



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Teodora Y. Safiye

**SINDROM SAGOREVANJA NA RADU I
MENTALNO ZDRAVLJE KOD
ZDRAVSTVENIH RADNIKA TOKOM
PANDEMIJE COVID-19**

doktorska disertacija

Kragujevac, 2022.



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Теодора И. Сафије

**СИНДРОМ САГОРЕВАЊА НА РАДУ И
МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ КОД
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ТОКОМ
ПАНДЕМИЈЕ COVID-19**

докторска дисертација

Крагујевац, 2022.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Teodora Y. Safiye

**BURNOUT SYNDROME AND MENTAL
HEALTH AMONG HEALTHCARE
WORKERS DURING THE COVID-19
PANDEMIC**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2022.

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Teodora Safiye
Datum i mesto rođenja: 03.06.1994. godine, Beograd, Republika Srbija
Sadašnje zaposlenje: /
Doktorska disertacija
Naslov: Sindrom sagorevanja na radu i mentalno zdravlje kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19
Broj stranica: 77
Broj slika: 10 grafika, 15 tabela
Broj bibliografski podataka: 154
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac; i Univerzitetski klinički centar Kragujevac
Naučna oblast (UDK): Neuronauke
Mentor: Doc. dr Branimir Radmanović, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac
Ocena i odbrana
Datum prijave teme: 01.02.2022.
Broj odluke i datum prihvatanja teme doktorske disertacije: broj IV-03-186/26 od 16.03.2022.
Komisija za ocenu naučne zasnovanosti teme i ispunjenost uslova kandidata: 1. Prof. dr Vladimir Janjić, redovni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Psihijatrija, predsednik; 2. Prof. dr Mirjana Jovanović, redovni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Psihijatrija, član; 3. Doc. dr Vladimir Đorđević, docent Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu, za užu naučnu oblast Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, član.
Komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacija: 1. 2. 3.
Datum odbrane disertacije

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Аутор
Име и презиме: Теодора Сафије
Датум и место рођења: 03.06.1994. године, Београд, Република Србија
Садашње запослење: /
Докторска дисертација
Наслов: Синдром сагоревања на раду и ментално здравље код здравствених радника током пандемије COVID-19
Број страница: 77
Број слика: 10 графика, 15 табела
Број библиографских података: 154
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац; и Универзитетски клинички центар Крагујевац
Научна област (УДК): Неуронауке
Ментор: Доц. др Бранимир Радмановић, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац
Оцена и одбрана
Датум пријаве теме: 01.02.2022.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: број IV-03-186/26 од 16.03.2022.
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњеност услова кандидата: 1. Проф. др Владимир Јањић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник; 2. Проф. др Мирјана Јовановић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, члан; 3. Доц. др Владимир Ђорђевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Нишу, за ужу научну област Психијатрија са медицинском психологијом, члан.
Комисија за оцену и одбране докторске дисертације: 1. 2. 3.
Датум одбране дисертације:

DOCTORAL DISSERTATION IDENTIFICATION PAGE

Author
Name and surname: Teodora Safiye
Date and place of birth: June 3, 1994, Belgrade, Republic of Serbia
Current employment: /
Doctoral Dissertation
Title: Burnout syndrome and mental health among healthcare workers during the COVID-19 pandemic
No. of pages: 77
No. of images: 10 charts, 15 tables
No. of bibliographic data: 154
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac; and University Clinical Center Kragujevac
Scientific area (UDK): Neurosciences
Mentor: Assistant professor dr. Branimir Radmanović, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac
Grade and Dissertation Defense
Topic Application Date: 01.02.2022.
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic: no. IV-03-186/26 from 16.03.2022.
Commission for evaluation of the scientific merit of the topic and the eligibility of the candidate: 1. Prof. dr Vladimir Janjić, Full professor at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the narrower scientific field of Psychiatry, president; 2. Prof. dr Mirjana Jovanović, Full professor at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the narrower scientific field of Psychiatry, member; 3. Doc. dr Vladimir Đorđević, Assistant professor at the Faculty of Medicine, University of Nis, for the narrower scientific field of Psychiatry with medical psychology, member.
Commission for evaluation and defense of doctoral: 1. 2. 3.
Date of Dissertation Defense:

IZJAVA ZAHVALNOSTI:

Zahvaljujem se svima koji su na direktan ili indirektan način i svojim činjenjem ili nečinjenjem doprineli da stignem do dugo željenog cilja i da moja doktorska disertacija ugleda svetlost dana.

- Teodora Safiye

POSVETA

Ovu doktorsku disertaciju, kao i sve svoje uspehe, posvećujem svima onima koji su verovali u mene, ma gde god da su sada.

- Teodora Safiye

SAŽETAK

Uvod: Cilj ove disertacije bio je da kod zdravstvenih radnika ispitamo povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu sa važnim osobinama ličnosti, sociodemografskim karakteristikama, uslovima rada, kao i uslovima života tokom pandemije COVID-19.

Metod: Uzorak je obuhvatio 406 ispitanika ($\bar{X}=267$), 141 lekara i 265 medicinskih tehničara. Korišćeni su instrumenti: Srpska verzija upitnika izgaranja na poslu, Kratka skala subjektivnog blagostanja, Kratka skala rezilijentnosti, Upitnik za procenu refleksivne funkcije, Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa, kao i poseban upitnik kreiran za potrebe ovog istraživanja.

Rezultati: U odnosu na zdravstvene radnike koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, zdravstveni radnici koji su radili u COVID-19 zoni ($N=203$) imali su veći stepen izraženosti emocionalne iscrpljenosti ($t=2,78$, $p<0,01$) i depersonalizacije ($t=2,91$, $p<0,01$). Model regresije emocionalne iscrpljenosti objašnjava 52% njene varijanse. Emocionalnu iscrpljenost najviše povećavaju stres kao osobina ličnosti ($\beta=0,38$, $p<0,01$), ženski pol ($\beta=0,30$, $p<0,01$) i nedovoljno odmora nakon posla ($\beta=0,24$, $p<0,01$). Model regresije depersonalizacije objašnjava 24% njene varijanse. Depersonalizaciju najviše povećava depresija kao osobina ličnosti ($\beta=0,24$, $p<0,01$). Model regresije lične efikasnosti objašnjava 31% varijanse, a najvažniji prediktor je subjektivno blagostanje ($\beta=0,40$, $p<0,01$).

Zaključak: Dimenzije sindroma sagorevanja na radu su u neposrednoj vezi sa subjektivnim blagostanjem i osobinama koje ukazuju koliko su zdravstveni radnici skloni doživljavanju stresa i depresije.

Ključne reči: sindrom sagorevanja na radu, COVID-19, mentalno zdravlje, rezilijentnost, kapacitet za mentalizaciju, zdravstveni radnici, subjektivno blagostanje.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this dissertation was to examine the relationship between dimensions of burnout syndrome with important personality traits, sociodemographic characteristics, working conditions, as well as living conditions among healthcare workers during the COVID-19 pandemic.

Method: The sample included 406 respondents (female=267), 141 doctors and 265 medical technicians. The instruments used were: Serbian version of the burnout questionnaire, Short subjective well-being scale, Brief resilience scale, Reflective functioning questionnaire, Depression, anxiety and stress scale, as well as a special questionnaire created for the purpose of this research.

Results: Compared to healthcare workers who worked in regular clinical conditions, healthcare workers who worked in the COVID-19 zone (N=203) had a higher degree of emotional exhaustion ($t=2.78$, $p<0.01$) and depersonalization ($t=2.91$, $p<0.01$). The regression model of emotional exhaustion explains 52% of its variance. Emotional exhaustion is increased the most by stress as a personality trait ($\beta=0.38$, $p<0.01$), female gender ($\beta=0.30$, $p<0.01$) and insufficient rest after work ($\beta=0.24$, $p<0.01$). The depersonalization regression model explains 24% of its variance. Depersonalization increases the most with depression as a personality trait ($\beta=0.24$, $p<0.01$). The regression model of personal accomplishment explains 31% of the variance, and the most important predictor is subjective well-being ($\beta=0.40$, $p<0.01$).

Conclusion: The dimensions of the burnout syndrome are directly related to subjective well-being and characteristics that indicate how prone healthcare workers are to experiencing stress and depression.

Keywords: burnout syndrome, COVID-19, mental health, resilience, capacity for mentalizing, healthcare workers, subjective well-being.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Pandemija bolesti COVID-19.....	1
1.2. Psihološke posledice pandemije COVID-19 na zdravstvene radnike.....	1
1.3. Sindrom sagorevanja na radu.....	2
1.3.1. Sindrom sagorevanja na radu i sociodemografske karakteristike	4
1.3.2. Sindrom sagorevanja na radu i obeležja koja se odnose na radne uslove.....	5
1.3.3. Sindrom sagorevanja na radu i obeležja koja se odnose na COVID-19.....	6
1.4. Indikatori pozitivnog mentalnog zdravlja	7
1.4.1. Rezilijentnost.....	7
1.4.2. Subjektivno blagostanje	8
1.4.3. Kapacitet za mentalizaciju	9
1.5. Indikatori negativnog mentalnog zdravlja	10
1.5.1. Depresivnost, anksioznost i stres.....	10
1.6. Problem i značaj istraživanja	12
2. CILJEVI I HIPOTEZE	13
2.1. Ciljevi istraživanja	13
2.2. Hipoteze istraživanja	13
3. MATERIJAL I METOD.....	14
3.1. Vrsta studije i populacija koja se istražuje	14
3.2. Uzorkovanje i procedure	14
3.3. Etička razmatranja.....	15
3.4. Varijable korišćene u studiji	15
3.5. Instrumenti.....	15
3.6. Statistička obrada podataka	17
4. REZULTATI.....	19

4.1. Opis uzorka.....	19
4.1.1. Sociodemografska obeležja ispitivanog uzorka	19
4.1.2. Obeležja uzorka koja se odnose na radne uslove	24
4.1.3. Obeležja ispitanika koja su povezana sa COVID-19 pandemijom.....	26
4.2. Deskriptivna statistika korišćenih instrumenata	27
4.3. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i u redovnim kliničkim uslovima.....	28
4.4. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa indikatorima – stresom, anksioznošću i depresijom	32
4.5. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa rezilijentnošću, subjektivnim blagostanjem i mentalizacijom.....	34
4.6. Povezanost rezilijentnosti sa indikatorima mentalnog zdravlja.....	36
4.7. Povezanost uslova rada, sociodemografskih obeležja i COVID-19 obeležja sa dimenzijama sagorevanja na radu	37
4.7.1. Povezanost sociodemografskih obeležja sa dimenzijama sagorevanja na radu	37
4.7.2. Povezanost uslova rada sa dimenzijama sindroma sagoravanja na radu	39
4.7.3. Povezanost obeležja koja se odnose na COVID-19 sa dimenzijama sindroma sagorevanja na radu	41
4.8. Analize regresije dimenzija sindroma sagorevanja na radu na osnovu svih ispitivanih obeležja	43
4.8.1. Analiza regresije emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu	43
4.8.2. Analiza regresije depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu	45
4.8.3. Analiza regresije lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu	47
5. DISKUSIJA.....	49
5.1. Razlike u izraženosti sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i onih koji rade u redovnim kliničkim uslovima	49
5.2. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa negativnim indikatorima mentalnog zdravlja	50
5.3. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa pozitivnim indikatorima mentalnog zdravlja	51

5.4. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa uslovima rada, sociodemografskim i COVID-19 karakteristikama	54
5.5. Regresioni modeli sindroma sagorevanja na radu na osnovu svih ispitivanih varijabli	56
5.6. Praktične implikacije i ograničenja istraživanja	59
6. ZAKLJUČCI	61
7. LITERATURA	65

1. UVOD

1.1. Pandemija bolesti COVID-19

Koronavirus SARS-CoV-2 pojavio se u decembru 2019. godine u Kini, izazivajući epidemiju bolesti COVID-19 kod ljudi (Vujčić et al., 2021). Koronavirna bolest 2019 (COVID-19) je teški akutni respiratorni sindrom uzrokovan SARS koronavirusom 2 (SARS-CoV-2). Prva serija slučajeva upale pluća opisana je u Vuhanu, provincija Hubei, Kina, u decembru 2019. godine. COVID-19 se brzo proširio na druge delove sveta izazivajući pandemiju (Ahn et al., 2020).

Zbog rastuće stope prijavljivanja slučajeva na kineskim i međunarodnim lokacijama, 30. januara 2020. Komitet Svetske zdravstvene organizacije za hitne slučajeve proglasio je globalnu zdravstvenu vanrednu situaciju (Velavan & Meyer, 2020). Srbija je takođe pogođena prvim potvrđenim slučajem 6. marta 2020. godine (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2020). Vlada Srbije je 15. marta 2020. godine proglasila vanredno stanje, sprovodeći neke od najstrožih evropskih mera za borbu protiv pandemije (kao što su policijski čas u trajanju od 12 sati i tokom celog vikenda, stroge zabrane kretanja i zatvaranje granica) (Vujčić et al., 2021). Pandemija COVID-19 imala je neviđeni uticaj na zdravstvene sisteme u većini zemalja (Vujčić et al., 2021), a posebno na mentalno zdravlje i blagostanje zdravstvenih radnika. Zdravstveni radnici imaju značajnu odgovornost u borbi protiv pandemije COVID-19 jer su na prvoj liniji u upravljanju javnim zdravstvom. Međutim, sve veći broj zaraženih pacijenata čini ih vrlo ranjivim na fizičku, mentalnu i emocionalnu iscrpljenost (Søvold et al., 2021).

