволство од работата во споредба со оние со пониска плата* истотака се отфрла.

На графикон 18 прикажани се графички просечните вредности добиени за трите групи поделени според висината на платата за испитуваните варијабли.



Графикон бр.18 Графички приказ на добиените просечни вредности за професионалното согорување и задоволството од работата во однос на висината на платата на здравствените работници

2.10. ДИСКУСИЈА

Во ова истражување мерени се професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници вработени во јавните здравствена установа, утврдувани се меѓусебните односи меѓу овие две појави и тестирани се разликите меѓу нив во однос на релевантните варијабли со цел да се тестираат претходно постулираните хипотези.

2.10.1. Дискусија за наодите од дескриптивната статистика

Општо земено сите испитаници во истражувањето според добиената средна вредност покажуваат **средно ниво на емоционална исцрпеност**. Додека пак, **поединечната анализа** на сите испитаници покажува дека **повеќе од половина од здравствените работници имаат средна или висока емоционална исцрпеност**. Овој податок е навистина загрижувачки .

Емоционално исцрпените вработени имаат намалена мотивација за работа, за нив секој нов работен ден претставува нов проблем со кој треба да се соочат, се чувствуваат истоштено, “исцедено”, фрустрирано од работата, имаат проблем во комуникација со пациентите и во соочувањето со нивните проблеми и сл.

Емоционална исцрпеност е очекувана појава кај сите хумани професии. Работата со луѓе секојдневно, гледањето на нивните маки, слушањето на нивните проблеми и сл. се нешта на кои ретко кој би останал рамнодушен. Сепак оваа појава треба да се одржува на ниско ниво на кое нема да има посериозни последици по психичкото и физичкото здравје на вработените.

Во однос на деперсонализацијата добиени се задоволувачки резултати. Според добиената средна вредност за сите здравствени работници **нивото на деперсонализација е ниско**. Мал е процентот на оние со средно и високо ниво на деперсонализација.

Здравствените работници со присутна деперсонализација имаат индиферентен став кон пациентите, негативно се настроени и кон нив и кон колегите. Тие се демотивирани, цинични, нерасположени итн. Многу често отсутнуваат од работа и не си ги извршуваат работните обврски, размислуваат за отказ или промена на работното место.

Токму заради ова, иако се работи за мал број на здравствени работници со присутна деперсонализација треба да им се обрне внимание и да се превземат соодветни мерки за искоренувањето на оваа појава. Бидејќи, деперсонализацијата е сериозна пречка за обезбедување на квалитетна здравствена услуга и дава сериозни последици по здравјето на вработените.

Средната вредност добиена за **недостатокот на лично остварување** кај здравствените работници е на **ниско ниво**, што значи дека најголем дел од нив има високо лично остварување. Овој посакуван резултат е карактеристичен за вработените во хумани професии, бидејќи личното остварување кај нив во најголем дел произлегува од карактеристиките на самата работа, во случајов хуманоста.

Gosseries, Demertzi, Ledoux et al. (2008) во спроведеното истражување во Белгија врз здравствени работници кои работат со пациенти со сериозни мозочни оштетувања, констатирале присутност на професионално согоорување (18%) од кои 15% со средно ниво и 3% со високо ниво; присутна средна и висока емоционална исцрпеност (33%); присутна средна и висока деперсонализација (33%) и недостаток на лично остварување кај 3% од испитаниците. Врз основа на наодите од ова истражување се заклучило дека значаен процент од здравствените работници кои работат со пациенти со хронично нарушување на свеста страдаат од професионално согорување. Според тоа биле препорачани зголемени мерки за превенција на професионалното согорување со цел да се обезбеди соодветна нега за овие пациенти.

*Добиената средна вредност за сите испитаници во однос **интринзичкото задоволство** е повисока од теорискиот среден скор, што е задоволувачки, а воедно и очекуван резултат.* Изворите на интринзичкото задоволство се слични со оние за личното остварување, односно произлегуваат од самата работа како таква. Особено во хумани професии како што е медицината, пожелно е високо ниво на интринзичко задоволство, бидејќи позадоволните здравствени работници од интринзичките аспекти на работата, се поисполнети од работата, помотивирани, со љубов ја работат својата работа, добиваат признание за нивните успеси што дополнително ги мотивира и сл.

*Просечната вредност добиена за **екстринзичкото задоволство** кај здравствените работници е речиси идентична со теориската средна вредност.* Во овој случај отсуствува посакуваниот резултат. Изворите на екстринзичкото задоволство произлегуваат од надворешните фактори во работата како што се: работните услови, платата, супервизијата, колегите и сл. Доколку овие фактори се на задоволувачко ниво, здравствените работници полесно и поефикасно ќе ги извршуваат своите работни задачи и секако со поголема волја.

Од поединечната анализа на зачестеноста на одговорите на прашањата поврзани со задоволството од работата се забележува дека *здравствените работници најзадоволни се од еден од интринзичките извори на задоволство од работата, а тоа е можноста да им се помага на другите.* Ова е очекуван резултат со оглед на хуманата природа на професијата. Тоа е всушност нивната “движечка сила”.

Додека пак, *најнезадоволни здравствените работници се од еден од екстринзичките извори на задоволство од работата- платата и обемот на работа.* Здравствените работници, во случајов вработени во јавна здравствена установа, сметаат дека нивната плата е несоодветна во однос на обемот на работата, односно нивните приходи се премали за преобемните работни задачи.

Во споредувачката анализа (2011)¹⁹ на двете спроведени истражувања (2009 и 2010) за задоволство од работата кај вработени во здравствени установи во Република Србија, било констатирано пониско задоволство во второто истражување во споредба со првото. Овие истражувања биле спроведени по налог на Комисијата за унапредување на квалитетот на работата на здравствените установи, со цел да се преземат соодветни мерки за зголемување на задоволството од работата кај овие вработени.

Како најзначаен предиктор за незадоволство од работата и во двете истражувања се покажала *платата*, а како останати значајни предиктори истакнати се: меѓучовечките односи, можноста за континуирана едукација, поддршката од претпоставените и можноста за изнесување на сопственото мислење пред претпоставените.

Според спроведените истражувања во здравствените установи во Србија и истражувањето спроведено за овој магистерски труд во јавна здравствена установа во Македонија, може да се заклучи дека степенот на задоволство/незадоволство од платата е сличен кај здравствените работници

¹⁹ Достапно на: <http://www.studpol.rs/dokumenta/kvalitet/1.pdf>

во овие две балкански земји, што секако најмногу се должи на сличноста во функционирањето на здравствените системи во самите држави.

2.10.2. Дискусија за утврдените корелации меѓу варијаблите

Во ова истражување испитувани се пет главни варијабли од кои: трите (емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и личното остварување) се однесуваат на професионалното согорување и другите две (интринзичко и екстринзичко задоволство) се однесуваат на задоволството од работата.

Како и во многу други истражувања наназад меѓу димензиите на професионалното согорување утврдени се следниве корелации: позитивна корелација меѓу емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата и негативна корелација на овие две димензии со личното остварување. Истотака, утврдена е и позитивна корелација меѓу двата вида на задоволство од работа, интринзичкото и екстринзичкото задоволство. Но, во ова истражување акцентот е ставен на односите меѓу димензиите на професионалното согорување и задоволството од работата. Токму затоа во дискусијата на овој труд елаборирани се токму тие.

*Меѓу сите испитувани варијабли се утврди значајна корелација, освен меѓу **личното остварување** и **екстринзичкото задоволство**.* Оттука произлегува дека здравствените работници кои имаат подобри услови за работа, поголема плата, адекватна супервизија и организациски политики и сл. не значи дека имаат и поголемо чувство на лично остварување.

Вакви слични резултати се добиени во истражувањето за задоволство од работата и професионално согорување кај социјалните работници од страна на социјалниот работник Jeleč Kaker (2009) година во Република Словенија. Во нејзиното истражување се покажало дека екстринзичките фактори за задоволство од работа како што се: платата, напредувањето, супервизијата, работните услови, колегите и сл. не се во значајна корелација со личното остварување. Впрочем, ваквата незначајна корелација е и повеќе од очекувана,

бидејќи и медицината и социјалната работа се хумани професии и кај овие профили личното остварување потекнува од самата професија како таква, т.е. очекувана е негова поврзаност со интринзичкото задоволство, а не со екстринзичкото.

Во многу истражувања како и во ова се докажала негативна корелација меѓу емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и задоволството од работата и позитивната корелација меѓу задоволството од работата и личното остварување. Едно од тие истражувања е истражувањето на Ogresta, Rusac и Zogec (2008) во Хрватска спроведено врз здравствени работници за ментално здравје.

Очекуваната *позитивна корелација меѓу личното остварување и интринзичкото задоволство* се потврди во спроведено истражување. Тоа значи дека здравствените работници кои имаат самостојна, креативна, одговорна, морална, разновидна и општествено корисна работа со добар општествен статус, авторитет и сл. имаат и поголемо лично остварување, во споредба со оние чија работа ги нема овие карактеристики.

Dias, Carlotto и Queiros (2011) во нивното спроведено истражување за влијанието на задоволството од работата кај португалските медицински сестри, истотака добиле позитивна значајна корелација меѓу интринзичкото задоволство и личното остварување.

Утврдена е *негативна значајна корелација меѓу емоционалната исцрпеност на здравствените работници и нивното екстринзичко и интринзичко задоволство од работата*. Според тоа може да се заклучи дека здравствените работници со повисоко екстринзичко и интринзичко задоволство имаат пониска емоционална исцрпеност и обратно.