1.2. Psihološke posledice pandemije COVID-19 na zdravstvene radnike

Stresori poput straha od zaražavanja virusom, neizvesnog razvoja pandemije, ekonomske nestabilnosti i preplavljenosti negativnim vestima mogu imati negativan uticaj na mentalno zdravlje ljudi (Vujčić et al., 2021). Posledice pandemije koje se tiču mentalnog zdravlja najčešće se ispoljavaju u vidu povećanja simptoma stresa, anksioznosti, frustracije i depresije. Uobičajene psihološke reakcije povezane sa promenom načina života u doba pandemije jesu generalizovani strah i anksioznost koji su tipično uzrokovani informacijama o lakoj prenosivosti virusa, brzom eskalaciji novih slučajeva zaražavanja, kao i oprečnim informacijama iz medija koje izazivaju uznemirenost i osećaj neizvesnosti (Serafini et al., 2020). Izostanak socijalne interakcije, usled mera izolacije, dodatno doprinosi doživljaju stresa s obzirom na to da socijalne aktivnosti i podrška pomažu pri regulisanju emocija, prevazilaženju stresa i održavanju rezilijentnosti pri suočavanju sa teškim životnim događajima. Pored toga, socijalna distanca je doprinela osećaju dosade i usamljenosti (Serafini et al., 2020).

Po prirodi svog posla medicinski radnici se susreću sa neprijatnim i stresnim situacijama. U vreme pandemije COVID-19, većina zdravstvenih radnika se suočavala sa povećanim obimom posla, bile su prisutne pojačane mere zaštite i brige za sopstveno zdravlje i zdravlje pacijenata, strogi protokoli u tretmanu obolelih COVID-19 pacijenata, reorganizacija ranijih modela rada i sprovođenje novih mera prevencije, što je nesumnjivo uticalo na fizičku, ali još više na mentalno-emocionalnu iscrpljenost i druge teškoće na poslu, koje mogu ozbiljno ugroziti mentalno zdravlje medicinskih radnika (Bozdog & Ergun, 2020; Kramer et al., 2020; Matsuo et al., 2020; Mosheva et al., 2020; Raudenská et al., 2020; Trumello et al., 2020). Istraživanje sprovedeno u Turskoj ukazuje na to da je povećano

doživljavanje stresa usled COVID-19 povezano sa učestalijim doživljavanjem sindroma sagorevanja, usled povećane iscrpljenosti zaposlenih (Yildirim & Solmaz, 2020). Povezanost stresa usled pandemije i sindroma sagorevanja uglavnom je prikazana u istraživanjima sa zdravstvenim radnicima koji su direktno angažovani u borbi protiv koronavirusa zbog čega se suočavaju sa povećanim obimom posla, donošenjem visoko odgovornih odluka koje se tiču zdravlja pacijenata, strahom od ličnog zaražavanja, ali i strahom od prenošenja virusa na članove svoje porodice (Bradley & Chahar, 2020).

U nastavku rada biće data detaljnija konceptualna analiza sindroma sagorevanja na radu, teorijske osnove, stope rasprostranjenosti, komparativna analiza, glavni uzroci i specifičnost ovog fenomena kod zdravstvenih radnika, kako u redovnim uslovima radne aktivnosti, tako i za vreme pandemije COVID-19. Dalje, biće opisani neki pozitivni indikatori mentalnog zdravlja (rezilijentnost, kapacitet za mentalizaciju i subjektivno blagostanje) i negativni indikatori mentalnog zdravlja (depresija, anksioznost i stres), kao i specifičnosti ovih pokazatelja mentalnog zdravlja kod zdravstvenih radnika tokom trenutne pandemije COVID-19.

1.3. Sindrom sagorevanja na radu

Sindrom sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika pogoršan je specifičnim karakteristikama pandemije COVID-19. Sistematski pregled i meta-analiza koji su imali za cilj da predstavljaju sveobuhvatnu procenu prevalencije sindroma sagorevanja i njegovih dimenzija među zdravstvenim radnicima tokom pandemije COVID-19, pokazali su da je prevalencija sindroma sagorevanja iznosila 52% među svim zdravstvenim radnicima širom sveta, i da medicinske sestre i/ili doktori imaju najviše nivoe sindroma sagorevanja (čak 66%), što je znatno više od stopa prevalencije koje su prijavljene u ostalim studijama (32% do 34%) sprovedenim tokom poslednje dve decenije (Ghahramani et al., 2021).

Sindrom sagorevanja na radu odnosno *burnout* sindrom, postao je fokus istraživanja sedamdesetih godina dvadesetog veka i danas predstavlja jedan od glavnih problema u radnim organizacijama širom sveta (Maslach & Leiter, 2017). Sindrom sagorevanja definiše se kao produženi odgovor na hronične emocionalne i interpersonalne stresore na poslu (Maslach & Leiter, 2017). Dimenzije koje čine sindrom sagorevanja prema Kristini Maslač su iscrpljenost, depersonalizacija (cinizam) i neefikasnost (Maslach et al., 2001). Dimenzija iscrpljenosti odnosi se na nedostatak energije, umor i istrošenost. Iscrpljenost je centralna i najizraženija dimenzija sindroma sagorevanja, pa osobe koje doživljavaju sagorevanje najčešće izveštavaju o prisustvu ove dimenzije. Dimenzija cinizma, koja se inicijalno nazvala depersonalizacija, obuhvata razdražljivost, zabrinutost, negativne stavove prema poslu, gubitak idealizma u odnosu na posao i povlačenje. Neefikasnost se odnosi na osećaj smanjenog ličnog postignuća i osećaj nekompetentnosti za obavljanje posla (Maslach et al., 2001).

Prvi upitnik za ispitivanje sindroma sagorevanja bio je Maslač Inventar Sagorevanja (eng. *Maslach Burnout Inventory (MBI)*) i on je inicijalno bio namenjen populaciji pomagačkih profesija (Maslach et al., 2001). Naknadno je napravljena i verzija instrumenta koja se može koristiti za ispitivanje sindroma sagorevanja kod svih profesija.

Važnost sindroma sagorevanja ogleda se u posledicama koje ostavlja na pojedince i radne organizacije, a najčešće su to posledice povezane sa radnim učinkom i zdravljem zaposlenih (Maslach et al., 2001). Posledice povezane sa radnim učinkom odnose se na različite forme izostajanja sa posla, počevši od apsentizma, pa sve do potpunog napuštanja posla, kao i na smanjenu produktivnost zaposlenih koji odluče da ostanu na poslu uprkos

simptomima koji ukazuju na sagorevanje, što rezultuje smanjenjem njihovog zadovoljstva poslom (Leiter & Maslach, 2014). Dimenzija iscrpljenosti je u najvećoj meri povezana sa posledicama koje se odnose na fizičko zdravlje zaposlenih. Skup sve tri dimenzije ostavlja negativne efekte na mentalno zdravlje zaposlenih, te se kod njih javljaju anksioznost, depresija, nisko samopouzdanje, kao i zloupotreba supstanci (Maslach & Leiter, 2016).

Sagorevanje na radu je uključeno u 11. reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) kao profesionalni fenomen, a definisano je kao sindrom koji se konceptualizuje kao rezultat hroničnog stresa na radnom mestu koji nije uspešno kontrolisan. Karakterišu ga tri dimenzije: 1) osećaj iscrpljenosti ili nedostatka energije; 2) povećana mentalna distanca od posla, ili osećaj negativizma i cinizma u vezi sa poslom; i 3) smanjena profesionalna efikasnost (WHO, 2019). U jeku pandemije COVID-19, istraživanje sagorevanja među zdravstvenim radnicima je evoluiralo. Postoje dokazi koji ukazuju na negativne efekte sagorevanja na veliki broj zdravstvenih radnika, što zavisi od nekoliko faktora, među kojima je i vrsta zanimanja onih koji se suočavaju sa pacijentom (lekari, medicinske sestre i drugi srodni zdravstveni radnici). Pored toga, sagorevanje ima negativne posledice kako za zdravstvene radnike, tako i za pacijente (Denning et al., 2021; Wahlster et al., 2021).

Interesovanje za pojam sagorevanja na radu povećalo se tokom devedesetih godina prošlog veka naročito u poljima socijalne medicine i medicine rada, kada istraživači nisu mogli da se usaglase oko definicije ovog pojma (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). Američka psihološka asocijacija ovaj konstrukt definiše kao fizički, emotivni i mentalni napor koji je praćen smanjenom motivacijom, učinkom i negativnim stavovima prema sebi i drugima (APA, 2015). Do njegove pojave može doći kada zaposleni ulažu velike količine napora na poslu uz nedovoljnu količinu odmora nakon toga. Ovo čini zdravstvene radnike naročito podložnim njegovoj pojavi, a autori navode da su upravo oni najčešće pogođeni ovim problemom, uz edukatore (Embriaco et al., 2007). Zdravstveni radnici tokom pandemije imaju više posla što dodatno povećava rizik njihovog sagorevanja, ali i rizik od zaraze virusom SARS-CoV-2, te oni čine i do 11% obolelih u pojedinim Američkim saveznm državama (Burrer et al., 2020). Rizik od sopstvene zaraze može biti jedan od krucijalnih aspekata koji dalje može voditi ka sindromu sagorevanja na radu (Kang et al., 2020).

Sindrom sagorevanja karakterišu četiri grupe simptoma:

1. Fizički simptomi – glavobolja, zamor, poremećaj sna i apetita, gastrointestinalni poremećaji;
2. Emocionalni simptomi – osećanje bespomoćnosti, emocionalna iscrpljenost, osećanje krivice, depresivnost, anksioznost i razdražljivost;
3. Bihevioralni simptomi – cinizam, agresivnost, zloupotreba alkohola, droga ili sredstava za smirenje;
4. Interpersonalni problemi – negativan odnos prema onima kojima se pruža pomoć, fizičko i emocionalno udaljavanje od obolelih i intelektualizacija (Kahill, 1988).

Pored ovih simptoma, produžena i pojačana sagorelost može imati i dugotrajne posledice u vidu promene pogleda na svet, odustajanja od posla kojim se pojedinac bavi, seksualnih problema, kao i izolovanja od društva (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Sagorevanje na radu se odvija postupno. Prvo se javljaju prevelika očekivanja i idealizacija posla, koja se manifestuje kao entuzijazam povezan sa poslom, potpuna posvećenost poslu, visok nivo energije i dobar uspeh na poslu. Nakon toga se javlja početno nezadovoljstvo poslom a zatim i prvi znaci sagorevanja: to su znaci telesnog i mentalnog umora, frustriranost i gubitak nekih ideala, osećaj dosade i teškoće u komunikaciji s

kolegama. Osoba se povlači, izoluje, izbegava kontakt sa saradnicima i javljaju se intenzivniji znakovi stresa, nesposobnost osobe da misli i da se koncentriše, iscrpljenost, kao i niz drugih psihosomatskih poteškoća. Na kraju se javljaju apatija i gubitak interesovanja uz ozbiljno produbljanje znakova stresa, opada profesionalno i lično samopoštovanje, osoba stalno ima negativna osećanja u vezi sa poslom, javlja se potpuni cinizam, depresivnost i na kraju napuštanje posla (Čabarkapa, 2017).

Pored opšte populacije, i zdravstveni radnici se mogu osetiti izolovano i odvojeno od svojih porodica dok pomažu drugima, uz premorenost, diskriminaciju, rizik od oboljevanja i prekomeran rad (Kang et al., 2020).

Problemu sagorevanja može se pristupiti dvojako, ukoliko on već postoji - terapijski, a u slučaju da je njegova pojava moguća - preventivnim merama (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). Određeni broj studija u kojima se ispitala efikasnost različitih terapijskih pristupa sindromu sagorevanja ukazuju na veliki uspeh. Međutim, broj studija koje su se bavile ovim pitanjem je mali, a njihovi zaključci imaju ograničen domet. Uprkos navedenom, kognitivno-bihejvioralna terapija se pokazala kao relativno uspešna i efikasna (KorczaK et al., 2012). Sa druge strane, prevencija se može sprovesti u zavisnosti na aspekt na koji se fokusira. Bihejvioralne preventivne mere podrazumevaju vežbe relaksacije, hobije, održavanje stabilnih veza, unapređenje načina na koji se osoba nosi sa stresom. Pored toga, pojava sindroma sagorevanja može se sprečiti i kroz uticaj na samo radno mesto kroz stvaranje i odražavanje „zdravog radnog okruženja”, obukom nadređenih, menadžera i upravnika, kao i prepoznavanjem i nagrađivanjem postignuća. Na kraju, mere prevencije na samu osobu mogu se implementirati kroz redovno nadgledanje fizičkog i mentalnog zdravlja zaposlenih, posebne programe za rizične grupe u koje spadaju lekari, te proveru pogodnosti za rad zaposlenih pre obuke za sam posao (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Novi nalazi o sindromu sagorevanja na radu ukazuju na to da je pandemija COVID-19 najverovatnije doprinela značajnom povećanju nivoa sagorevanja kod zdravstvenih radnika u poređenju sa vremenom pre pandemije (Safiye et al., 2021), na šta ukazuju i studije sprovedene u Francuskoj, Italiji i Španiji (Salazar de Pablo et al., 2020).

1.3.1. Sindrom sagorevanja na radu i sociodemografske karakteristike

Ukupan doživljaj posla, kao i pojedine kontekstualne faktore posla u velikoj meri oblikuju individualne karakteristike zaposlenih, od kojih su najvažnije sociodemografske varijable kao što su pol, starost, obrazovanje, bračni status i dužina radnog staža (Čabarkapa, 2017). Takođe, dosta studija ukazuje na to da su pored demografskih varijabli i karakteristika posla odnosno uslova rada, i osobine ličnosti značajne determinante u nastanku sindroma sagorevanja (Čabarkapa, 2017).

Kada su u pitanju individualne karakteristike, najviše su proučavane demografske varijable. Istraživanja često pokazuju da ženski rod u velikoj meri objašnjava stepen sindroma sagorevanja na radu, odnosno da žene češće doživljavaju sagorevanje na radu nego muškarci (Purvanova & Muros, 2010; Manzano-Garcia et al., 2021; Brera et al., 2021). Sindrom sagorevanja je često rodno determinisan u socijalnoj percepciji fenomena zbog istraživanja koja su najčešće opisivala sindrom sagorevanja na radu kao žensko iskustvo. Međutim, nalazi da žene doživljavaju veći stepen sagorevanja na radu nego muškarci mogu biti povezani sa stereotipima o rodnim ulogama, ali takođe mogu odražavati mešanje pola sa zanimanjem (zdravstveni radnici, a posebno medicinski tehničari su češće ženskog pola) (Maslach et al., 2001).

Iako su korelacije između sindroma sagorevanja na radu i sociodemografskih varijabli široko proučavane, rezultati istraživanja su kontradiktorni. Na primer, rezultati metaanalitičke studije koju su sprovedeli Guillermo Cañadas-De la Fuente i saradnici (2018) na uzorku medicinskih tehničara, pokazali su da su oni koji su muškog pola, samci ili razvedeni, te oni koji nemaju decu, imali najviše nivo sagorevanja na radu (Cañadas-De la Fuente et al., 2018).

Postoje kontradiktorni nalazi o korelaciji između sagorevanja i bračnog statusa. Razne studije tvrde da biti samac ili u braku nije u korelaciji sa tri dimenzije sagorevanja (Bekker et al., 2005; Patrão, 2012). Nasuprot tome, prema drugim istraživanjima, radnici koji su sami imaju veći nivo sagorevanja na radu (Gama et al., 2014; Kiekkas et al., 2010), dok druge studije tvrde da je brak povezan sa sindromom sagorevanja na radu (Cilingir et al., 2012; Hazell, 2010).

Neka istraživanja pokazuju da sa povećanjem broja dece, zdravstveni radnici imaju manji stepen sagorevanja, što je u skladu sa nalazima u kojima se objašnjava da veći broj dece podrazmeva manji stepen sagorevanja na radu, jer odgovornost odgajanja dece ne naglašava, već umanjuje emocionalnu iscrpljenost i osećaje preopterećenosti poslom koje zdravstveni radnici često doživljavaju (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Queiros et al., 2013).

Duže vreme je poznato da se sagorevanje javlja na svim vrstama poslova. Generalno govoreći, pripadnici pomagačkih profesija, u koje spadju zdravstveni radnici, doživljavaju više nivo stresa na poslu od opšte populacije, a taj stres ima svoje fizičke i psihičke posledice (Galbraith et al., 2020). Incidencija sindroma sagorevanja inače je veća kod zdravstvenih radnika, posebno kliničkih lekara (De Hert, 2020). U studiji koja je upoređivala učestalost sagorevanja između lekara i kontrolnog uzorka populacije iz SAD-a, autori su primetili incidenciju simptoma sagorevanja na radu od 37,9% kod lekara u poređenju sa 27,8% u kontrolnoj populaciji (Shanafelt et al., 2012). Čini se da su lekari specijalnosti kao što su porodična medicina, interna medicina i urgentna medicina u najvećem riziku da razviju sindrom sagorevanja na radu (De Hert, 2020).

U istraživanju iz Švajcarske u kojem su učestvovali lekari i medicinski tehničari-sestre, dobijeni su značajni nivoi simptoma sagorevanja u obe grupe. Međutim, zabeleženo je da su žene i medicinske sestre pogođenije od muškaraca i lekara (Weilenmann et al., 2020).

1.3.2. Sindrom sagorevanja na radu i obeležja koja se odnose na radne uslove

Nalazi pokazuju da kod zdravstvenih radnika opadanje sposobnosti da se odmire i oporave tokom pauza dovodi do prilično konstantnog i klinički značajnog povećanja sagorevanja na radu. U istraživanju koje je sprovedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu, u kome je učestvovalo 239 zaposlenih u primarnoj i sekundarnoj zaštiti u jednoj organizaciji Nacionalne zdravstvene službe, pokazalo se da postoji povezanost između sagorevanja na radu i nepraviljenja adekvatnih i kvalitetnih pauza, koje omogućavaju odmor i oporavak. Oni koji su prijavili da su često pravili pauze radili su to zato što su morali da jedu ili za svoje dobro. Neki su prijavili da im je rad kod kuće omogućio veću fleksibilnost da to urade u poređenju sa onim kada su bili u bolnici. Nakon prilagođavanja za druge kovarijate (uključujući godine, pol, posao, mogućnost pravljenja pauze i znanje o COVID-19), rezultati su pokazali značajne promene u sagorevanju na radu povezane sa različitim ulogama u COVID-19, razlike u sposobnosti odmora i oporavka tokom pauza i zabrinutosti za ličnu zaštitnu opremu. Smanjenje usluga koje nisu vezane za COVID-19 dovelo je do toga da se neki članovi osoblja osećaju nedovoljno iskorišćenim, sa osećajem nejednakosti u obimu posla. Bilo koji oblik

rada u COVID-19 sistemu prouzrokovao je klinički značajno povećanje sagorevanja na radu u poređenju sa ulogama koje nisu povezane sa COVID-19 (Gemine et al., 2021).

1.3.3. Sindrom sagorevanja na radu i obeležja koja se odnose na COVID-19

Iznenadna pandemija nove koronavirusne bolesti (COVID-19) gurnula je zdravstvene radnike u žarište borbe. Jedna studija sprovedena u Kini koja je imala za cilj da utvrdi prevalenciju sindroma sagorevanja i faktore rizika koji su sa njim povezani, na uzorku od 1163 zdravstvenih radnika koji se bore protiv bolesti COVID-19, koristila je MBI-HSS upitnik za merenje sindroma sagorevanja na radu (Zhang et al., 2021). Rezultati su pokazali da je sagorevanje preovladavalo među zdravstvenim radnicima na prvoj liniji borbe protiv COVID-19 u Kini. Čak 48,6% zdravstvenih radnika je patilo od sindroma sagorevanja, a 21,8% je pokazalo visok stepen sagorevanja na radu. Lekari i medicinske sestre su pokazali veću emocionalnu iscrpljenost od nemedicinskog osoblja. Ispitanici koji su radili neprekidno duže od 8 sati dnevno, oni koji nisu mogli da jedu tri redovna dnevna obroka, oni koji su spavali nedovoljno - ne više od 6 h, i koji su bili zaraženi ili su imali kolege koji su bili zaraženi koronavirusom, imali su mnogo više nivoa emocionalne iscrpljenosti, dok su oni koji su mogli da se pridržavaju procedura kontrole infekcije, oni koji su bili zadovoljni merama kontrole infekcije u svojoj bolnici, te oni koji su mogli dobiti dovoljnu psihološku kriznu intervenciju, prijavili niže nivoa emocionalne iscrpljenosti odnosno sagorevanja (Zhang et al., 2021). Takođe, studija je otkrila da su učesnici koji su bili lekari, koji nisu mogli da jedu tri redovna dnevna obroka i koji su bili zaraženi ili su imali kolege koji su bili zaraženi, imali veću verovatnoću da će doživeti viši nivo depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu (Zhang et al., 2021).

Nedostatak sna i cirkadijalni poremećaji su inherentni profesionalni rizici za sagorevanje na radu kod zdravstvenih radnika (Stewart & Arora, 2019). Rezultati kineske studije su pokazali da su rizici od nedostatka sna bili приметni među kineskim zdravstvenim radnicima tokom pandemije COVID-19. Od svih učesnika u studiji, 56,5% je spavalo manje od 6 sati dnevno i imalo je više nivoa emocionalne iscrpljenosti (Zhang et al., 2021).

Veza između pola i sagorevanja je takođe donekle kontroverzna (Sanfilippo et al., 2017; Low et al., 2019). U studiji koju su sproveli Zhang i saradnici (2021) varijabla pol se nije pokazala kao faktor uticaja na sagorevanje na radu u višestrukoj linearnoj regresionoj analizi, što je slično rezultatima studije koje su sproveli Li i saradnici (2021) u Kini tokom izbijanja COVID-19 pandemije. Takođe, u studiji koju su sproveli Zhang i saradnici (2021) zdravstveni radnici koji su bili stariji pokazali su veću ličnu efikasnost, što je bilo slično studiji sprovedenoj među zdravstvenim radnicima u Kini (Huo et al., 2021). To može biti zato što je tokom pandemije, u poređenju sa faktorima kao što je kontrola infekcije, uticaj varijable pola i starosti bio maskiran.

Medicinski tehničari-sestre doživljavaju visok nivo sagorevanja tokom pandemije COVID-19, a nekoliko sociodemografskih, društvenih i profesionalnih faktora utiče na to sagorevanje. Metaanaliza koja je uključila šesnaest studija sa ukupno 18,935 medicinskih tehničara-sestara, pokazala je da je ukupna prevalencija emocionalne iscrpljenosti iznosila 34,1%, depersonalizacije 12,6%, a nedostatka ličnog postignuća 15,2%. Glavni faktori rizika koji su povećali sagorevanje kod medicinskih tehničara-sestara bili su sledeći: manji broj godina života, smanjena socijalna podrška, niska spremnost porodice i kolega da se izbore sa pandemijom COVID-19, povećana percipirana pretnja od COVID-19, duže radno vreme u karantinskim zonama, rad u rizičnom okruženju, rad u bolnicama sa neadekvatnim i

nedovoljnim materijalnim i ljudskim resursima, povećan obim posla i niži nivo specijalizovane obuke u vezi sa COVID-19 (Galanis et al., 2021).

1.4. Indikatori pozitivnog mentalnog zdravlja

1.4.1. Rezilijentnost

Postoje značajne individualne razlike u adaptaciji na stresne situacije poput pandemije, što zavisi od karakteristika ličnosti i psiholoških resursa, kao što je rezilijentnost. Interesovanje za rezilijentnost povećalo se u prethodnim decenijama. Takođe, slično sindromu sagorevanja i za pojam rezilijentnosti se vezuje mnoštvo definicija (Smith et al., 2008).

Rezilijentnošću se bave brojne naučne discipline, počevši od psihijatrije i psihologije, preko sociologije do medicine, genetike, endokrinologije i neuronauka. Uprkos tome, pregledom postojeće literature i definicija ovog pojma, jedini konsenzus postoji, a to je pitanje „kako neke osobe mogu da izdrže neprijatnosti bez negativnih fizičkih i psihičkih posledica” (Herrman et al., 2011). Upravo tako se može sročiti najjednostavnija definicija konstrukta rezilijentnosti - kao sposobnost ljudi da dobro funkcionišu u teškim situacijama, odnosno da izađu na kraj sa stresom koji ih često prati. Sinonimi kao što su otpornost, elastičnost, psihoimunitet i žilavost dodatno pojašnjavaju kvalitete koje rezilijentnost podrazumeva. Jednostavnije rečeno, rezilijentnost podrazumeva uspešno prilagođavanje i sposobnost održavanja ili regenerisanja mentalnog zdravlja uprkos preprekama (Wald et al., 2006). Pored toga, ona se može okarakterisati kao proces evolucije pozitivnih stavova i strategija (Jensen et al., 2008), ali i kao sposobnost pojedinca da se „vrati na staro” (Smith et al., 2008; Sull et al., 2015). Multidisciplinarnost u pristupu ovom problemu učinila je da se definicije menjaju i evoluiraju kako se menja i evoluira naučno shvatanje i saznanje.

Kada se rezilijentnost posmatra kao osobina ličnosti, onda se odnosi na sposobnost pojedinca da se posle stresnih ili ugrožavajućih događaja vrati na stanje uobičajenog mentalnog funkcionisanja, bez trajnih negativnih posledica (Smith et al., 2008).

Kada se rezilijentnost definiše kao složeni kapacitet pojedinca, onda se ona razume kao rezultanta svih protektivnih faktora koji deluju da pojedinac sačuva ili unapredi svoje mentalno zdravlje nakon okolnosti koje mogu da izazovu snažan distress ili mentalnu traumu. Ti protektivni faktori mogu biti: 1) individualni faktori, kao što su npr. načini prevladavanja stresa, kognitivni kapacitet i snaga karaktera pojedinca, 2) faktori koji proističu iz socijalne mreže pojedinca, kao što su npr. emocionalna ili materijalna podrška koju pružaju porodica ili bliski prijatelji, i 3) podrška šire društvene zajednice, kao što je npr. podrška koju pružaju državne ustanove, preduzeća i socijalne organizacije (Smith et al., 2008).

Visoka rezilijentnost se i pre pandemije COVID-19 navodila kao složena osobina koja omogućava zdravstvenim radnicima da se lako oporavljaju od različitih teškoća na poslu, a koja se može steći odgovarajućim programom obuke (Howe et al., 2012; Mills & McKimm, 2016; Harms et al., 2018). Rezilijentnost se navodi i kao osobina koja može da smanji povezanost sagorevanja na radu i teškoća u oblasti mentalnog zdravlja kod zdravstvenih radnika (Garcia-Izquierdo et al., 2018; McKinley et al., 2019; McKinley et al., 2020; Hu et al., 2020).

Nalazi sugerišu da su kod lekara rezilijentost i sagorevanje na radu međusobno povezane pojave, tako što veća rezilijentnost podrazumeva manje sagorevanje, kao što i veće sagorevanje podrazumeva slabiju rezilijentnost (McKinley et al., 2019; McKinley et al., 2020). Rezilijentnost deluje kao faktor koji umanjuje kod lekara anksioznost na poslu, kao i

njihovu iscrpljenost poslom (Mosheva et al., 2020). Takođe, nalazi ukazuju da negativna korelacija između sagorevanja na radu i rezilijentnosti postoji i kod medicinskih tehničara (Hu et al., 2020; Rushton et al., 2015). Veći stepen rezilijentnosti kod medicinskih tehničara podrazumeva bolje veštine prevladavanja stresa na poslu, viši stepen doživljaja samoeфикаsnosti i bolju socijalnu podršku na poslu, niži stepen iscrpljenosti na poslu, kao i niži stepen anksioznosti i depresivnosti (Yu et al., 2019; Roberts et al., 2020).

Rezilijentnost je tesno povezana sa subjektivnim blagostanjem. Generalno govoreći, ljudi sa većim stepenom rezilijentnosti imaju i veći stepen subjektivnog blagostanja, a manji stepen depresivnosti, anksioznosti i negativne samoevaluacije (Batz & Tay, 2018; Harms et al., 2018).