Од аспект на односот меѓу емоционалната исцрпеност и интринзичкото задоволство факт е дека доколку здравствените работници ја доживуваат својата работа како: неинтересна, монотона, некреативна; сметаат дека имаат преголема одговорност со која не можат да се носат; немаат самостојност,

авторитет и почитуван социјален статус итн., тогаш многу е веројатно дека нивната емоционална исцрпеност ќе се зголемува на таа сметка.

Доколку здравствените работници имаат ниско екстринзичко задоволство односно: ниска плата, несоодветни услови за работа, лоша супервизија и раководење, организациски политики со кои не се согласуваат, несоработка од страна на колегите и сл., во тој случај истовремено со намалувањето на екстринзичкото задоволство ќе се зголемува емоционалната исцрпеност на вработените.

Деперсонализацијата истотака, како и емоционалната исцрпеност е во негативна значајна корелација со **интринзичкото и екстринзичкото задоволство**. Ова значи дека здравствените работници кои не се задоволни од нивната работа како таква и од надворешните фактори во работата, истовремено имаат повисок степен на деперсонализација т.е. развиваат негативен, индиферентен и циничен став кон претпоставените, колегите и пациентите.

Во спроведеното истражување во Кина врз здравствени работници Ge, Fu, Chang & Wang (2011) добиле значајна негативна корелација меѓу емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата со интринзичкото и екстринзичкото задоволство од работата.

Ogresta, Rusac и Zorec (2008) со помош на регресивна анализа ги утврдиле следниве негативни предиктори на емоционалната исцрпеност во однос на задоволството од работата: наградувањето и работната клима. Додека пак супервизијата од надредените и соработката со колегите не се покажале како значајни во варијансите на емоционалната исцрпеност. Во однос на деперсонализацијата како предиктор било утврдено само наградувањето, додека останатите: супервизијата, работната клима и соработката со колегите не биле утврдени како значајни. И во однос на личното остварување како важен предиктор била утврдена само работната клима.

R. Rosales, Labraque и G.Rosales (2013) во своето истражување на корелација меѓу професионалното согорување и задоволството од работата кај медицинските сестри, дошле до заклучок дека постои силна значајна повраност меѓу нив. Овие истражувачи, според добиените резултати истакнуваат дека *колку е повисоко задоволството од работата, толку е помал ризикот за појава на професионалното согорување.*

2.10.3. Дискусија за тестираните разлики во испитуваните варијабли во однос на релевантните варијабли

Во ова истражување се земени предвид седум релевантни варијабли и тоа: полот, возраста, работниот стаж, степенот на образование, видот на работното место, работата во ноќни смени/дежурства и висината на платата на здравствените работници. Тестирани се разликите во главните пет испитувани варијабли во однос на овие релевантни варијабли.

Во однос на полот, претпоставката за постулираната хипотеза дека здравствените работници од женски пол имаат повисоко професионално согорување, произлегува од самата природа на женскиот пол како почувствителен пол, но и фактот дека сеуште жените се дополнително оптеретени со домашните обврски. Спротивно на ваквото очекување, добиените просечни вредности од Maslach Burnout прашалникот за субскалита емоционална исцрпеност се за нијанса повисоки кај машкиот пол. Истотака и просечните вредности за деперсонализацијата се повисоки кај машкиот пол. Додека пак, личното остварување според дескриптивните показатели е повисоко кај здравствените работници од женски пол.

*Сепак, овие разлики не се докажаа како статистички значајни разлики помеѓу **машките и женските** здравствени работници во нивото на професионалното согорување.*

Во истражувањето на Jeleč Kaker (2009) била утврдена статистички значајна разлика во емоционалната исцрпеност кај социјалните работници во однос на полот. Се покажало дека социјалните работнички имаат повисока

емоционална исцрпеност, во споредба со социјалните работници. Јелеџ Кагер смета дека оваа разлика се должи на тоа што жените имаат повеќе улоги од мажите т.е. се мисли и на нивните обврски во домот и со семејството.

Повисоко задоволство од работата во овој труд се тврди дека имаат здравствените работници од машки **пол**. Добиените просечни вредности за двете субскали интринзичко и екстринзичко задоволство од Минесота прашалникот одат во прилог на ова тврдење, бидејќи се повисоки од оние добиени за женскиот пол. Сепак, **оваа разлика во задоволството од работата не се покажа како статистички значајна.**

Според Myhren, Ekeberg и Stokland (2013) во нивното истражување во Осло врз медицински сестри и лекари, не се докажала значајна разлика меѓу двата пола во однос на професионалното согорување и задоволството од работата.

Се смета дека задоволството од работата расте со текот на годините. Токму врз ова се базира и една од хипотезите во истражувањето, односно се очекува највисоко задоволство кај највозрасните здравствени работници и најниско кај најмладите. Во однос на просечните вредности добиени за субскалата екстринзичко задоволство ова се потврдува, односно највисоко екстринзичко задоволство имаат највозрасните здравствени работници, но не е истиот случај и кај интринзичкото задоволство. Највисоко екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со возраст над 50 години. За тоа придонесува фактот дека од времето на нивното прво вработување па досега, условите за работа се подобрани, усовершени се методите на работа и сл. Што се однесува до добиените просечни вредности за интринзичкото задоволство се потврдува дека најмладите здравствени работници имаат најниско интринзичко задоволство. Тоа е сосема разбирливо, бидејќи тие сеуште се на почетокот на својата кариера, се усовершуваат, учат, се дообразуваат итн. Овие заклучоци добиени од дескриптивните показатели **не се потврдија како статистички значајни разлики во задоволството од работата меѓу здравствените работници со различна возраст.**

Личното остварување е највисоко кај највозрасната група на здравствени работници, а најниско кај најмладата група здравствени работници. И ова е повеќе од очекувано, како и претходно со интринзичкото задоволство. Во однос на **деперсонализацијата** добиени се спротивни резултати од очекуваните т.е. таа е највисока кај најмладите здравствени работници. Во однос на добиените просечни вредности за субскалата **емоционална исцрпеност** таа е највисока кај втората група здравствени работници од 31 до 40 години. Иако ваквиот резултат не е претпоставен во постулирањето на хипотезите, сепак е разбирлив како таков бидејќи, во овој период најголем процент од здравствените работници и луѓето воопшто го формираат своето семејство и се најактивни во однос на кариерата. И овие разлики не се покажаа како статистички значајни.

Во истражувањето на Jeleč Kaker (2009) истотака не се потврдила статистички значајна разлика во емоционалната исцрпеност кај испитаниците во поглед на нивната возраст. Истиот резултат бил добиен и во однос на работниот стаж на испитаниците.

Највисока емоционална исцрпеност имаат здравствените работници со **работен стаж** од 11 до 20 години. И тука би следело слично образложение како и претходно во врска со возраста, односно оваа група на здравствени работници најчесто се во цветот на својата кариера и се со зголемени обврски околу семејството. Претпоставката дека здравствените работници со најголем работен стаж имаат највисоко професионално согорување не се докажа како таква. Спротивно на оваа претпоставка, во однос на деперсонализацијата највисоки вредности се добиени кај оние со најмал работен стаж, а највисоко лично остварување имат здравствените работници со најголем работен стаж. Во однос на екстринзичкото задоволство добиени се очекувани просечни вредности кои се највисоки кај здравствените работници со најголем работен стаж, а во однос на интринзичкото задоволство добиени се очекувани највисоки вредности кај здравствените работници со најмал работен стаж. **Статистички значајни разлики не се потврдија меѓу испитаниците во професионалното согорување и задоволството од работата во поглед на нивниот работен стаж.**

Како и во истражувањето на Jeleč Kaker (2009) и во ова истражување не се утврдени статистички значајни разлики во **професионалното согорување** кај здравствените работници со различен **степен на образование**. Во однос на емоционалната исцрпеност спротивно на очекуваното повисока емоционална исцрпеност имаат здравствените работници со високо образование и повисок степен на образование од оние со средно образование. Додека во однос на деперсонализацијата и личното остварување се добиени очекуваните резултати т.е. повисоки се добиените вредности кај здравствените работници со високо и повисоко образование, во споредба со оние со средно образование.

Интринзичкото задоволство како што се претпоставува во овој труд е повисоко кај здравствените работници со високо и повисоко образование, одошто кај оние со средно образование. Ова е сосема разбирливо, бидејќи повисокиот степен на образование придонесува за добро споредување на хиерархиски повисоко работно место со поголеми одговорности, поголем авторитет, повисок општествен статус итн. Повисоко екстринзичко задоволство имаат здравствените работници со средно образование од оние со високо и повисоко образование. И оваа разлика меѓу здравствените работници со различен **степен на образование** во однос на **задоволството од работата** се покажа како статистички незначајна.

Единствена разлика меѓу здравствените работници во професионалното согорување и задоволството од работата која се покажа како **статистички значајна е разликата во емоционалната исцрпеност и интринзичкото задоволство во однос на видот на работното место**.

Во првата релација потврдена е повисока **емоционална исцрпеност** кај **лекарите** во споредба со **лаборантите**. Лекарите се меѓу првите кои стапуваат во директен контакт со сите пациенти, нивното работно место со себе носи одговорност за одлучување за човечкиот живот, од нив пациентите очекуваат помош и им ги кажуваат проблемите и маките, честопати имаат

пациенти со терминални дијагнози на кои неможат да им помогнат, се соочуваат со смрт на своите пациенти и многу други причини поради кои имаат повисока емоционална исцрпеност од лаборантите. За разлика од нив лаборантите имаат директен контакт со пациентите кој е еднократен, само при земање на крвни анализи. Тие ги изработуваат резултатите, но колку и да се тие лоши, лекарите се тие кои им го соопштуваат тоа на пациентите.

Дескриптивните показатели кај останатите две димензии на професионалното согорување покажуваат дека деперсонализацијата е највисока кај болничарите/транспортерите, а најниска кај лаборантите. Личното остварување е највисоко кај лекарите, а најниско кај медицинските сестри/техничари, што е сосема очекувано и поради нивните разлики во однос на интринзичкото задоволство.