1.4.2. Subjektivno blagostanje

U poslednjih deset godina, sve je veći interes za izučavanje subjektivnog blagostanja zdravstvenih radnika (Wong et al., 2021). Subjektivno blagostanje predstavlja jedan od najvažnijih indikatora pozitivnog mentalnog zdravlja (Jovanović, 2010).

Diener (2000) je u okviru teorije subjektivnog blagostanja istakao značaj sreće i zadovoljstva životom za mentalno zdravlje pojedinca (Diener, 2000; Diener et al., 2018). Subjektivno blagostanje pojedinca se odnosi na njegovu kognitivnu i afektivnu evaluaciju sopstvenog života. U konceptu subjektivnog blagostanja razlikuje se: a) afektivna komponenta koja obuhvata često doživljavanje pozitivnih emocija i retko doživljavanje negativnih emocija; b) kognitivna komponenta, koja obuhvata pozitivno vrednovanje svog života, tj. zadovoljstvo životom (Jovanović, 2010).

Subjektivno blagostanje uključuje različite načine na koje ljudi procenjuju i doživljavaju svoje živote. Na mnogo načina, ovaj termin je sinonim za svakodnevni pojam sreće – pozitivna osećanja su važan aspekt blagostanja. Međutim, subjektivno blagostanje obuhvata više od pozitivnih osećanja. Diener (1984) je sintetizovao ono što se od tada naziva tripartitni model subjektivnog blagostanja (Busseri & Sadava, 2011). Ovaj model postavlja tri različite, ali često povezane komponente blagostanja: česte pozitivne afekte, retke negativne afekte i kognitivne procene kao što je zadovoljstvo životom. Naglasak na subjektivnom blagostanju pretpostavlja da ljudi mogu smisleno proceniti svoje živote i iskustva. Ova pretpostavka je potvrđena brojnim studijama koje pokazuju da je samoprocenjeno subjektivno blagostanje povezano sa drugim važnim varijablama kao što su uslovi u društvu, društveni odnosi, sposobnost da se funkcioniše na zdrav način (Diener & Seligman, 2004), kao i mere subjektivnog blagostanja koje nisu samoprocenjivane (Sandvik et al., 1993).

Instrumenti za procenu subjektivnog blagostanja imaju značajnu ulogu u savremenoj psihologiji, naročito u oblasti mentalnog zdravlja. Uviđanje njihove važnosti je posledica proširenja koncepta mentalnog zdravlja, koje se danas posmatra ne samo kao odsustvo simptoma mentalnih bolesti, nego i kao prisustvo pozitivnih simptoma kao što su zadovoljstvo životom, sreća, lični razvoj, smisao života i slično, tako da zaključke o mentalnom zdravlju pojedinca nije opravdano donositi samo na osnovu primene instrumenata za procenu psihopatoloških karakteristika, već je neophodna i procena prisustva indikatora pozitivnog funkcionisanja (Jovanović, 2010).

U istraživanjima blagostanja kod zdravstvenih radnika, takođe postoji interesovanje za druge važne potencijalne štetne uticaje, kao što su posttraumatski stres, depresija, anksioznost i hronični stres na poslu koji može voditi sindromu sagorevanja (Wong et al., 2021).

Istraživanja ukazuju da je sagorevanje na radu tokom pandemije COVID-19 u negativnoj korelaciji sa subjektivnim blagostanjem i mentalnim zdravljem medicinskih radnika (Yu et al., 2019; Wang et al., 2020).

Briga o sebi i promocija subjektivnog blagostanja kod zdravstvenih radnika treba da bude stalna praksa, jer podrazumeva prepoznavanje i uvažavanje sebe. Studija čiji je cilj bio da se izmeri subjektivno blagostanje grupe od 225 medicinskih sestara u Velikoj Britaniji koristeći tri različite mere subjektivnog blagostanja, i da se identifikuje da li su određeni demografski faktori i faktori povezani sa poslom u korelaciji sa rezultatima izmerenog subjektivnog blagostanja, pokazala je da demografski faktori i faktori povezani sa radnim mestom nisu bili u korelaciji sa rezultatima subjektivnog blagostanja, iako muškarci, oni koji žive sami i imaju između 40 i 49 godina imaju niže srednje vrednosti na sve tri mere subjektivnog blagostanja. Nalazi ove eksplorativne studije sugerišu da bi slična studija trebalo da se sprovede sa većom reprezentativnom populacijom medicinskog osoblja i da kvalitativno istraživanje treba da ispita zašto i kako medicinske sestre-tehničari imaju relativno nisko subjektivno blagostanje (Oates et al., 2017).

Subjektivno blagostanje ljudi je u pozitivnoj korelaciji sa njihovom spremnošću da se suoče sa različitim izazovima za prilagođavanje. Rezilijentnost i subjektivno blagostanje se mogu tretirati kao međusobno veoma zavisne pojave (Harms et al., 2018), a dobar kapacitet za mentalizaciju je ključan za rezilijentnost i predstavlja protektivni faktor mentalnog zdravlja pojedinca (Luyten et al., 2020; Bateman et al., 2018; Schwarzer et al., 2021).

1.4.3. Kapacitet za mentalizaciju

Mentalizacija je oblik imaginativne mentalne aktivnosti koja se sastoji iz interpretacije opaženog ljudskog ponašanja na osnovu intencionalnih mentalnih stanja kao što su potrebe, želje, osećanja, uverenja, ciljevi, svrhe i razlozi. Izraz imaginativna mentalna aktivnost ukazuje da taj proces osoba vrši upotrebom mašte u svom umu. Mentalizovanje je proces koji omogućava individui da u međuljudskim odnosima korektno razume svoje i tuđe ponašanje, kao i da dobro reguliše vlastite emocije i impulse. Kapacitet za mentalizaciju koji se naziva i refleksivna funkcija selfa, individua razvija u detinjstvu i visoko je povezan sa sigurnim afektivnim vezivanjem za primarne negovatelje. Mentalizovanje podrazumeva najmanje sledeće četiri dimenzije: prva se odnosi na pitanje čije se ponašanje mentalizuje - svoje ili tuđe; druga se odnosi na pitanje u kojoj meri pojedinac upravlja mentalizovanjem - na jednom kraju je automatsko i implicitno, a na drugom polu te dimenzije je svesno, voljno ili eksplicitno mentalizovanje; treća dimenzija se odnosi na upotrebu kognitivnih i emotivnih procesa, na jednom polu je mogućnost da se mentalne pojave prepoznaju, imenuju i rečima opisuju njihovi uzroci i posledice, na drugom je mogućnost da se te pojave kao osećanja dožive i bez upotrebe reči; četvrta dimenzija se odnosi na sadržaje koji se mentalizuju, na jednom kraju ove dimenzije su sadržaji koji su opaženi tokom neposredne komunikacije sa drugom osobom, bilo verbalnim bilo neverbalnim kanalom, a na drugom kraju su zamišljene pretpostavke koje zavise od prethodnog iskustva osobe koja mentalizuje i na koje, pored ostalog, uticaj ima socio-kulturna sredina u kojoj ta osoba živi (Luyten et al., 2020; Fonagy et al., 2016; Fonagy et al., 2017).

U neposrednom kontaktu sa drugom osobom, osnovni mentalni postupci koje pojedinac vrši kada mentalizuje je postavljanje pretpostavki o mentalnim stanjima koje određuju ponašanje i njihovo proveravanje. Tada pojedinac ima svest da se intencionalna mentalna stanja ne mogu videti očima. U toku mentalizovanja pojedinac ima stav neznanja (eng. "*not knowing stance*") o intencionalnim mentalnim stanjima i iskrenu radoznalost koja mu pomaže

da ih otkrije u saradnji sa drugom osobom (Luyten et al., 2020; Fonagy et al., 2016; Fonagy et al., 2017). Slab kapacitet za mentalizaciju otkriven je kod pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti, ali i drugi mentalni poremećaji obuhvataju teškoće u mentalizovanju (Bateman et al., 2018; Fonagy et al., 2017). Takođe, i u nekliničkoj populaciji ispitivani su oblici narušenog kapaciteta za mentalizaciju. U tim istraživanjima su ispitivana dva takva oblika: hipomentalizovanje i hipermentalizovanje. To su dva kvalitativno različita fenomena, a ne ekstremi istog.

Hipomentalizovanje se odnosi na manjak ili odsustvo razmatranja pojava mentalnog života koje određuju ponašanje, a putem postavljanja pretpostavki i njihovog proveravanja u interpersonalnoj interakciji. Hipomentalizovanje može biti posledica nedostatka vere u vlastite mogućnosti da se mentalni svet spoznaje, ili i kao posledica pogrešnih uverenja da je ponašanje određeno spoljašnjim silama, a ne mentalnim stanjima. Između ostalog, ispoljava se kao nesigurnost u mogućnost tačne procene mentalnih stanja koje stoje u osnovi ponašanja (Fonagy et al., 2016).

Hipermentalizovanje se odnosi na postavljanje preterano mnogo pretpostavki o intencionalnim mentalnim stanjima, od kojih se neke nekritički prihvataju kao istina, iako nisu istina. Hipermentalizovanje individue nastaje kao posledica njenih pogrešnih uverenja da i druge osobe imaju identična intencionalna mentalna stanja kao i ona sama. Ispoljava se kao preterana sigurnost u tačnost vlastitih uverenja o prirodi mentalnih stanja koje leže u osnovi nečijeg ponašanja (Fonagy et al., 2016; Manzano-Garcia et al., 2021).

Postoje nalazi koji ukazuju da kapacitet za mentalizaciju omogućava korektno razumevanje svog i tuđeg ponašanja u stresnim situacijama, što pomaže prevladavanju stresa (Fonagy, 2017; Schwarzer et al., 2021). U Španiji je sprovedeno istraživanje koje je ispitivalo povezanost između kapaciteta za mentalizaciju i sindroma sagorevanja na uzorku preduzetnika. Manzano-Garcia i saradnici (2021) su pokazali da kapacitet za mentalizaciju umanjuje stepen sagorevanja na radu kod preduzetnika, tako što umanjuje emocionalnu iscrpljenost i cinizam (depersonalizaciju). U tom istraživanju hipomentalizacija je imala statistički značajne pozitivne korelacije sa emocionalnom iscrpljenošću i sa cinizmom kao aspektima sindroma sagorevanja na radu. Hipomentalizacija je bila statistički značajan pozitivan prediktor emocionalne iscrpljenosti i cinizma kod španskih preduzetnika (Manzano-Garcia et al., 2021).

1.5. Indikatori negativnog mentalnog zdravlja

1.5.1. Depresivnost, anksioznost i stres

Depresija, anksioznost i stres prepoznati su kao osnovni negativni pokazatelji mentalnog zdravlja i neki od glavnih zdravstvenih problema, a istraživački interes usmeren je upravo na razumevanje njihove prirode, uzroka i tretmana (Lovibond & Lovibond, 1995).

Lovibond i Lovibond (1995) ističu da su depresija, anksioznost i stres tri odvojena, konceptualno različita, ali međusobno povezana fenomena. Depresivnost individue karakterišu doživljaji disforije, beznadežnosti, obezvređivanje sebe i života u celini, osiromašenje društvenog života i anhedonija. Anksioznost predstavlja mentalno stanje koje karakteriše subjektivni doživljaj strepnje, doživljaj bespomoćnosti i visok nivo pobuđenosti organizma. Negativni stres predstavlja stanje visoke pobuđenosti organizma koje nastaje kao posledica jednog ili više ugrožavajućih događaja, uz snažne negativne emocije na mentalnom planu (Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović et al., 2014).

Osobe koje su generalno sklone anksioznosti, po pravilu često izražavaju i simptome depresije, i obrnuto. Stres je takođe povezan i s depresijom i s anksioznošću (Lovibond & Lovibond, 1995). U ovom radu smo depresivnost, anksioznost i stres posmatrali kao negativne indikatore mentalnog zdravlja ispitanika, odnosno koristili smo prikupljene podatke o nivoima depresije, anksioznosti i stresa generalno tokom života kao o negativnim osobinama ličnosti, a ne stanjima emocionalnosti. Za te potrebe smo koristili adaptiranu verziju instrumenta DASS-42 koju su kreirali Lovibond i Lovibond (Lovibond & Lovibond, 1995).

Istraživanja su pokazala da pandemija COVID-19 ima ozbiljan uticaj na mentalno zdravlje kako zdravstvenih radnika, tako i opšte populacije (Kang et al., 2020; Vujčić et al., 2021). Jedno istraživanje o psihološkom distresu koje je obuhvatilo 958 zdravstvenih radnika iz grada Vuhana u Kini ukazuje da je više od polovine ispitanika imalo simptome povezane s depresijom i anksioznošću. Tačnije, 54% ukupnog uzorka imalo je simptome anksioznosti a 58% depresije, s tim da je prevalencija stresa bila veća od one koja je prethodno otkrivena kod zdravstvenih radnika koji su se borili sa virusom SARS (Xiao et al., 2020). U studiji u kojoj je učestvovalo 1257 zdravstvenih radnika iz Kine, od čega 760 njih iz Vuhana, 71,5% ispitanika je pokazalo simptome stresa, 44,6% anksioznosti, 50,4% depresije i 34% nesanic. Ovi simptomi su bili ozbiljniji kod medicinskih tehničara/sestara, osoblja „prve linije” kao i onih koji su radili u Vuhanu, epicentru izbijanja pandemije COVID-19 (Lai et al., 2020). Slični rezultati su pronađeni i u evropskim zemljama, poput Nemačke, gde su zdravstveni radnici, posebno medicinske sestre, prijavili visoku prevalenciju stresa, emocionalnog umora i simptoma depresije (Zerbini et al., 2020).

Sindrom sagorevanja na radu se mora razlikovati od stresa i depresivnosti. Glavna razlika u odnosu na stres se ogleda u tome što je sindrom sagorevanja na radu kumulativan proces koji ima svoje faze i sliku hroničnog poremećaja. Sagorevanje na radu se može posmatrati kao rezultat radnih uslova i stresa koji se javlja kao posledica toga. Većina lekara ima tendenciju da radi dugo i stalno brine o dobrobiti svojih pacijenata. Štaviše, strah od toga da stvari pođu naopako stavlja ih pod dodatni pritisak, koji može izazvati anksioznost. U mnogim zemljama postoji sve veća „kultura okrivljavanja” u sistemu zdravstvene zaštite koja doprinosi ovom stresu. S druge strane, sklonost ka anksioznosti, izbirljivost i skoro opsesivna ličnost, dolazi sa medicinskom profesijom (Bhugra et al., 2021).

Isto tako, sindrom sagorevanja treba razlikovati i od nezadovoljstva poslom i depresivnosti. Razlika u odnosu na depresivnost je u tome što se sindrom sagorevanja na radu odnosi na radno mesto i povezan je isključivo sa sadržajem posla, suprotno depresiji koja je povezana sa svim delovima čovekovog života, bar u početku. Zapaženo je da su osobe sklone depresiji osetljivije na pojavu sindroma sagorevanja na radu (Dedić, 2005). Zabeležena je i povezanost između anksioznosti i sindroma sagorevanja na radu. U istraživanju sprovedenom u Srbiji je dokazano da se sa povećanjem ukupnog skora na skali anksioznosti, skor na dimenzijama sagorevanja na radu emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija povećava, a na dimenziji ličnog postignuća smanjuje (Vojvodić & Dedić, 2020).

Za sada nijedan od dostupnih alata za procenu sindroma sagorevanja na radu ne pruža instrumente za diferencijalnu dijagnozu. Posebno je relevantna povezanost između sagorevanja na radu i sindroma hroničnog umora, i sagorevanja i depresije, jer svi entiteti dele prilično zajedničke simptome, a sagorevanje na radu je faktor rizika za razvoj depresije (Korczak et al., 2010).

1.6. Problem i značaj istraživanja

Polazeći od teorijskog okvira, nalaza iz literature, ličnog i interpersonalnog iskustva vezanog za pandemiju COVID-19, formulisali smo problem istraživanja pod nazivom sindrom sagorevanja na radu i mentalno zdravlje kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19, sa ciljem da ispitamo stepen izraženosti sindroma sagorevanja na radu, uključujući i neke pozitivne i negativne pokazatelje mentalnog zdravlja, kao što su rezilijentnost, kapacitet za mentalizaciju, subjektivno blagostanje i doživljaj stresa, anksioznosti i depresije kod zdravstvenih radnika u našoj zemlji. Pošto je Srbija, pored opštih protokola borbe protiv pandemije, koje su primenjivale i ostale zemlje sveta, uključivala i neke posebne mere i strategije (Čabarkapa et al., 2022) koje su zdravstvene radnike izložile povećanom radnom naprezanju, opšti cilj je da sagledamo kakve je to posledice imalo na mentalno zdravlje zdravstvenih radnika, fokusirajući se pre svega na sindrom sagorevanja na radu.

Pored toga, teorijski i praktični cilj ovog istraživanja je da sagledamo kakva je uloga nekih pozitivnih (rezilijentnost, kapacitet za mentalizaciju i subjektivno blagostanje) ali i negativnih osobina ličnosti (kao što su doživljaji depresije, anksioznosti i stresa) kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19 u Srbiji. Pošto se osobine ličnosti pojavljuju kao psihološki prediktori sagorevanja povezano sa drugim karakteristikama ličnosti, cilj je i da procenimo doprinos sociodemografskih, radnih varijabli i varijabli povezanih sa COVID-19, kao i odnos između svih prediktoriskih varijabli na ispoljavanje sindroma sagorevanja. Takođe, vrlo je važno napomenuti da je ovo istraživanje prvo u svetu koje istražuje ulogu kapaciteta za mentalizaciju u objašnjavanju sindroma sagorevanja na radu na uzorku zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19. Na kraju, poslednji teorijski i praktični cilj je da utvrdimo koje varijable daju najveći doprinos sindromu sagorevanja kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19, kako bi se na osnovu toga mogla vršiti predviđanja budućih ishoda u sličnim situacijama i izraditi odgovarajući programi prevencije za očuvanje i jačanje mentalnog zdravlja i dobrobiti zaposlenih u sistemu zdravstva.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi istraživanja

1. Ispitati stepen izraženosti sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji rade u izmenjenim uslovima rada – u COVID-19 zoni, odnosno imaju direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima, i onih koji rade u redovnim kliničkim uslovima, odnosno nemaju direktan kontakt sa zaraženim pacijentima, tokom pandemije COVID-19 u Srbiji, i da li postoji razlika u izraženosti tih simptoma između ovih grupa ispitanika;

2. Ispitati potencijalnu povezanost izraženosti sindroma sagorevanja na radu sa indikatorima mentalnog zdravlja kao što su doživljaj stresa, anksioznosti i depresije kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19;

3. Ispitati povezanost rezilijentnosti, mentalizacije i subjektivnog blagostanja sa doživljajem sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19;

4. Ispitati vezu sociodemografskih varijabli, uslova rada i varijabli povezanih sa COVID-19, sa sindromom sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19;

5. Formulirati model predikcije sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19 na osnovu ispitivanih varijabli u istraživanju.

2.2. Hipoteze istraživanja

1. Zdravstveni radnici koji rade u COVID-19 zoni (imaju direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima) će imati viši nivo sindroma sagorevanja na radu od onih koji nemaju direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima;

2. Intenzitet sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika će biti u pozitivnoj korelaciji sa indikatorima: stresom, anksioznošću i depresijom;

3. Rezilijentnost kao dimenzija ličnosti kod zdravstvenih radnika biće u negativnoj korelaciji sa sindromom sagorevanja na radu (ali i indikatorima – stresom, anksioznošću i depresijom);

4. Slab kapacitet za mentalizaciju zdravstvenih radnika biće u pozitivnoj korelaciji sa sindromom sagorevanja na radu;

5. Subjektivno blagostanje zdravstvenih radnika je u negativnoj korelaciji sa sindromom sagorevanja na radu, i indikatorima – stresom, anksioznošću i depresijom.

3. MATERIJAL I METOD

3.1. Vrsta studije i populacija koja se istražuje

Istraživanje je dizajnirano kao neeksperimentalna opservaciona studija preseka, korelacionog tipa.

Populaciju su činili zdravstveni radnici – lekari i medicinski tehničari, koji rade u Univerzitetском kliničkom centru Kragujevac tokom pandemije COVID-19 u Srbiji. Ispitanici su bili raspoređeni u dve grupe: prvu grupu su činili zdravstveni radnici koji rade u COVID-19 sistemu, odnosno sa COVID-19 pozitivnim pacijentima minimum mesec dana, dok su drugu grupu činili zaposleni zdravstveni radnici koji nemaju direktan kontakt sa zaraženima i nisu radili u COVID-19 sistemu.

3.2. Uzorkovanje i procedure

Uzorak istraživanja su činili zdravstveni radnici koji rade u izmenjenim uslovima rada – u COVID-19 zoni, odnosno imaju direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima, i oni koji rade u redovnim kliničkim uslovima, odnosno nemaju direktan kontakt sa zaraženim pacijentima i nisu radili u COVID-19 zoni, u Univerzitetском kliničkom centru Kragujevac u Srbiji, koji su dali svoju informisanu saglasnost za učestvovanje u istraživanju.

Prema podacima Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite Instituta za javno zdravlje Kragujevac (<https://izjzkg.rs/centar-za-analizu-planiranje-i-organizaciju-zdravstvene-zastite/>, datum pristupa: 01.07.2021. godine) na dan 30.06.2021. godine u Univerzitetском kliničkom centru Kragujevac ukupan broj lekara bio je 601, dok je ukupan broj medicinskih sestara-tehničara 1562. Potrebna veličina uzorka za ovu studiju izračunata je pomoću programa *Sample Size Calculator – Australian Bureau of Statistics* (<https://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/home/sample+size+calculator>, datum pristupa: 01.07.2021. godine). Za veličinu efekta 0.3, alfa grešku 0.05 i snagu studije 0.95, a veličinu populacije 2163, izračunat je ukupan uzorak od minimum 327 ispitanika. Uključujući kriterijum za uzorak studije bila su sledeća zanimanja: lekari/lekari-specijalisti i medicinski tehničari/strukovni medicinski tehničari-sestre. Zdravstveni radnici koji imaju direktan kontakt sa COVID-19 i rade minimum mesec dana u COVID-19 zoni, smatrani su zdravstvenim radnicima „na prvoj liniji” (eng. *frontline healthcare workers*). Zdravstveni radnici koji rade u redovnim kliničkim uslovima, nemaju direktan kontakt sa zaraženim pacijentima i nisu radili u COVID-19 zoni, svrstani su u grupu zdravstvenih radnika „van linije fronta” (eng. *non-frontline healthcare workers*). Ostali kriterijumi za uključivanje bili su starost od 18 do 65 godina i stanovnici Srbije koji govore srpski jezik.

Ciljevi istraživanja su potencijalnim učesnicima objašnjeni na samom početku upitnika na srpskom jeziku. Učešće u istraživanju je bilo dobrovoljno i uz informisani pristanak, a ispitanicima je bila zagaranтована poverljivost i anonimnost dobijenih podataka. Neadekvatni odgovori, ispitanici koji ne ispunjavaju sve kriterijume za uključivanje u studiju i ispitanici koji nisu odgovorili na sva pitanja iz upitnika su isključeni iz statističke analize ručnim pregledom prikupljenih podataka.

Istraživanje je sprovedeno u periodu od jula 2021. godine do februara 2022. godine, u vreme vrhunca pandemije COVID-19, kada je broj zaraženih bio najveći od proglašenja pandemije u Srbiji (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2022). Podaci su prikupljeni korišćenjem režima administracije papira i olovke, u Univerzitetском

kliničkom centru Kragujevac u Srbiji. Univerzitetski klinički centar Kragujevac je tercijarna zdravstvena ustanova i jedna od četiri zdravstvene ustanove najvišeg nivoa u Srbiji, koja opslužuje više od 2 miliona ljudi uglavnom iz regiona Centralne i Zapadne Srbije. Sadrži 37 organizacionih jedinica i ima kapacitet od 1118 kreveta. Univerzitetski klinički centar Kragujevac obavlja i obrazovnu i naučnoistraživačku delatnost u skladu sa zakonom, kao nastavna baza Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu (Službeni glasnik RS, 2020).

3.3. Etička razmatranja

Istraživanje je sprovedeno nakon pribavljanja odobrenja Etičkog odbora Univerzitetskog Kliničkog Centra Kragujevac (broj odobrenja: 01/21/279; datum odobrenja: 01.07.2021.godine). Procedure ove studije bile su u skladu sa odredbama Helsinške deklaracije o etičkim načelima za medicinska istraživanja na ljudima (World Medical Association, 2013) i Etičkog kodeksa naučnoistraživačkog rada „Dobra naučna praksa” (Vučković-Dekić et al., 2007).

3.4. Varijable korišćene u studiji

Prema osnovnom nacrtu studije kao **nezavisne varijable (prediktori)** su uzete one varijable koje se odnose na COVID-19 i uslove rada (direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima ili rad u redovnim kliničkim uslovima koji ne podrazumeva direktan kontakt sa zaraženim pacijentima), vrsta zanimanja (lekar ili tehničar), osobine ličnosti: rezilijentnost, kapacitet za mentalizaciju i subjektivno blagostanje, i depresivnost, anksioznost i stres, koje su posmatrane kao indikatori negativnog mentalnog zdravlja.

Kao glavna **zavisna varijabla (ishod)** posmatran je sindrom sagorevanja na radu (koji čine tri dimenzije: emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i lična efikasnost).

3.5. Instrumenti

Za merenje sindroma sagorevanja je korišćen Maslach Burnout Inventory – MBI-HSS (Maslach et al., 2017). Sastoji se od 22 pitanja na koja se odgovara ocenjivanjem učestalosti svake pojedinačne tvrdnje. Koristi se sedmostepeno merenje Likertovom skalom, gde 0 označava da se tvrdnja nikad ne događa, a 6 znači da se svakodnevno događa. Sastoji se iz tri skale: emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i lične efikasnosti. Emocionalna iscrpljenost obuhvata stavke koje se odnose na doživljaje emocionalne preopterećenosti i iscrpljenosti poslom (primer ajtem 1: „Osećam se emocionalno iscrpljeno zbog posla”). Depersonalizacija obuhvata stavke koje se odnose na bezosećajan i bezličan odgovor prema pacijentima (primer ajtem 5: „Imam osećaj da se prema nekim pacijentima ophodim kao da su bezlični objekti”). Lična efikasnost obuhvata stavke koje se odnos na osećaj kompetencije i uspešnog postignuća na poslu (primer ajtem 4: „Mogu lako da razumem kako se moji pacijenti osećaju”). Ovaj upitnik ne poseduje jedinstveni skor, već se prikazuju rezultati tri pomenute skale i tumače u skladu sa postignutim rezultatima. Skor na subskali emocionalne iscrpljenosti se računa sabiranjem bodova sa pitanja 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 i 20, a ukupan rezultat na ovoj subskali može se kretati od 0 do 56. Skor depersonalizacije je izračunat sabiranjem bodova sa pitanja 5, 10, 11, 15 i 22, i može da se kreće od 0 do 30. Skor lične efikasnosti računa se sabiranjem bodova sa pitanja 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 i 21, i može da se kreće od 0 do 48 (Maslach et al., 2017). Visok skor na subskali emocionalne iscrpljenosti i na subskali depersonalizacije je direktno proporcionalan stepenu sindroma sagorevanja, dok je skor na subskali ličnog postignuća obrnuto proporcionalan, tj. što je veći osećaj lične

efikasnosti, to je niži nivo sindroma sagorevanja na radu (Maslach et al., 2001; Maslach et al., 2017).