Повисоко интринзичко задоволство имаат лекарите во споредба со медицинските сестри, е следната потврдена релација. Лекарите имаат повисоко интринзичко задоволство од работата, бидејќи се на повисоко хиерархиско ниво од медицинските сестри, имаат поголем авторитет, имаат повисок општествен статус, имаат поголема самостојност во работата, уживаат поголема почит од пациентите, добиваат поголемо признание во работата итн. Додека пак медицинските сестри немаат самостојност во работата, односно работат по налог на лекарите.

Екстринзичкото задоволство според добиените просечни вредности се покажа највисоко кај лаборантите, а најниско кај транспортерите/болничарите. Лаборантите во денешно време во универзитетските клиници работат со современа компјутеризирана апаратура со што им се подобри условите за работа за разлика од порано. Додека пак, транспортерите/болничарите во текот на своето работно време минуваат значаен дел надвор од клиниката каде работат поради транспорт на пациенти за испитувања, снимања и сл., физички се пооптеретени и се изложени на секакви временски услови.

Myhren, Ekeberg и Stokland (2013) во своето истражување потврдиле дека лекарите имаат статистички значајно повисоко задоволство од работата

во однос на медицинските сестри, а во однос на професионалното согорување не докажале статистички значајни разлики меѓу нив.

*Во однос на работата во **ноќни смени и дежурства** истот така не се потврдија статистички значајни разлики во **професионалното согорување и задоволството од работата** меѓу здравствените работници кои не дежураат и оние кои дежураат. Според дескриптивната статистика очекуваните претпоставки во однос на емоционалната исцрпеност не се потврдија, односно таа е повисока кај здравствените работници кои не дежураат во споредба со оние кои дежураат, додека пак, деперсонализацијата е идентична кај двете групи. Личното остварување е повисоко кај здравствените работници кои не дежураат.*

Екстринзичкото задоволство како што е претпоставено во ова истражување е повисоко кај здравствените работници кои не дежураат, а интринзичкото задоволство е идентично кај двете групи.

Witkoski Stimpfel, Sloane и Aiken (2012) спроведеле истражување во САД за поврзаноста на должината на смените на медицинските сестри со нивото на професионалното согорување и незадоволството на пациентите. Тие, според резултатите добиени во истражувањето дошле до заклучок дека, со зголемување на должината на смените на медицинските сестри се зголемува пропорционално нивното ниво на професионално согорување, а се намалува нивното задоволство од работата.

Обратно од претпоставките во истражувањето добиени се највисоки просечни вредности за емоционалната исцрпеност кај здравствените работници со највисока плата. Што се однесува до деперсонализацијата таа е највисока кај здравствените работници со најниска плата, а највисока кај оние со највисока плата, впрочем како што се очекуваше. Истотака очекувано највисоко лично остварување и интринзичко задоволство имаат здравствените работници со највисока плата, а најниски вредности на овие субскали се добиени кај оние со најниска плата. Здравствените работници со повисока плата се и на повисоко хиерархиско ниво и поважно работно место со поголем

авторитет и сл. од оние со пониска плата. Оттука произлегува и нивното повисоко лично остварување и интринзичко задоволство. Екстринзичкото задоволство е највисоко кај здравствените работници со плата од 20.000 до 30.000 денари, а најниско кај оние со највисока плата.

Овие разлики во професионалното согорување и задоволството од работата меѓу здравствените работници со различна висина на плата, не се докажаа статистички значајни.

Огреста, Русац и Зорец (2008) констатирале врз основа на направена мултипла регресиска анализа дека платата и наградите се статистички значајни предиктори на емоционалната исцрпеност.

2.10.4. Завршни коментари и препораки

Емоционалната исцрпеност кај здравствените работници во ова истражување се покажа како **најголем ризик фактор** во моментов, што се однесува до професионалното согорување.

Оваа појава негативно се одразува врз здравјето на вработениот со што понатаму следи негова намалена работна способност, намален квалитет на здравствена услуга и на крај последиците ги трпат самите вработени, пациентите и работната установа.

Токму затоа во таа насока треба да се превземат **соодветни мерки за нејзино намалување**. Овие мерки треба истовремено да се спроведат на индивидуално ниво, но и на организациско ниво за да се постигне посакуваниот ефект. Најважна секако е превенцијата, односно да не се дозволи појава на професионално согорување кај вработените, но доколку се констатира негово присуство како во ова истражување, понатаму треба да се превземат мерки и стратегии за соочување со овој феномен и спречување на понатамошно негово продлабочување се до отстранување на негативните последици и комплетна ресоцијализација на вработениот.

Бидејќи во ова истражување се докажа значајна негативна корелација меѓу емоционалната исцрпеност и екстринзичкото задоволство, мерките за нејзино намалување и искоренување може да се насочат во овој правец. Со **зголемување на интринзичкото и екстринзичкото задоволство** на вработените, ќе се придонесе кон намалување на нивниот степен на емоционална исцрпеност. Тоа накратко би значело: подобри услови за работа, поголема плата, контрола на обемот на работата, награди, признание, поттикнување на креативноста, коректен однос на надредените, поттикнување на тимска соработка итн.

Во однос на добиената средна вредност за **задоволството** од работата кај вработените, установите треба да превземаат **мерки за зголемување** на истата..

Особено внимание јавните здравствени установи треба да обрнат на **платата и обемот на работата**, бидејќи се покажа дека здравствените работници се најнезадоволни од нив. Ова незадоволство би се намалило на два начина или со зголемување на платата или со намалување на обемот на работата (работните задачи и обврски).

Поради претходно утврдените корелации се докажа дека со **зголемување на интринзичкото задоволство** ќе се намали не само емоционалната исцрпеност туку и деперсонализацијата кај здравствените работници, а ќе се зголеми нивното лично остварување.

Додека, со зголемување на екстринзичкото задоволство ќе се намалат само емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата, но нема да се зголеми личното остварување, бидејќи меѓу нив нема значајна корелација.

ЗАКЛУЧОК

Медицината како хумана професија претставува една од највисоко ризичните професии кај кои се јавува професионалното согорување. Самата природа на работата е поврзана со секојдневни стресни искуства со кои се соочуваат здравствените работници. Ваквата долготрајна континуирана изложеност на стрес доведува до професионално согорување на вработените. Кај нив се јавува емоционална исцрпеност, деперсонализација и недостаток на лично остварување. Сето ова го нарушува нивното психичко и физичко здравје, ја намалува нивната работна способност итн.

Во овој труд генерално за сите испитаници се измерени: средна емоционална исцрпеност, ниска деперсонализација и низок недостаток на лично остварување.

Задоволството од работата кај здравствените работници произлегува од интринзичките фактори поврзани со самата работа и од екстринзичките фактори чии извори се поврзани со надворешните аспекти на работата. Доколку здравствените работници не се задоволни од работата кај нив се јавува намалена мотивација, намалени работни перформанси, абсентизам, напуштање на работното место итн.

Измереното интринзичко задоволство е на задоволувачко ниво, но не и екстринзичко задоволство од работата.

Истражувањето е спроведено во јавна здравствена установа, што можеби е и една од причините поради кои нивото на екстринзичко задоволство не е на задоволувачко ниво. Јавните здравствени установи во нашата држава за жал сеуште се соочуваат со проблеми како: несоодветни услови за работа, недоволен број на персонал, ниски плати, крути организациски политики, супервизија која нема слух за вработените итн.

Негативните ефекти од професионалното согорување и незадоволството од работата доведуваат до намалена работна способност на здравствените работници, тие несоодветно одговараат на барањата на пациентите и не им пружаат адекватна здравствена услуга. Поради нивното нарушено здравје, тие често отсутнуваат од работа и се намалува и така недоволниот персонал од здравствени работници, конкретно во јавните здравствени установи, така што дополнително се намалува квалитетот и квантитетот на здравствените услуги. Сето ова доведува до незадоволство кај пациентите, затоа оние што се во можност ќе бараат помош во приватните здравствени установи и сето тоа ќе доведе до економски последици за установата поради намалениот број на пациенти.

Целта на овој магистерски труд е да се утврди поврзаноста на професионалното согорување и задоволството од работата кај здравствените работници вработени во јавните здравствени установи. Оваа цел е остварена со емпириско докажување на ваквата поврзаност меѓу овие две појави.

Докажаната корелација меѓу задоволството од работата и професионалното согорување во иднина ќе го насочи правецот на планирање на превентивни стратегии за намалување на степенот на професионалното согорување и зголемување на нивното задоволство од работата.

Со зголемување на интринзичкото и екстринзичкото задоволство истовремено се намалуваат емоционалната исцрпеност и деперсонализацијата (негативна корелација), а се зголемува личното остварување кај здравствените работници (позитивна корелација).

Според измерениот степен на димензиите на професионалното согорување ризик фактор во моментот претставува средната емоционална исцрпеност, која треба да биде ниска. Истотака треба да се настојува кон зголемување на интринзичкото и екстринзичкото задоволство на вработените. За да се постигне ова според претходно утврдената корелација може да се превземат мерки во правец на зголемување на задоволството од работата, а

со тоа би се намалил степенот на емоционалната исцрпеност, како и другите димензии на професионалното согорување.

Преземањето на вакви мерки ќе придонесе за поквалитетна здравствена услуга, а бенефитите од тоа ќе ги почувствуваат здравствените работници, здравствената установа и пациентите т.е. општеството во целина.

Еден многу важен недостаток на јавните здравствени установи е тоа што тие *немаат соодветен кадар* кој будно би го следел задоволството од работата и професионалното согорување во иднина и би ги спровел препорачаните мерки. Токму поради ова, постои ризик од продлабочување наместо решавање на овој проблем.