Za ispitivanje rezilijentnosti korišćena je Kratka skala rezilijentnosti (Brief Resilience Scale: BRS) koju su kreirali Smith i saradnici (Smith et al., 2008). Ova skala procenjuje konstrukt rezilijentnosti, shvaćen kao sposobnost pojedinca da se nosi sa preprekama iz okoline i oporavi se od stresnih okolnosti. Prema navedenim autorima, kratka skala rezilijentnosti ima veoma dobru pouzdanost, Kronbah alfa koeficijent je u prethodnim ispitivanjima bio iznad 0.8. Kratka skala rezilijentnosti je jednodimenzionalna i sastoji se iz 6 ajtema. Ajtemi se odnose na rezilijentnost koja je definisana kao sposobnost oporavka posle stresnih ili ugrožavajućih događaja. Tri ajtema govore u prilog rezilijentnosti (npr: 3. „Ne treba mi mnogo vremena da se oporavim od stresnog događaja”), dok tri ajtema govore protiv rezilijentnosti i imaju obrnuto bodovanje (npr: 4. „Teško mi je da dođem sebi nakon što se nešto loše dogodi”). Ispitanici su birali jedan odgovor na petostepenoj skali Likertovog tipa, od 1 – potpuno netačno, do 5 – potpuno tačno. Ukupan skor na ovoj skali je aritmetička sredina svih šest ajtema (Smith et al., 2008).

Za ispitivanje subjektivnog blagostanja je upotrebljena Kratka skala subjektivnog blagostanja (Jovanović, 2010). Skala se sastoji od 8 ajtema koji su raspoređeni na dve dimenzije: pozitivni afektivitet i pozitivan stav prema životu. Pozitivni afektivitet obuhvata četiri stavke koje se odnose na često doživljavanje sreće i drugih pozitivnih emocija (npr: „Često se osećam radosno i ushićeno”). Pozitivan stav prema životu obuhvata četiri stavke koje se odnose iskustvo zadovoljstva životom (npr: „Osećam da je život pun lepih iznenađenja”). Ispitanici biraju svoje odgovore na skali Likertovog tipa od 1 – u potpunosti se ne slažem, do 5 – u potpunosti se slažem. Rezultat na skali subjektivnog blagostanja je zbir svih odgovora (Jovanović, 2010).

Kapacitet za mentalizaciju je ispitivan pomoću skala hipomentalizacije i hipermentalizacije u okviru upitnika pod nazivom Kratka verzija upitnika refleksivne funkcije od 8 ajtema (RFQ-8: Fonagy et al., 2016). RFQ-8 se sastoji od dve subskale: 1) subskala sigurnosti u vlastitu procenu mentalnih stanja (RFQ-c), gde visoki skorovi ukazuju na fenomen hipermentalizacije, i 2) subskala nesigurnosti u vlastite mogućnosti procene svojih i tuđih mentalnih stanja (RFQ-u), koja se odnosi na fenomen hipomentalizacije. Subskala RFQ-c ispituje stepen do kog je osoba uverena da je u stanju da tačno proceni svoja i tuđa mentalna stanja, a primer stavke je koliko se osoba ne slaže s izjavama poput „Ljudske misli su za mene misterija”. Visoki skorovi na RFQ-c predstavljaju hipermentalizaciju. Subskala RFQ-u meri nesigurnost individue u vlastitu mogućnost da proceni svoja i tuđa mentalna stanja. Procenjuje se stepenom do kojeg se osoba slaže s izjavama kao što su „Ponekad radim stvari, a da zapravo ne znam zašto”. Visoki skorovi predstavljaju hipomentalizaciju, a niži predstavljaju optimalnu mentalizaciju (Cucchi et al., 2018; Handeland et al., 2019). Odgovori se ocenjuju na sedmostepenoj Likertovoj skali koja sadrži odgovore u rasponu od 1 – uopšte se ne slažem, do 7 – u potpunosti se slažem. Rezultati koje ispitanici postižu na obe subskale RFQ-8 se mogu kretati od 0 do 3. RFQ je u ranijim istraživanjima pokazivao dobru pouzdanost, Kronbah alfa koeficijent je iznosio 0.70 ili više (Manzano-Garcia et al., 2021; Anis et al., 2020; Cucchi et al., 2018; Handeland et al., 2019).

Za merenje depresivnosti, anksioznosti i stresa, upotrebljena je Skala depresije, anksioznosti i stresa - DASS-42 (Lovibond & Lovibond, 1995). Skala DASS-42 se sastoji od 42 stavke i uključuje tri subskale: depresivnost, anksioznost i stres. Kako navode autori, stavke subskale depresivnost odnose se na doživljaje disforije (npr. „Osećao/la sam se tužno i jadno”), anhedonije (npr. „Nisam imao/la nikakvo lepo osećanje”), beznadežnosti (npr.

„Osećao/la sam da nemam čemu da se nadam”), obezvređivanja sebe (npr. „Osećao/la sam se da kao osoba ne vredim mnogo”) i života (npr. „Osećao/la sam da je život besmislen”); subskala anksioznost se odnosi na doživljaje strepnje, visoke tenzije i bespomoćnosti (npr. „Osećao/la sam da sam blizu panike”); dok se subskala stresa odnosi na visoku pobuđenost organizma i negativne emocije nastale kao posledica neprijatnih ili ugrožavajućih događaja (npr. „Bilo mi je teško da se smirim”). Skor na subskali depresivnosti se računa sabiranjem bodova sa pitanja 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38 i 42. Skor na subskali anksioznosti se računa sabiranjem bodova sa pitanja 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40 i 41. Skor na subskali stresa se računa sabiranjem bodova sa pitanja 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35 i 39. Ukupan rezultat na svakoj od tri pomenute subskale se može kretati od 0 do 42. Ispitanici na 4-stepenoj skali Likertovog tipa, od 0 – nimalo, do 3 – uglavnom ili skoro uvek, procenjuju svoj stepen slaganja, bez da se previše zadržavaju na stavkama. Budući da smo u ovom istraživanju depresivnost, anksioznost i stres posmatrali kao negativne indikatore mentalnog zdravlja ispitanika, odnosno osobine ličnosti a ne stanja, ispitanici su imali uputstvo da pažljivo pročitaju svaku stavku i označe odgovor koji najbolje opisuje kako su se osećali dosad u životu (Lovibond & Lovibond, 1995).

Za procenu sociodemografskih varijabli, uslova rada i varijabli povezanih s COVID-19 je konstruisan poseban upitnik za potrebe ovog istraživanja, koji su činile sledeće oblasti: 1) sociodemografski podaci: pol, godine života, stepen obrazovanja, bračni status, broj dece, socioekonomski status, broj ljudi sa kojima ispitanik živi; 2) uslovi rada: tip zanimanja, broj godina radnog staža, trenutni radni status (zaposlen za stalno, na određeno, stažista/volonter), radno okruženje (COVID-19 zona ili redovni klinički uslovi), kontakt na poslu s pacijentima koji su COVID-19 pozitivni, kontakt s kontaminiranim materijalom tokom rada, rad u matičnom odeljenju ili raseljenost zbog pandemije; i 3) varijable povezane sa COVID-19: izolacija, hospitalizacija ispitanika zbog zaraze koronavirusom, zabrinutost zbog zaraze, vakcinacija, zabrinutost da član porodice i/ili neko s kim živi mogu biti zaraženi, pripadanje rizičnoj grupi zbog starosti ili hronične bolesti, trenutni status pušenja, povećana upotreba alkohola, povećana upotreba anksiolitika i problemi sa spavanjem.

3.6. Statistička obrada podataka

Statistička obrada i analiza podataka je uključila metode deskriptivne statistike zaključivanja. Kao mere deskriptivne statistike korišćene su frekvencije, procenti, aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimalne i maksimalne vrednosti, skjunis i kurtozis. Za proveru pouzdanosti skala korišćen je Kronbahov koeficijent alfa (*Cronbach's alpha*) kao mera interne konzistentnosti.

Za potrebe statistike zaključivanja korišćeni su t-testovi za ispitivanje značajnosti razlika u stepenu izraženosti dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika, Pirsonovi koeficijenti korelacije i testovi njihove značajnosti. Takođe, korišćena je i analiza višestruke linearne regresije (metod *stepwise*). Za potrebe analize višestruke linearne regresije kategorijalne varijable - zanimanje, bračni status i radni status, su transformisane u nove, jednostavne kontinualne varijable: varijabla zanimanje u varijablu profesija sa dve vrednosti: br. 1 koja obuhvata sve ispitanike koji su lekari (doktori) i vrednost br. 2 koja obuhvata sve medicinske tehničare; varijabla bračni status u varijablu sa dve vrednosti: br. 1 – gde su ispitanici u bračnoj ili vanbračnoj zajednici i br. 2 – ispitanici koji su sami; varijabla radni status u varijablu gde je vrednost br. 1. obuhvatila zaposlene na neodređeno vreme (tj. za stalno) i vrednošću br. 2 koja je obuhvatila zaposlene na određeno vreme, stažiste i volontere.

Statistička analiza je izvršena korišćenjem licenciranog SPSS programskog softvera (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21) na Fakultetu medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu. Rezultati su predstavljeni tekstualno, tabelarno i grafički.

4. REZULTATI

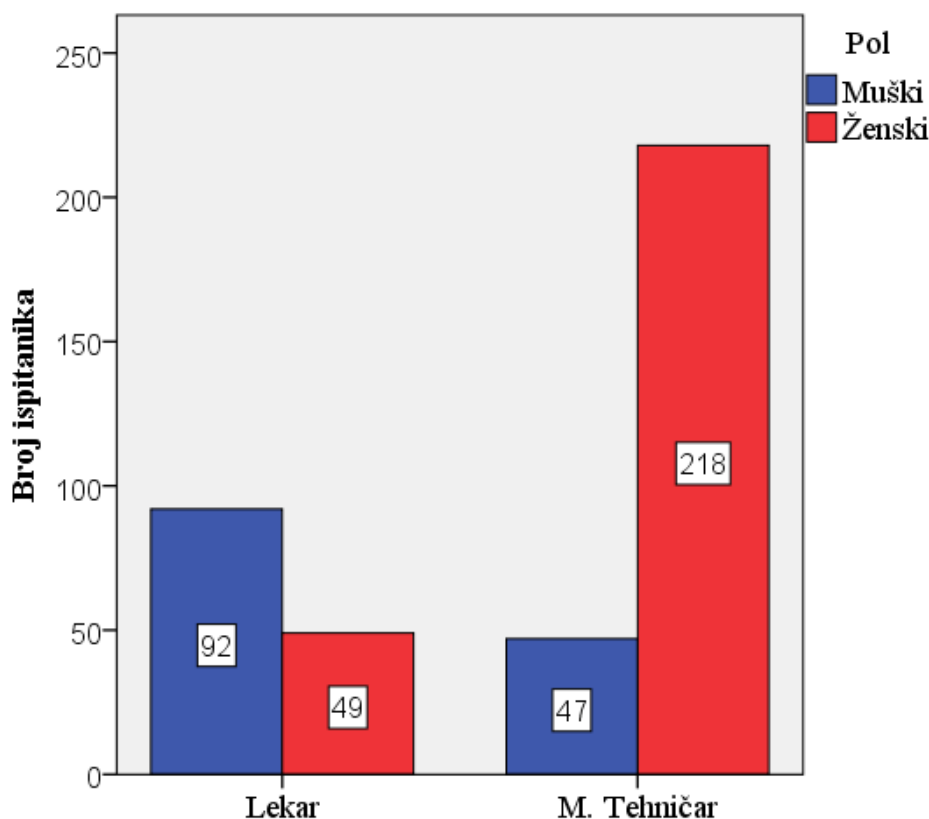
4.1. Opis uzorka

Stopa prikupljenih odgovora je bila visoka (85,67%): podeljeno je 600 upitnika, a upitnik je ispunilo 514 ispitanika zaposlenih u Univerzitetском kliničkom centru Kragujevac u Srbiji. Konačni uzorak je obuhvatio 406 ispitanika koji su ispunili sve kriterijume za uključivanje u studiju.

4.1.1. Sociodemografska obeležja ispitivanog uzorka

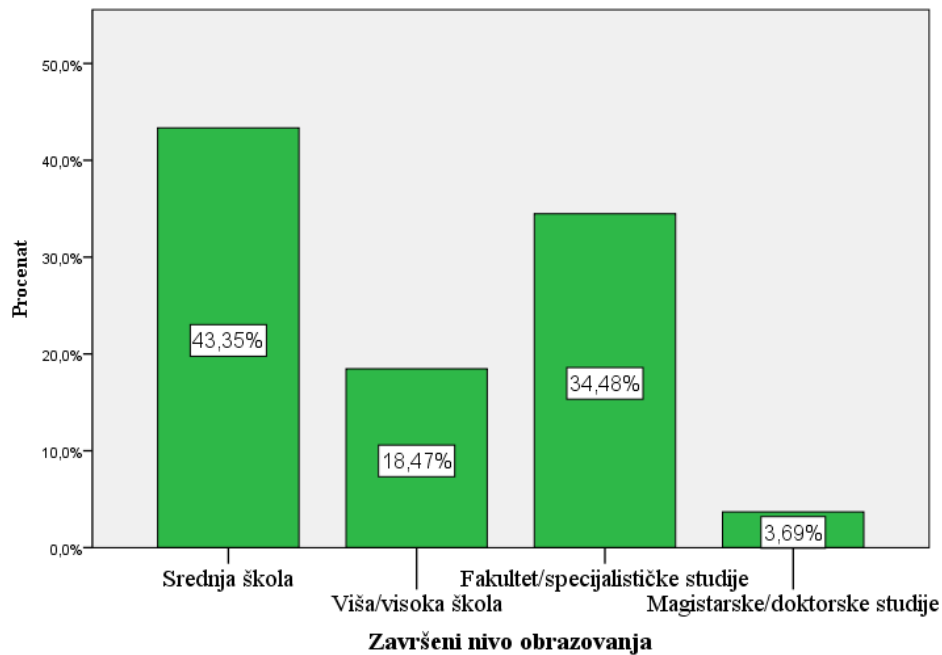
Uzorak istraživanja je činilo 406 ispitanika, 139 muškaraca i 267 žena, starosti od 19 do 62 godina. Prosečna starost ispitanika bila je 40,11 godina (SD=9,11), medijana je bila 40 godina života. Posmatrano po kvartilima starost ispitanika izgledala je ovako: od 19 do 33,75 godina imala je prva četvrtina ispitanika (tj. prvih 25%), od 33,75 godina do 40 godina života imala je druga četvrtina ispitanika, treći kvartil bio je od 40 do 46 godina, dok je četvrti kvartil bio od 46 do 62 godine ispitanika.

U uzorku je bilo 141 lekara (34,7%) i 265 medicinskih tehničara (65,3%). Podaci o polu i profesiji ispitanika dati su na grafiku 1.

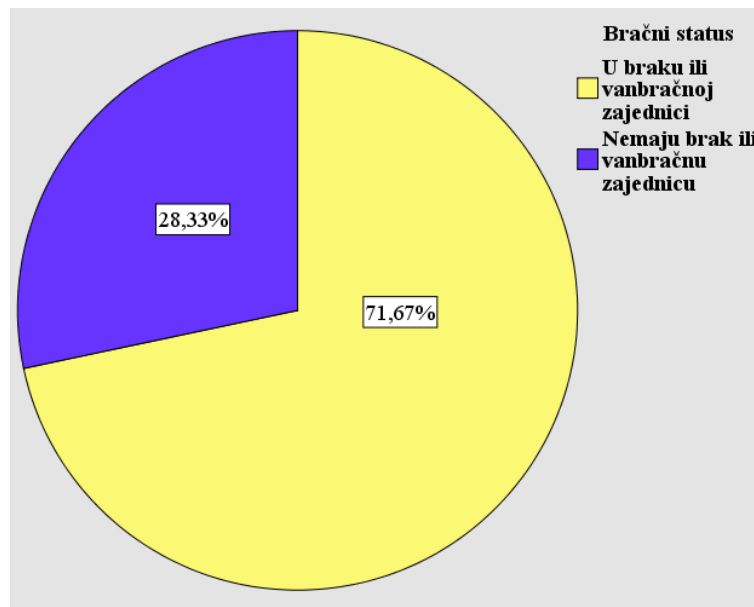


Grafik 1. Pol i profesija ispitanika

Broj ispitanika sa srednjom školom bio je 176, sa višom školom 75 ispitanika, 140 ispitanika imalo je fakultetsko obrazovanje/specijalizaciju, a 15 ispitanika i postdiplomske studije. Procentualni podaci o obrazovanju ispitanika dati su na grafiku 3.

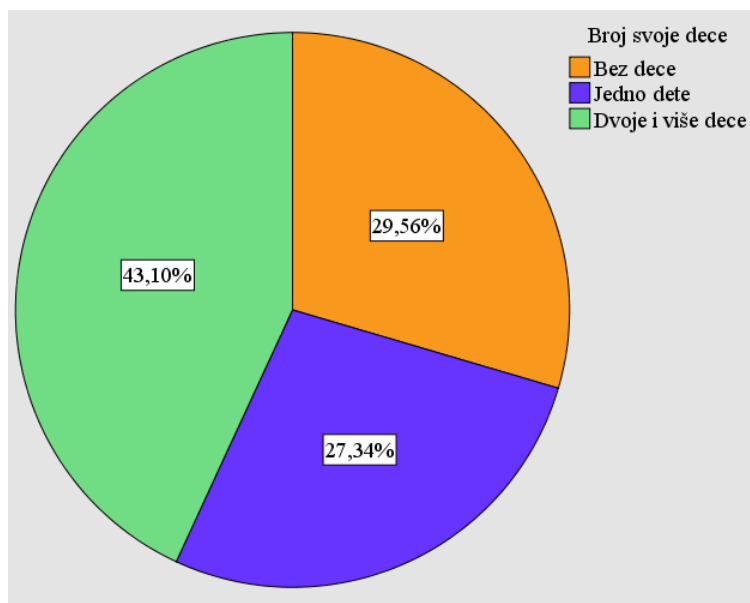


Grafik 2. Obrazovanje ispitanika



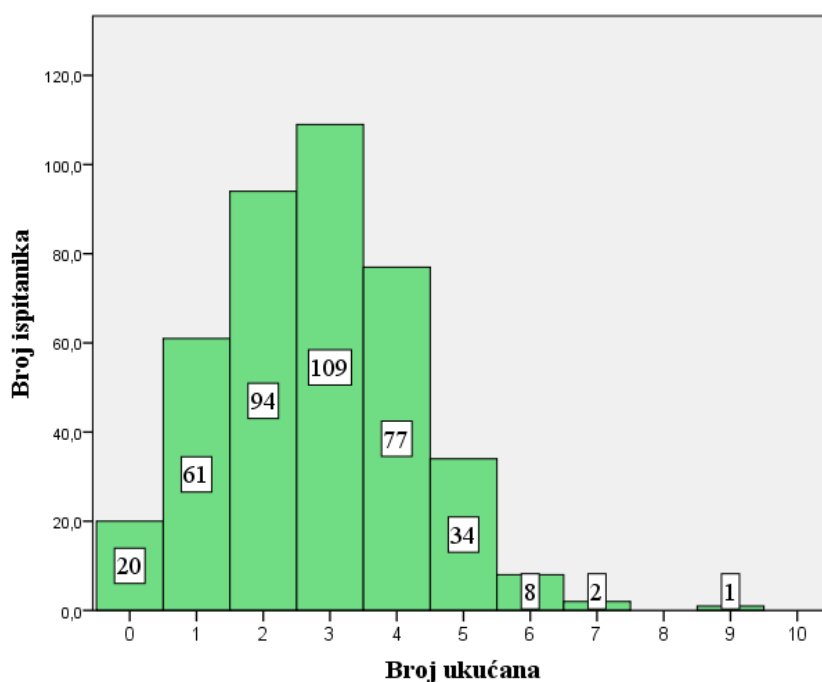
Grafik 3. Bračni status ispitanika

Ukupno 291 ispitanik je naveo da živi u braku ili vanbračnoj zajednici, dok 115 njih nije bilo u braku ili vanbračnoj zajednici.

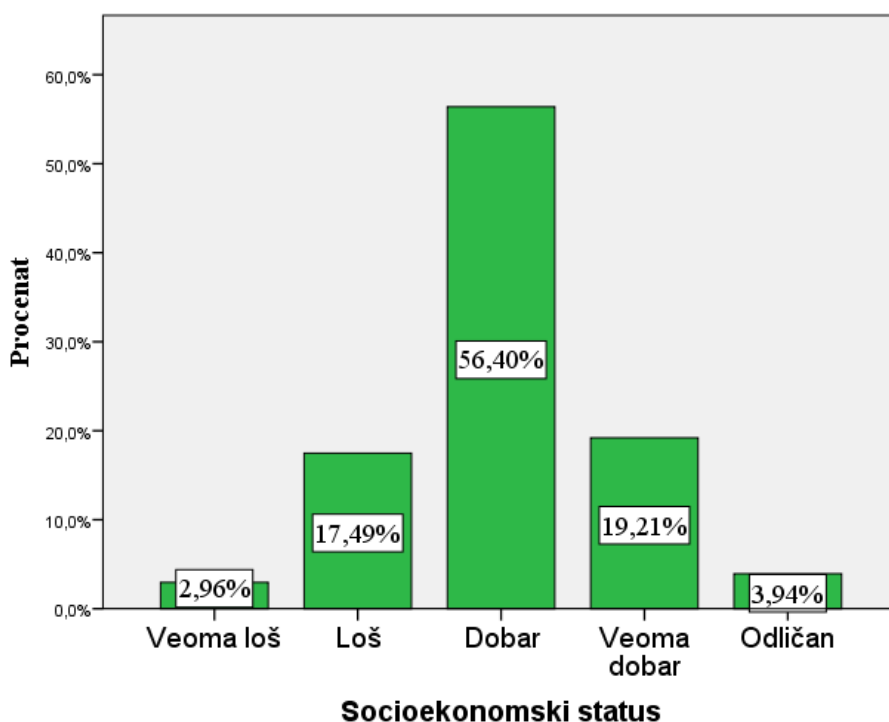


Grafik 4. Procenat ispitanika sa jednim, dvoje i bez dece

Ukupno 120 ispitanika je navelo da ima jedno dete, 111 je bez dece, dok je 175 ispitanika navelo da ima dvoje ili više dece. Na grafiku 5 vidimo da najveći broj ispitanika, tj. njih 109, živi sa tri ukućana, njih 94 živi sa 2 ukućana, 77 živi sa 4 ukućana, itd.



Grafik 5. Broj ukućana sa kojima ispitanici žive

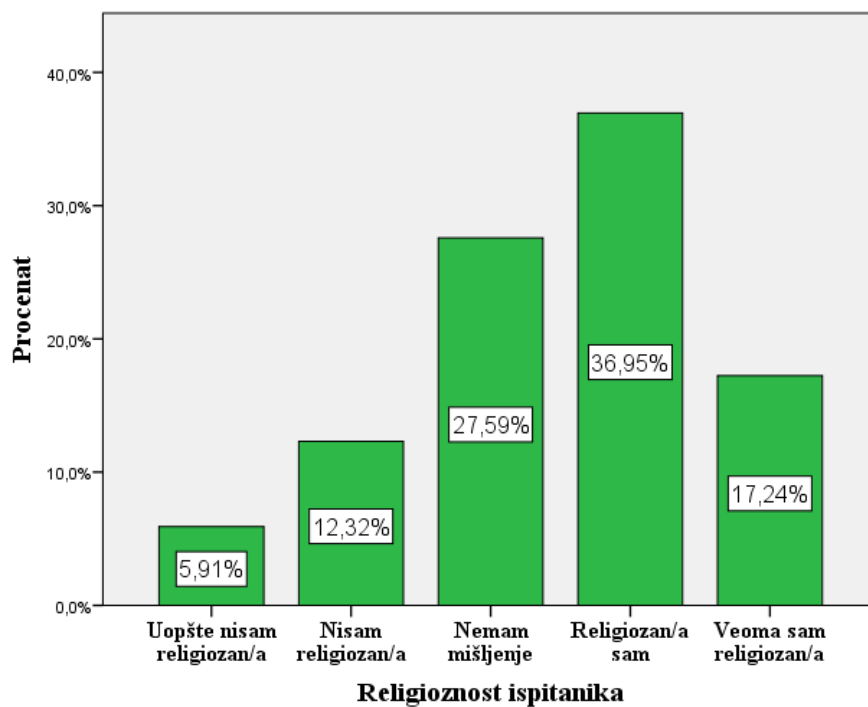


Grafik 6. Socioekonomski status ispitanika

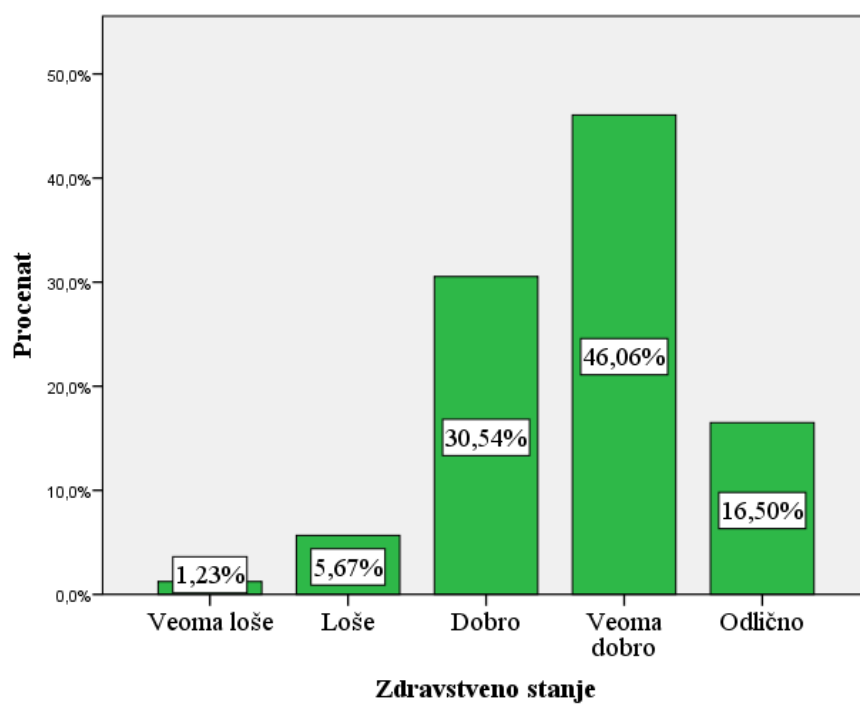
Najveći broj ispitanika, njih 229 (56,40%), ocenio je svoj socioekonomski status kao dobar. Kao veoma dobar, svoj socioekonomski status ocenilo je 78 (19,21%) ispitanik, kao loš njih 71 (17,49%), kao odličan 16 ili 3,94% ispitanika, a kao veoma loš 12 ili 2,96% ispitanika (grafik 6).

Najveći broj ispitanika, njih 150 (36,95%) smatra da je religiozan, dok mišljenje o tome nema 112 (27,59%). Zatim, ukupno 70 ispitanika je odgovorilo da su veoma religiozni (17,24%), da nisu religiozni odgovorilo je 50 ili 12,32% ispitanika, a odgovor da uopšte nisu religiozni dalo je 24 ili 5,91% ispitanika (grafik 7).

Svoje zdravstveno stanje kao veoma dobro procenjuje ukupno 187 (36,95%) ispitanika, a kao dobro 124 (27,59%) ispitanika, kao odlično 67 (16,50%) ispitanika, kao loše 23 (5,67%), i kao veoma loše 5 ili 1,23% ispitanika (grafik 8).