Една од поставените цели на овој труд е *да се развие свеста* дека и на јавните здравствени установи, како и на секоја работна организација им се потребни стручни кадри кои ќе се бават со оваа проблематика.

БИБЛИОГРАФИЈА

- Ангелоска-Галевска, Н. (2009). *Планирање на научно истражување-интерен материјал*. Скопје: Филозофски факултет.
- Aydemir, O. Icelli, I. (2013). Burnout: Risk factors. *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working*. Ch.8, 119-144
- Aziri, B. (2011). Job satisfaction: A literature review. *Management research and practice*. Vol.3, 77-86
- Bakker, A. Alberth, S. Leiter, M. (2011) Work engagement: Further reflections on the state of play. *European journal of work and organizational psychology*. Vol.20, 74-88
- Barona, E. Jimenez, J. (2005). Estrategias de prevencion e intervencion del burnout en el ambito educativo. *Salud Mental*. Vol.28 No.5
- Baylor, K. (2010). *The influence of intrinsic and extrinsic job satisfaction factors and affective commitment on the intention to quit for occupations characterized by high voluntary attrition*. Diss. Nova Southeastern University
- Bergen, E. Fisher, P. (2003). Stress, Burnout and Trauma in Healthcare. *Issue of Nursing BC, the RNABC Magazine*, 1-7
- Blache, J. Borza, A. De Angelis, K. et al. (2011). *BOIT- Burnout Intervention Trainings for Managers and Team Ledaers*. Wien: die Berater
- Blaug, R. Kenyon, A. Lekhi, R. (2007). Stress at Work. *The Work Foundation's Principal Partners*. A report prepared for The Work Foundation's Principal Partners. London

- Brusaferro, S. Agnoletto, A. Gubian, F. et al. (2000). Use of the maslach Burnout Inventory to support Health Care Workers management in hospital. *Journal of preventive medicine and hygiene*. Vol.41, 18-23
- Cox, T. Griffiths, A. Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- De Valk, M. Oostrom, Sh. (2007). Burnout in the medical profession. *Occupational Health at Work*. 3 (6)
- Dedić, G. (2005). Sindrom sagorevanja na radu. *Vojnosanitetski pregled*. 62(11): 851-855
- Demerouti, E. Bakker, A. Mostert, K. (2010). Burnout and work engagement: A Thorough Investigation of the Independency of Both Constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol.15, 209-222
- Dhaniram, N. (2009). *Stress, burnout and salutogenis functioning amongst community service doctors in Kwazulu-Natal hospitals*. MA thesis. University of South Africa
- Dias, S. Carlotto, M.S. Queiros, C. (2011). *The influence of job satisfaction in Portuguese nurses' burnout*. Laboratorio de Reabilitacao Psicossocial: Porto
- Ean, L.B. (2007). *Study on the job satisfaction and burnout among medicl social workers in government hospitals in Malaysia*. MA thesis: University Sains Malaysia
- Embriaco, N. Papazian, L. Pochard, F. et al. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* Vol.13, 482-488

- Falkoski, J. (2012). Burnout, Employee Engagement and Coping in High Risk Occupations. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*. Vol.2, 49-63
- Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity- its importance in health care workers. *Occupational Medicine* Vol.48, 237-250
- Gardner, L. (2005). *Emotional intelligence and occupational stress*. PhD diss. Swinburne University- Centre of Neuropsychology
- Ge, C. Fu, J. Chang, Y. Wang, L. (2011). Factors associated with job satisfaction among Chinese communityhealth workers: a cross sectional study. *BMC Public Health* 11:884
- Gil Monte, P. Olivarez-Vaundez, V. (2011). Psihometric Properities of The Spanish Burnout Inventory in Chilean professionals working to Physical Disabled People. *The Spanish Journal of Psihology*. Vol.14, 441-451
- Gil Monte, P. Zuniga-Caballero, L. (2010). *Factorial Validity of the Spanish Burnout Inventory (SBI) in a Sample of Mexican Doctors*. University of Psihology: Bogota, Columbia. Vol.9, 169-178
- Gorgievski, M. Hobfoll, S. (2008). Work Can Burn Us Out or Fire Us Up: Conservation of Resources in Burnout and Engagement. *Handbook of Stress and Burnout in healthcare*. Ch.2, 1-17
- Gosseries, O. Demertzi, A. Ledoux, D. et al. (2012). Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Injury*, 1-7
- Habelsleben, J. Buckley, R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*. University of Oklahoma

- Hill Rice, V. (2012). Handbook of Stress, Coping and Health. *Implications for Nursing Research, Theory and Practise Second Edition*. Detroit: Wayne State University
- Jeleč Kaker, D. (2009). Zadovoljstvo poslom I sagorijevanje na poslu socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. *Izvorni znanstveni članak*. Onkološki inštitut Ljubljana
- Kalemoglu, M. Keskin, O. (2006). Burnout syndrome at the emergency service. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. Ch.14, 37-40
- Karodia, T. (2007). *Psychometric properties of the burnout inventory*. MA Thessis: University of Pretoria
- Кожух, Б. Ангелоска-Галевска, Н. (2008). *Статистичка анализа на податоци*. Скопје: Филозофски Факултет
- Le Blanc, P. Schaufeli, W. (2008). Burnout interventions: An overview and illustration. *Handbook of Stress and Burnout in Healthcare*. Ch.15, 201-215
- Leiter, M. Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *International Journal of Psychiatry*. Vol.42 , 90-101
- Lukič, J. (2009). *Motivisanje zaposlenih u funkcija poboljsanja uspesnosti posla*. MA teza. Univerzitet Singidunum: Belgrad
- Maniram, R. (2007). An investigation into the factors affecting job satisfaction at the KwaZulu Natal Further Education and Training College-Swinton campus. MA diss. Division of Management Science UNISA
- Mantha, Sh. (2001). *Handbook of stress management skills for public managers*. India: Centre for Good Governanse – CGG

- Martins, H. Proenca, T. (2012). *Minnesota Satisfaction Questionnaire Psychometric Properties and Validation in a Population of Portuguese Hospital Workers*. University of Porto
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. *The European Health Psychologist*. Vol.13, 44-47
- Maslach, C. Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*. Vol.93, 498-512
- Maslach, C. Schaufeli, W. Leiter, M. (2009). Burnout- 35 years of research and practice. *Career Development International*. Vol.14, 204-220
- Myhren, H. Ekeberg, Q. Stokland, O. (2013). Job satisfaction and Burnout among Intensive care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practise*. Hindawi Publishing Corporation
- Newby, J. (1999). *Job satisfaction of middle school principals in Virginia*. Diss. Faculty of Virginia Polytechnic institute and State University Blacksburg
- Nikic, D. Arandjelovic, A. Nikolic, M. Stankovic, A. (2008). Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica Medianae* Vol.47, 9-12
- Ogresta, J. Rusac, S. Zorec, L. (2008). Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat. Med. J.* Vol.49, 364-374
- Oudejans, R. (2007). *Linking extrinsic and intrinsic motivation to job satisfaction and to motivational theories. A comparison between the public sector (nurses) and the private sector (call centre agents)*. MA thesis. University of Maastricht Faculty of Economics and Business Administration

- Petričković, M. (2010). Eticka kauzalnost sindroma profesionalnog izgaranja I slobodne volje u socijalnom radu. *Godisnjak IV deo: Socijalna politika I socijalni rad*. Fakultet politickih nauka: Belgrad
- Priolo, D. (2010). *The Leader's Guide to Managing Workplace Stress*. Texas: Profiles Research Institute
- Rast, S. Tourani, A. (2012). Evaluation of employees- Job satisfaction and role of gender difference: An empirical study at Airline industry in Iran. *International Journal of Business and Social Science*. Vol.3 No.7 Centre for Promoting ideas: USA
- Reiner, M. (1998). *The determinants of job satisfaction among United States Air Force Security Police*. MA diss. University of Nebraska
- Ria Karodia, T. (2007). *Psychometric properties of the burnout inventory*. MA diss. University of Praetoria
- Rosales, R.A. Labraque, L.J. Rosales, G.L. (2013). Nurses' Job satisfaction and Burnout: Is there a connection?. *International Journal of Advanced Nursing Studies* 2 (1) Science Publishing Corporation
- Saif, S. Nawaz, A. Jan, F. Khan, M. (2012). Synthesizing the theories of job satisfaction across the cultural/attitudinal dementions. *Interdisciplinary journal of contemporary research in business* Vol.3 No.9. Institute of interdisciplinary Business research
- Schaufeli, W. Buunk, B. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. *The Handbook of workand health psychology*
- Schaufeli, W. Leiter, M. Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. Vol.14 No.3 pp.204-220

- Sempane, M. Rieger, H. Roodt, G. (2002). Job satisfaction in relation to organisational culture. *Journal of Industrial Psychology*. Department of Human Resource Management: Rand Afrikaans University
- Sonnentag, S. Frese, M. (2003). Stress in organizations. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Eds.) *Comprehensive handbook of psychology*. Vol.12: Industrial and organizational psychology (pp. 453-491). Hoboken: Wiley.
- Станојевиќ, Д. Милошевиќ, Б. (2011). Професионални стрес. *Зборник радова Филозофског Факултета XLI*. Универзитет у Приштини: Катедра за психологију
- Стојановиќ, Г. (2012). *Управување со човечките ресурси во угостителските објекти од областа на образованието во Република Србија*. Дисс. Факултет за туризам и угостителство: Охрид
- Weber, A. Jackel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occupational Medicine*. Vol.50, 512-517
- Weiss, D. Dawis, R. England, W. Lofquist, L. (1967). *Manual for Minnesota satisfaction questionnaire*. Minnesota studies vocational rehabilitation, University of Minnesota
- White, A. (2008). *An Examination of Virginia Soil and Water Conservation District Employee Job Satisfaction*. Doc. diss. Virginia Polytechnic Institute and State University
- Witkoski Stimpfel, A. Sloane, D. Aiken L. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of Burnout and Patient Dissatisfaction. *Health Affairs* 31 No.11
- Wood, B. Killion, J. (2007). Burnout among Healthcare Professionals. *Radiology Management*, 30-37 DHHS (NIOSH) Publication No. 2008–136

Интернет референци:

www.ekof.bg.ac.rs/nastava/posdiploma/organizaciono_ponasanje/doc/VREDNOSTI%20I%20ZADOVOLJSTVO%20POSLOM.pdf

www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Stres%20i%20tjelesno%20zdravlje%20-%20poglavlje.pdf

<http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1526/03Chapter3.pdf?sequence=4>

www.mojtim.com/hr-saveti/Kako-povecati-zadovoljstvo-zaposlenih/260/

<https://wikispaces.psu.edu/display/PSYCH484/2.+Need+Theories>

www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm

www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf

www.studpol.rs/dokumenta/kvalitet/1.pdf

www.hrcak.srce.hr

www.scielo.org

ПРИЛОЗИ

Прилог бр.1- Образец за биографски податоци

Почитуван/а

Ве замолувам да го пополните долуприложениот образец за биографски податоци и прашалник за проценка на степен на професионално согорување. Не е потребно да го запишете Вашето име и презиме, анкетаирањето ќе биде анонимно. Прашањата се однесуваат на Вас и Вашата работа и нема точни и неточни одговори, туку на Вас е да одлучите да го заокружите оној одговор кој кореспондира со степенот на Вашето согласување или несогласување. Добиените одговори и резултатите од нивното сумирање ќе бидат употребени само во моето истражување во склоп на мојот магистерски труд.

Однапред Ви благодарам за одземеното време

Инструкции: Во празното квадратче со ставање на знакот **X** означете го одговорот.

1	Пол: женски <input type="checkbox"/> машки <input type="checkbox"/>
2	Возраст: 18 - 30 <input type="checkbox"/> 31 - 40 <input type="checkbox"/> 41 - 50 <input type="checkbox"/> над 50 <input type="checkbox"/>
3	Степен на образование: CCC <input type="checkbox"/> ВСС <input type="checkbox"/> спец./ м-р/ д-р на науки и сл. <input type="checkbox"/>
4	Работно место: Доктор <input type="checkbox"/> Мед.сестра/техничар <input type="checkbox"/> Лаборант <input type="checkbox"/> Транспортер/Болничар <input type="checkbox"/>
5	Работен стаж (години) : 0-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> над 30 <input type="checkbox"/>
6	Износ на плата (во ден.): до 20.000 <input type="checkbox"/> 20.000 - 30.000 <input type="checkbox"/> над 30.000 <input type="checkbox"/>
7	Работа во ноќни смени/дежурства: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ

Прилог бр.2- Прашалник за проценка на степенот на професионално согорување на здравствените работници (MBI-HSS)²⁰

Инструкции: Внимателно прочитајте го исказот и на десната страна од табелата, в зависност од тоа кој одговор најдобро кореспондира со степенот на зачестеност на дадениот исказ, заокружете го Вашиот одговор во соодветното квадратче (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6), со следното значење:

КОЛКУ ЧЕСТО... ?

0

1

2

3

4

5

6

Никогаш Неколку пати Еднаш Неколку пати Еднаш Неколку пати Секојдневно
 годишно месечно месечно неделно неделно
 или помалку или помалку

1	Се чувствувам емоционално исцрпен/а од мојата работа	0	1	2	3	4	5	6
2	На крајот на денот се чувствувам "искористено"	0	1	2	3	4	5	6
3	Наутро кога станувам се чувствувам уморно штом ќе помислам дека треба да се соочам со нов работен ден	0	1	2	3	4	5	6
4	Можам лесно да разберам како моите пациенти се чувствуваат	0	1	2	3	4	5	6
5	Чувствувам дека ги третирам пациентите како предмети	0	1	2	3	4	5	6
6	Работата со луѓе цел ден навистина е напорна за мене	0	1	2	3	4	5	6
7	Многу ефикасно се справувам со проблемите на моите пациенти	0	1	2	3	4	5	6
8	Се чувствувам "совладан/а" од работата	0	1	2	3	4	5	6
9	Мојата работа има позитивно влијание врз другите луѓе	0	1	2	3	4	5	6
10	Откако ја работам оваа работа станав посуров/а кон луѓето	0	1	2	3	4	5	6
11	Стравувам дека оваа работа ми ги "скаменува" емоциите	0	1	2	3	4	5	6
12	Се чувствувам многу енергично	0	1	2	3	4	5	6

²⁰ Прашалникот е превземен од:

<http://education.med.ufl.edu/files/2010/10/3463-mpi-humanserv-survey-1.pdf>

13	Се чувствувам фрустрирано од мојата работа	0	1	2	3	4	5	€
14	Сметам дека работам пренапорно на моето работно место	0	1	2	3	4	5	€
15	Не ми е грижа за она што им се случува на некои пациенти	0	1	2	3	4	5	€
16	Работата со луѓе стресно делува врз мене	0	1	2	3	4	5	€
17	Лесно можам да создадам релаксирана атмосфера кога сум со пациентите	0	1	2	3	4	5	€
18	После блиска соработка со пациентите се чувствувам расположено	0	1	2	3	4	5	€
19	Имам постигнато многу вредни цели во оваа работа	0	1	2	3	4	5	€
20	Се чувствувам дека сум на крајот на моето "јаже "	0	1	2	3	4	5	€
21	Во мојата работа, се справувам со емоционалните проблеми многу смирено	0	1	2	3	4	5	€
22	Мислам дека пациентите ме обвинуваат мене за некои од нивните проблеми	0	1	2	3	4	5	€

Прилог бр.3- Прашалник за проценка на степенот на задоволство од работата на здравствените работници (MSQ)²¹

Инструкции: Внимателно прочитајте го исказот и на десната страна од табелата, во зависност од тоа кој одговор најдобро кореспондира со степенот на задоволство од наведеното во исказот, заокружете го Вашиот одговор во соодветното квадратче (0, 1, 2, 3, 4, 5), со следното значење:

КОЛКУ СТЕ ЗАДОВОЛНИ ОД...?

1

2

3

4

5

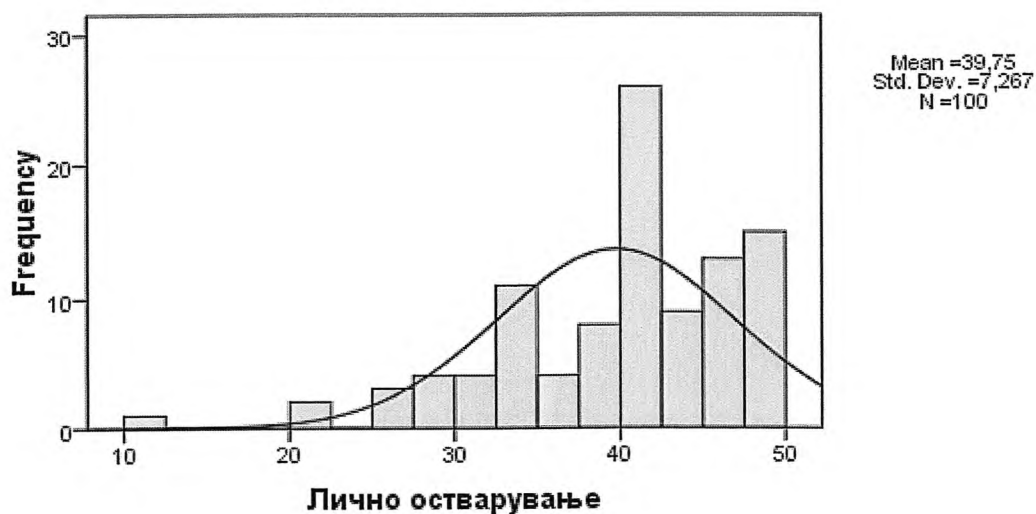
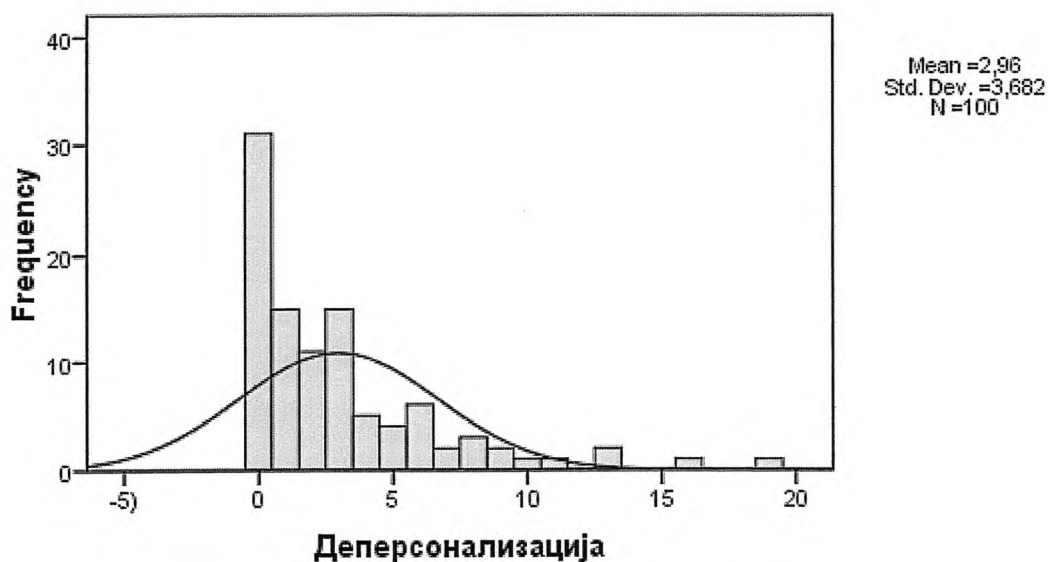
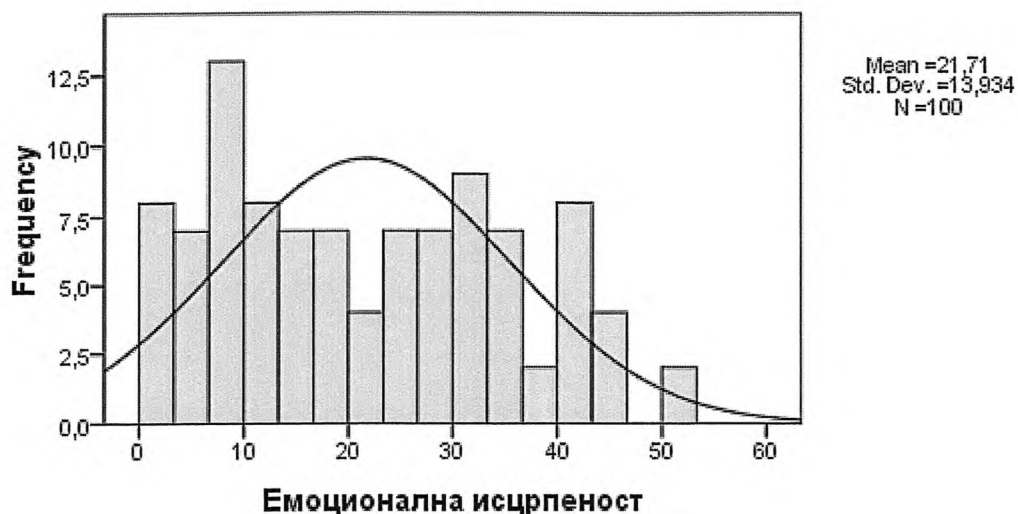
Многу сум незадовол/ен-на Незадовол/ен-на сум Не можам да се одлучам дали сум задовол/ен-на или не Задоволен сум Многу сум задовол/ен-на

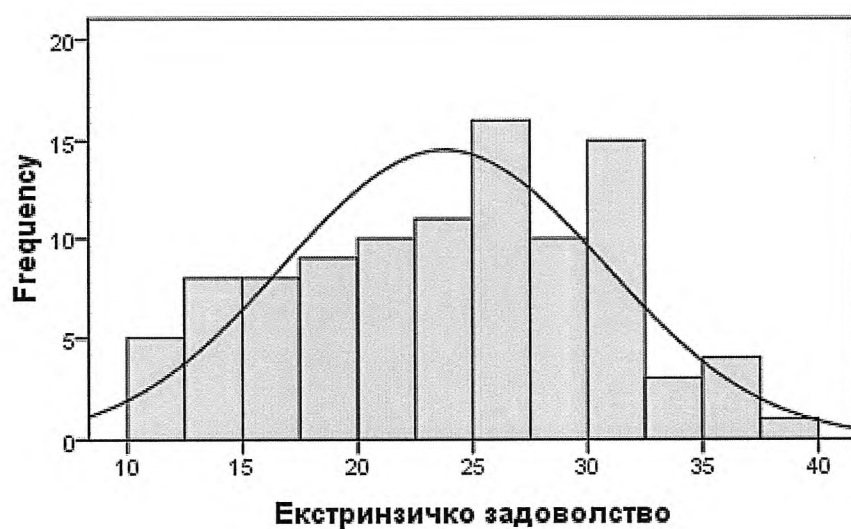
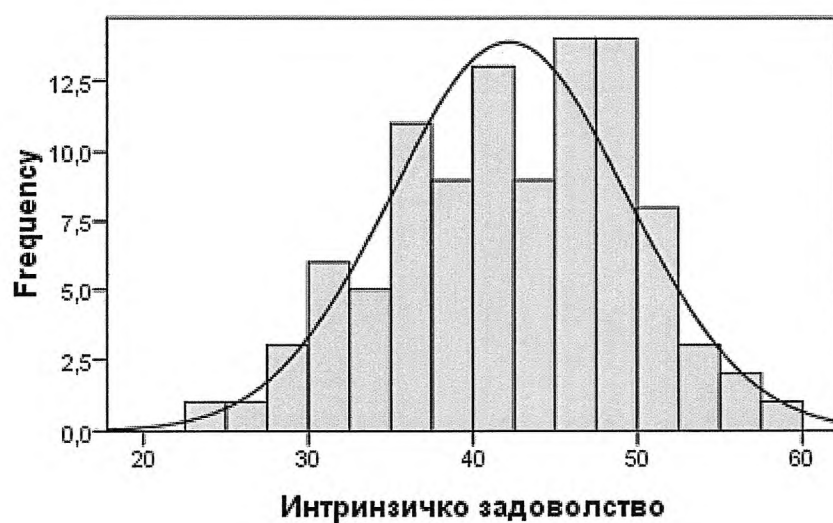
1	Можноста за самостојна работа	1	2	3	4	5
2	Можноста да имате различни видови на работни задачи	1	2	3	4	5
3	Можноста да бидете "некој и нешто" во општеството	1	2	3	4	5
4	Можноста да правите нешто за другите луѓе	1	2	3	4	5
5	Можноста да им кажувате на другите луѓе што да прават	1	2	3	4	5
6	Можноста да испробате сопствени методи во вршењето на работата	1	2	3	4	5
7	Можноста да работите нешто со кое се искористени вашите способности	1	2	3	4	5
8	Можноста за напредување во работата	1	2	3	4	5
9	Тоа што постојано сте зафатени	1	2	3	4	5
10	Способноста за одлучување на Вашиот претпоставен	1	2	3	4	5
11	Фактот дека она што го работите не е во спротивност со вашата	1	2	3	4	5

²¹ Прашалникот е превземен од:
<http://www.humanresources.hrvinet.com/minnesota-satisfaction-questionnaire-short-form>

	СОВЕСТ					
12	Шансата за постојано вработување	1	2	3	4	5
13	Начинот на кој организациските политики се спроведуваат	1	2	3	4	5
14	Начинот на кој Вашиот шеф се однесува со вработените	1	2	3	4	5
15	Меѓусебното разбирање и соработка помеѓу Вашите колеги	1	2	3	4	5
16	Платата и обемот на работата	1	2	3	4	5
17	Слободата да го користите Вашето расудување	1	2	3	4	5
18	Работните услови и околината	1	2	3	4	5
19	Пофалбата кој ја добивате за добро завршената работа	1	2	3	4	5
20	Чувството на лично остварување што произлегува од работата	1	2	3	4	5

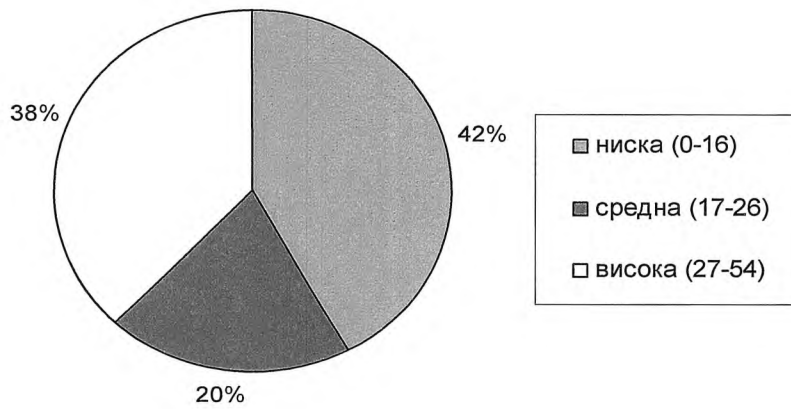
Прилог бр.4- Хистограмски приказ на дистрибуцијата на резултатите добиени за испитуваните варијабли



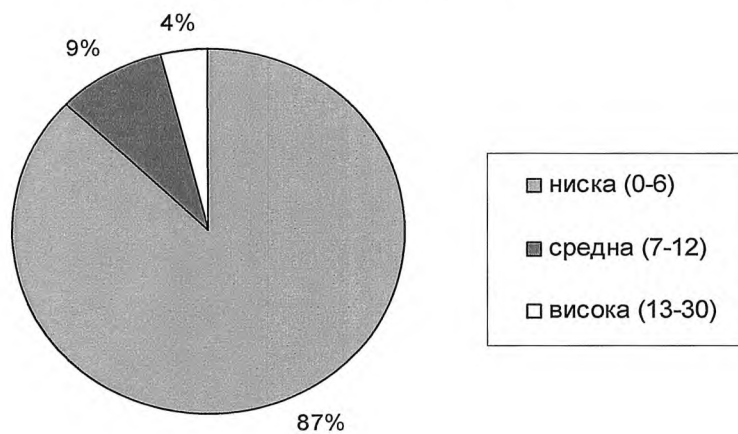


Прилог бр.5- Графички приказ на степенот на трите димензии на професионалното согорување

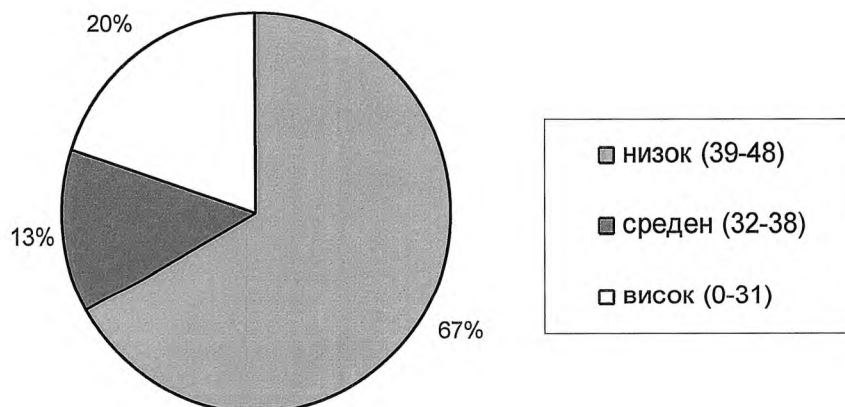
Степен на емоционална исцрпеност



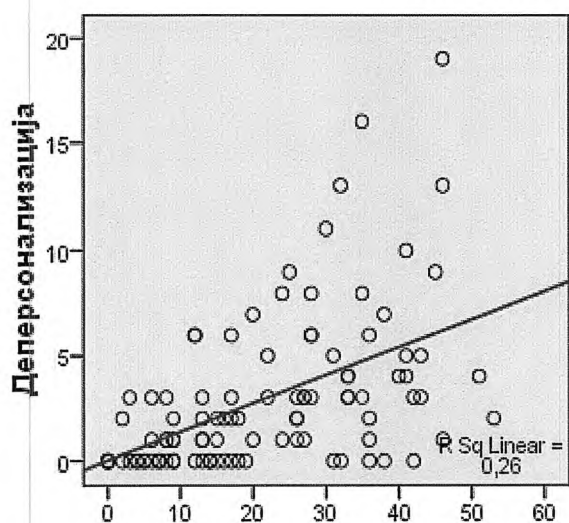
Степен на деперсонализација



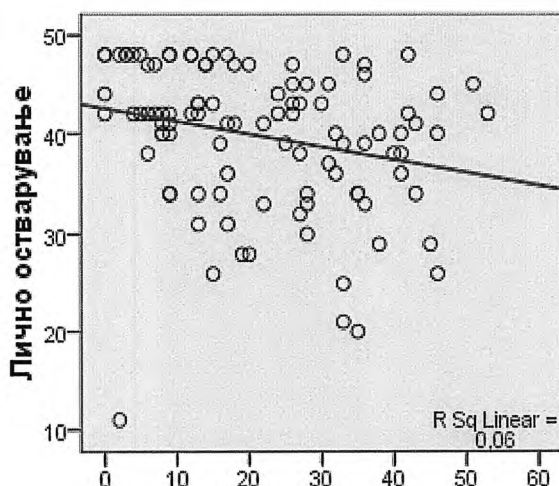
Степен на недостаток на лично остварување



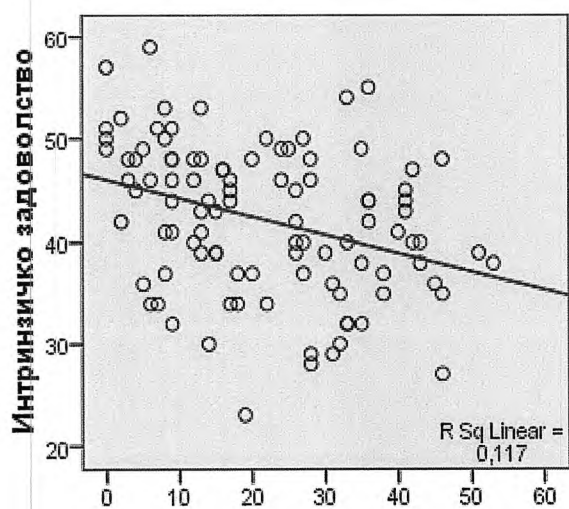
Прилог бр.6- Графички приказ на линеарните корелации помеѓу испитуваните варијабли



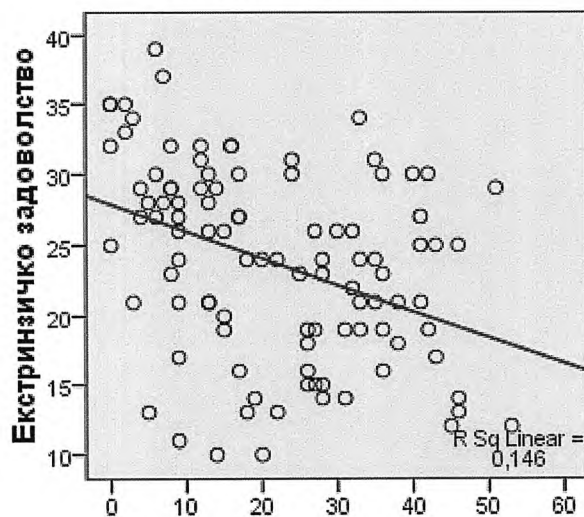
Емоционална исцрпеност



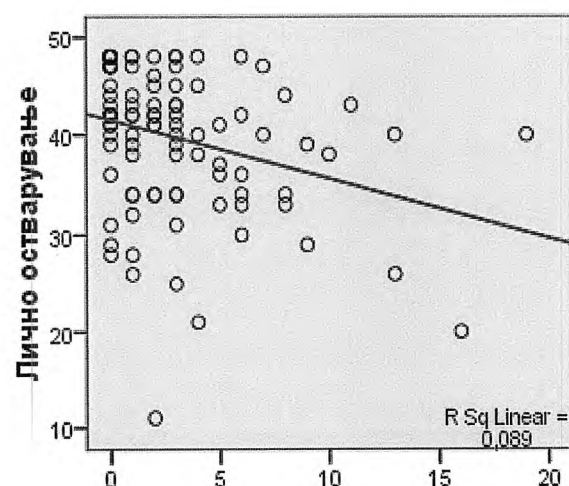
Емоционална исцрпеност



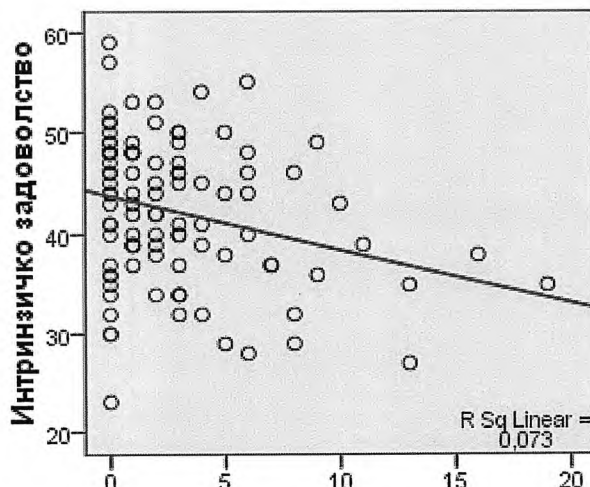
Емоционална исцрпеност



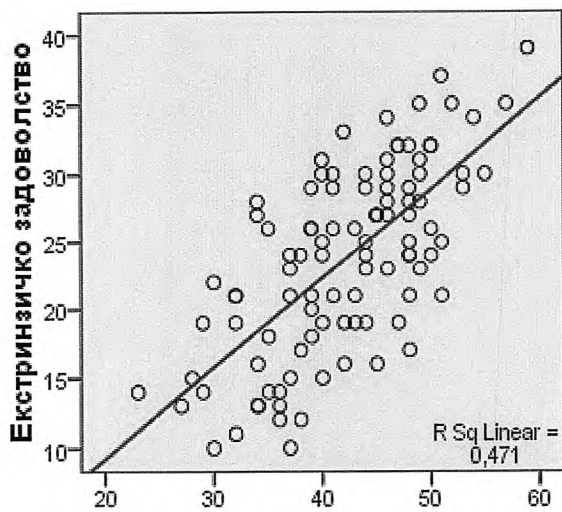
Емоционална исцрпеност



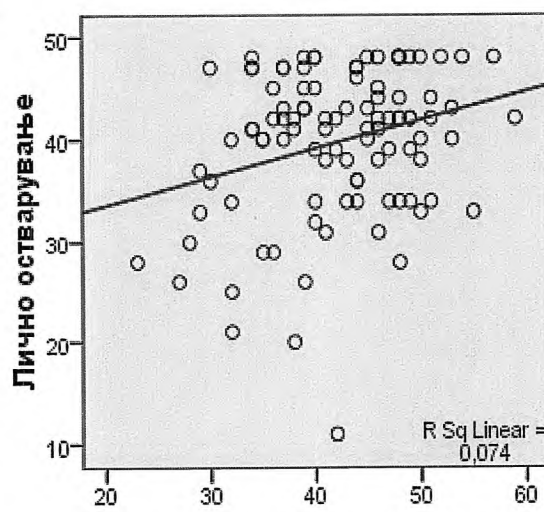
Деперсонализација



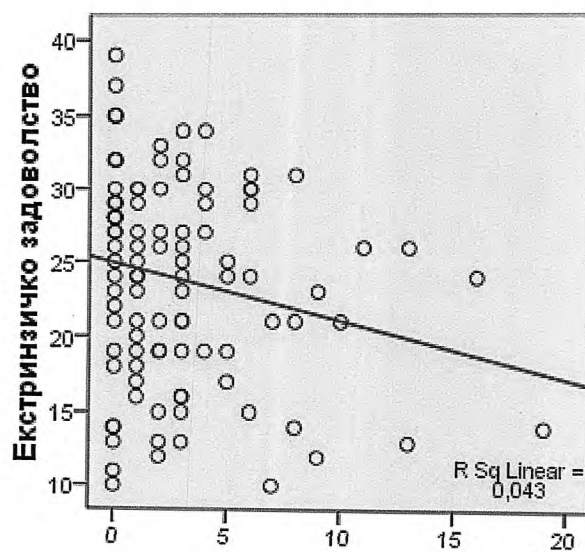
Деперсонализација



Интринзичко задоволство



Интринзичко задоволство



Деперсонализација

Прилог бр.7- Добиени показатели за биографските податоци

Легенда за биографски податоци:

	1	2	3	4
Пол	Женски	Машки	/	/
Возраст	18-30	31-40	41-50	над 50
Образование	ССС	ВСС	Повисок степен	/
Раб.место	Лекар	Мед. сестра	Лаборант	Болничар
Стаж	до 10	11-20	21-30	над 30
Плата	до 20.000	20.000-30.000	над 30.000	/

Ред.бр. на испитаник	Биографски податоци							Ред.бр. на испитаник	Биографски податоци						
	Пол	Возраст	Образование	Раб.место	Стаж	Плата	Дежурства		Пол	Возраст	Образование	Раб. место	Стаж	Плата	Дежурства
1	1.0	4.0	3.0	1.0	4.0	3.0	2.0	51	2.0	1.0	1.0	4.0	1.0	1.0	1.0
2	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	52	1.0	4.0	1.0	3.0	4.0	2.0	2.0
3	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	53	1.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0
4	2.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	54	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0
5	2.0	1.0	1.0	4.0	1.0	1.0	1.0	55	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0
6	1.0	4.0	2.0	3.0	3.0	2.0	2.0	56	1.0	4.0	1.0	3.0	4.0	2.0	2.0
7	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	57	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0
8	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	58	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0
9	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	1.0	2.0	59	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0
10	1.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	60	1.0	4.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0
11	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	2.0	1.0	61	2.0	2.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0
12	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	2.0	1.0	62	2.0	2.0	1.0	4.0	1.0	1.0	1.0
13	1.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	63	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0
14	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	64	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
15	1.0	3.0	1.0	2.0	3.0	2.0	1.0	65	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0
16	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	66	1.0	4.0	3.0	1.0	4.0	3.0	1.0
17	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	67	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
18	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	68	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0
19	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0	69	1.0	4.0	2.0	2.0	4.0	2.0	2.0
20	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	70	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0
21	2.0	2.0	1.0	4.0	2.0	1.0	1.0	71	1.0	4.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0
22	1.0	4.0	2.0	2.0	4.0	2.0	2.0	72	1.0	4.0	2.0	2.0	4.0	2.0	2.0
23	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	73	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0
24	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	74	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	1.0
25	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	75	1.0	4.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0
26	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	76	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0
27	2.0	4.0	3.0	1.0	3.0	3.0	2.0	77	1.0	3.0	1.0	3.0	3.0	2.0	2.0
28	1.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	78	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0
29	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	79	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	1.0
30	1.0	4.0	2.0	1.0	4.0	3.0	2.0	80	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0

31	1.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	81	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0
32	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	82	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0
33	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	83	1.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	1.0
34	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	84	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0
35	1.0	4.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	85	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
36	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	1.0	2.0	86	2.0	1.0	1.0	3.0	1.0	1.0	1.0
37	1.0	3.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	87	1.0	3.0	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0
38	1.0	3.0	1.0	2.0	3.0	2.0	1.0	88	1.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	1.0
39	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	89	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0
40	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	90	1.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0
41	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	91	1.0	4.0	3.0	1.0	4.0	3.0	2.0
42	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	3.0	1.0	92	1.0	3.0	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0
43	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	93	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0
44	2.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	94	2.0	3.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0
45	2.0	4.0	1.0	4.0	1.0	1.0	1.0	95	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
46	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	96	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	3.0	1.0
47	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0	97	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0
48	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	98	1.0	2.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0
49	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	2.0	99	2.0	4.0	3.0	1.0	4.0	3.0	2.0
50	1.0	4.0	3.0	1.0	3.0	3.0	1.0	100	1.0	4.0	1.0	2.0	4.0	2.0	2.0

Прилог бр.8- Добиени вредности за испитуваните варијабли:

ЕИ-емоционална исцрпеност

ИЗ- интринзичко задоволство

ДП- деперсонализација

ЕЗ- екстринзичко задоволство

ЛО- лично остварување

Ред.бр. на испитаник						Ред.бр. на Испитаник					
	ЕИ	ДП	ЛО	ИЗ	ЕЗ		ЕИ	ДП	ЛО	ИЗ	ЕЗ
1	6.0	0.0	42.0	59.0	39.0	51	13.0	3.0	31.0	41.0	21.0
2	42.0	0.0	48.0	40.0	30.0	52	33.0	4.0	48.0	54.0	34.0
3	12.0	0.0	48.0	48.0	32.0	53	8.0	1.0	40.0	53.0	29.0
4	38.0	0.0	29.0	35.0	18.0	54	27.0	1.0	32.0	40.0	19.0
5	46.0	19.0	40.0	35.0	14.0	55	25.0	9.0	39.0	49.0	23.0
6	4.0	0.0	48.0	45.0	27.0	56	19.0	0.0	28.0	23.0	14.0
7	9.0	1.0	34.0	44.0	24.0	57	13.0	1.0	43.0	39.0	21.0
8	24.0	8.0	44.0	46.0	31.0	58	26.0	2.0	45.0	40.0	15.0

9	32.0	0.0	36.0	30.0	22.0	59	46.0	1.0	44.0	48.0	25.0
10	14.0	0.0	47.0	30.0	10.0	60	26.0	2.0	42.0	42.0	19.0
11	36.0	6.0	33.0	55.0	30.0	61	0.0	0.0	42.0	49.0	35.0
12	9.0	0.0	41.0	46.0	28.0	62	41.0	10.0	38.0	43.0	21.0
13	26.0	3.0	43.0	45.0	16.0	63	33.0	3.0	25.0	32.0	21.0
14	22.0	5.0	33.0	50.0	24.0	64	35.0	8.0	34.0	32.0	21.0
15	2.0	2.0	11.0	42.0	33.0	65	36.0	1.0	39.0	42.0	16.0
16	18.0	0.0	47.0	37.0	24.0	66	9.0	1.0	48.0	48.0	17.0
17	30.0	11.0	43.0	39.0	26.0	67	28.0	6.0	30.0	28.0	15.0
18	42.0	3.0	42.0	47.0	19.0	68	15.0	2.0	48.0	39.0	26.0
19	16.0	2.0	34.0	47.0	32.0	69	41.0	4.0	40.0	45.0	27.0
20	22.0	3.0	41.0	34.0	13.0	70	43.0	3.0	34.0	40.0	25.0
21	13.0	0.0	42.0	48.0	28.0	71	28.0	3.0	45.0	46.0	23.0
22	9.0	2.0	34.0	51.0	21.0	72	13.0	1.0	34.0	43.0	26.0
23	20.0	7.0	47.0	37.0	10.0	73	32.0	13.0	40.0	35.0	26.0
24	7.0	0.0	47.0	34.0	28.0	74	12.0	6.0	42.0	46.0	29.0
25	15.0	1.0	26.0	39.0	20.0	75	33.0	3.0	39.0	40.0	24.0
26	8.0	1.0	42.0	37.0	23.0	76	24.0	1.0	42.0	49.0	30.0
27	41.0	5.0	36.0	44.0	25.0	77	0.0	0.0	44.0	51.0	25.0
28	53.0	2.0	42.0	38.0	12.0	78	46.0	13.0	26.0	27.0	13.0
29	18.0	2.0	41.0	34.0	13.0	79	9.0	0.0	40.0	32.0	11.0
30	0.0	0.0	48.0	57.0	35.0	80	33.0	4.0	21.0	32.0	19.0
31	0.0	0.0	48.0	50.0	32.0	81	31.0	5.0	37.0	29.0	19.0
32	28.0	8.0	33.0	29.0	14.0	82	3.0	3.0	48.0	46.0	34.0
33	2.0	0.0	48.0	52.0	35.0	83	38.0	7.0	40.0	37.0	21.0
34	6.0	1.0	38.0	46.0	30.0	84	43.0	5.0	41.0	38.0	17.0
35	9.0	1.0	48.0	48.0	27.0	85	7.0	0.0	42.0	51.0	37.0
36	27.0	3.0	38.0	50.0	26.0	86	35.0	16.0	20.0	38.0	24.0
37	17.0	3.0	48.0	34.0	16.0	87	4.0	0.0	42.0	48.0	29.0
38	6.0	3.0	47.0	34.0	27.0	88	5.0	0.0	48.0	49.0	28.0
39	31.0	0.0	45.0	36.0	14.0	89	45.0	9.0	29.0	36.0	12.0
40	17.0	0.0	31.0	46.0	27.0	90	36.0	0.0	47.0	44.0	23.0
41	28.0	6.0	34.0	48.0	24.0	91	15.0	0.0	43.0	43.0	19.0
42	40.0	4.0	38.0	41.0	30.0	92	20.0	1.0	28.0	48.0	24.0
43	9.0	0.0	42.0	41.0	26.0	93	8.0	3.0	40.0	50.0	32.0
44	5.0	0.0	42.0	36.0	13.0	94	13.0	2.0	43.0	53.0	30.0
45	3.0	0.0	48.0	48.0	21.0	95	8.0	0.0	41.0	41.0	29.0
46	12.0	6.0	48.0	40.0	31.0	96	35.0	3.0	34.0	49.0	31.0
47	17.0	6.0	36.0	44.0	30.0	97	16.0	0.0	39.0	47.0	32.0
48	26.0	1.0	47.0	39.0	18.0	98	27.0	3.0	43.0	37.0	15.0
49	36.0	2.0	46.0	44.0	19.0	99	14.0	0.0	47.0	44.0	29.0
50	51.0	4.0	45.0	39.0	29.0	100	17.0	2.0	41.0	45.0	27.0