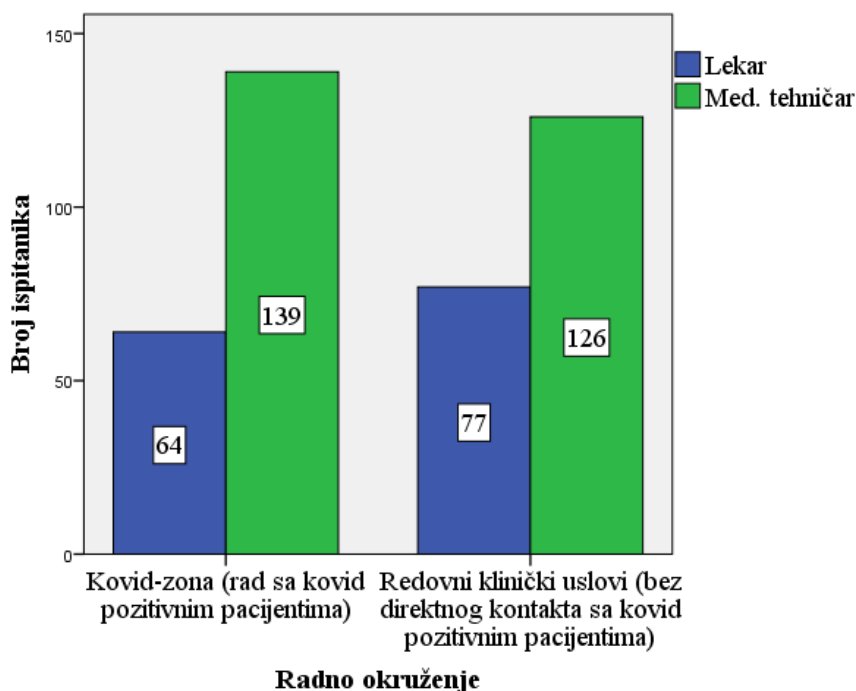
Grafik 7. Religioznost ispitanika



Grafik 8. Samoprocena zdravstvenog stanja ispitanika

4.1.2. Obeležja uzorka koja se odnose na radne uslove

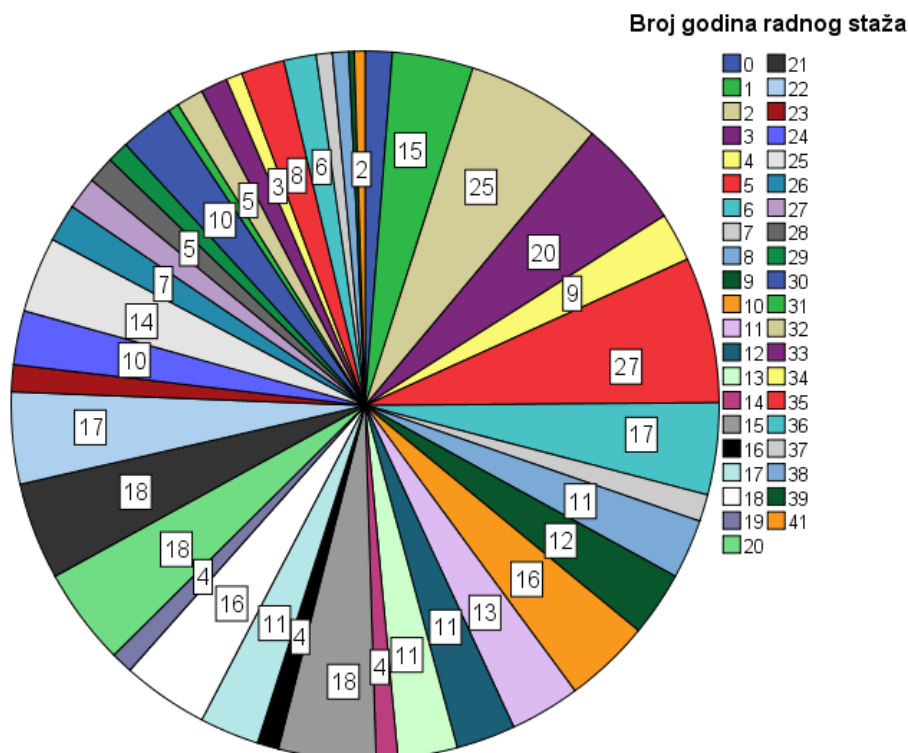
U COVID-19 zoni, tj. u izmenjenim kliničkim uslovima koji su obuhvatali direktan kontakt sa COVID-19 pozitivnim pacijentima, radilo je 203 ispitanika ili polovina uzorka, dok je druga polovina radila u redovnim kliničkim uslovima. Na sledećem grafiku prikazan je broj lekara i medicinskih tehničara koji su radili u različitim radnim okruženjima (grafik 9).



Grafik 9. Profesija i radno okruženje

Kada je u pitanju konkretno zanimanje, među lekarima bilo je 90 lekara opšte prakse i 51 lekar-specijalista, dok je u kategoriji medicinskih tehničara bilo 193 medicinskih sestara-tehničara i 72 strukovne medicinske sestre-tehničara.

Srednja vrednost radnog staža ispitanika bila je 15,26 godina (SD=10,43). Raspon se kretao od 0 do 41 godine radnog staža, sa vrednošću moda od 5 godina radnog staža (27 ispitanika, grafik 10). Medijalna vrednost radnog staža bila je 15 godina, granica prvog kvartila bila je 5,75 godina, a trećeg kvartila 22 godine radnog staža.



Grafik 10. Broj ispitanika po godinama radnog staža

U pogledu radnog statusa, 362 ili 89,2% ispitanika je saopštilo da je zaposleno za stalno, 38 ili 9,4% na određeno vreme, a 6 ili 1,5% ispitanika je prijavilo da su stažisti/volonteri.

Kada je u pitanju smenski rad, 188 ispitanika (46,3%) je prijavilo da radi samo dnevne smene, dok 218 (53,7%) ispitanika i smene koje uključuju noćni rad i dežurstva.

Na pitanje koje se odnosi na dodir sa kontaminiranim materijalom u toku posla, 342 ili 84,2% ispitanika je odgovorilo potvrdno, tj. da je imalo dodira, dok je 64 ili 15,8% odgovorilo da nije bilo u kontaktu sa takvim materijalom.

Kada je u pitanju dislokacija radnog mesta, ukupno 281 ili 69,2% ispitanika je odgovorilo da radi u matičnom odeljenju, dok je 125 ili 30,8% odgovorilo da zbog pandemije radi na drugom odeljenju.

Na pitanje *Da li nakon posla imate dovoljno vremena da se odmorite?*, ukupno 142 (35%) ispitanika je odgovorilo potvrdno, dok je 264 (65%) odgovorilo odrično.

4.1.3. Obeležja ispitanika koja su povezana sa COVID-19 pandemijom

U ovom delu ispitivanja u upitničkom setu postavljen je niz pitanja na kojima su ispitanici odgovarali sa ili *Da* ili *Ne*.

Na pitanje *Da li ste zabrinuti da ćete se zaraziti koronavirusom?*, odgovor *Da* zaokružio je 191 ispitanik, tj. 47% uzorka, a odgovor *Ne* zaokružilo je 215 ispitanika što je 53% uzorka.

Na pitanje *Da li pripadate rizičnoj grupi zbog starosti ili hronične bolesti?*, potvrđan odgovor dalo je 121 (29,8%) ispitanika, dok je 285 (70,2%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste zabrinuti da ćete zaraziti nekog od ljudi sa kojima živite koronavirusom?*, potvrđan odgovor dalo je 302 (74,4%) ispitanika, dok je 104 (25,6%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste bili u izolaciji usled zaraze koronavirusom?*, potvrđan odgovor dalo je 202 (49,8%) ispitanika, dok je 204 (50,2%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste bili hospitalizovani usled zaraze koronavirusom?*, potvrđan odgovor dalo je 23 (5,7%) ispitanika, dok je 383 (94,3%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste primili vakcinu protiv koronavirusa?*, potvrđan odgovor dalo je 313 (77,1%) ispitanika, dok je 93 (22,9%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste pušač?*, odgovor *Da* dalo je 207 (51%) ispitanika, dok je 199 (49%) dalo odgovor *Ne*.

Na pitanje *Ako ste pušač, da li ste povećali upotrebu cigareta?*, odgovor *Da* dalo je 93 (22,9%) ispitanika, dok je 313 (77,1%) dalo odgovor *Ne/Nisam pušač*.

Na pitanje *Da li ste počeli da konzumirate i/ili povećali konzumiranje alkohola od početka pandemije?*, potvrđan odgovor dalo je 33 (8,1%) ispitanika, dok je 373 (91,9%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li ste počeli da koristite i/ili povećali upotrebu anksiolitika od početka pandemije?*, potvrđan odgovor dalo je 87 (21,4%) ispitanika, dok je 319 (78,6%) dalo negativan odgovor.

Na pitanje *Da li imate problema sa spavanjem od početka pandemije?*, potvrđan odgovor dalo je 189 (46,6%) ispitanika, dok je 217 (53,4%) dalo negativan odgovor.

4.2. Deskriptivna statistika korišćenih instrumenata

U tabeli 1 date su informacije o karakteristikama skala tj. instrumenata koji su korišćeni u istraživanju.

Tabela 1. Karakteristike instrumenata tj. skala koje su korišćene u istraživanju

Instrument	Skala	Min	Max	AS	SD	Skj.	Kurt.	α
Upitnik izgaranja na poslu (MBI-HSS)	Emocionalna iscrpljenost	0	54	35,68	11,83	-0,68	0,03	0,90
	Depersonalizacija	0	29	8,82	6,42	0,68	-0,25	0,71
	Lična efikasnost	8	48	37,51	6,33	-0,66	0,96	0,74
Upitnik DAS-42	Depresivnost	0	41	12,38	9,48	0,75	-0,17	0,93
	Anksioznost	0	42	12,86	8,90	0,63	-0,19	0,91
	Stres	0	42	19,92	10,05	0,14	-0,74	0,94
Kratka skala subjektivnog blagostanja	Skala pozitivnog afektiviteta	4	20	13,55	3,65	-0,15	-0,47	0,88
	Skala pozitivnog stava prema životu	5	20	16,56	3,28	-0,82	-0,17	0,86
	Subjektivno blagostanje	11	40	30,11	6,39	-0,15	-0,37	0,91
Kratka skala rezilijentnosti	Rezilijentnost	1	5	3,21	0,74	-0,08	0,00	0,82
Upitnik refleksivne funkcije (RFQ-8)	Hipermentalizacija (RFQ-c)	0	3	1,19	0,88	0,35	-0,96	0,82
	Hipomentlizacija (RFQ-u)	0	2,50	0,57	0,62	1,21	0,68	0,70

Napomena: AS –srednja vrednost, SD –standardna devijacija, Skj. –skjunis (asimetričnost ili nagnutost distribucije), Kurt. –kurtozis (homogenost ili izduženost distribucije), α –Kronbahova alfa.

Vrednosti koeficijenta interne konzistentnosti koji su izraženi kao Kronbahov koeficijent alfa (Cronbach's alpha), kao mere pouzdanosti skala su u rasponu od 0,70 do 0,94. Stoga, vidimo da se pouzdanost navedenih skala kreće od zadovoljavajuće do visoke.

Kod svih skala, osim kod skale hipomentalizacije, vrednosti skjunisa – pokazatelja asimetričnosti distribucije skorova, kreću se između -1 i 1, što ukazuje da su distribucije rezultata zanemarljivo ili prihvatljivo asimetrične u odnosu na normalnu distribuciju. Uzimajući u obzir vrednost skjunisa od 1,21, rezultati na skali hipomentalizacije su blago pomereni ulevo, ka nižim vrednostima (medijana i mod su manji od srednje vrednosti).

Kod svih skala vrednosti pokazatelja homogenosti distribucije skorova oko aritmetičke sredine (kurtozis), tj. vrednosti dimenzija izduženosti (spljoštenosti) distribucije skorova na skalama, kreću se takođe u granicama od -1 do 1, što ukazuje da nema značajnog odstupanja od oblika normalne distribucije, tj. postoji mezokurtičnost korišćenih skala.

4.3. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i u redovnim kliničkim uslovima

U sledećoj tabeli prikazani su rezultati analize statističke značajnosti razlika u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 zoni i zdravstvenih radnika koji su radili van COVID-19 zone, tj. u redovnim kliničkim uslovima.

Tabela 2. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu u COVID-19 zoni i redovnim kliničkim uslovima

Radni uslovi	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost
Rad u COVID-19 zoni	39,29 (8,67)	10,47 (6,35)	37,34 (5,58)
Rad u redovnim uslovima	32,07 (13,40)	7,17 (6,06)	37,68 (7,00)
t-test	6,43**	5,35**	-0,54

Napomena: u kolonama tabele posmatrano odozgo nadole, prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije dimenzija burnouta kod zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 uslovima, zatim kod zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, potom, vrednost i značajnost t statistika. Dve zvezdice označavaju statističku značajnost na nivou 0,01.

Zdravstveni radnici koji su radili sa COVID-19 pacijentima su imali veću emocionalnu iscrpljenost ($t=6,43$, $p<0,01$), kao i viši stepen doživljaja depersonalizacije ($t=7,17$, $p<0,01$), u odnosu na zdravstvene radnike koji su radili u redovnim kliničkim uslovima. Nisu utvrđene statistički značajne razlike u ličnoj efikasnosti kao dimenziji sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 zoni i zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima.

S obzirom da su u ranijim istraživanjima često nalažene polne razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu, proverili smo da li postoje značajne razlike u dimenzijama

sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika u COVID-19 zoni i u redovnim kliničkim uslovima, zasebno na poduzorcima muškaraca i žena (tabele 3 i 4).

Tabela 3. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu u COVID-19 zoni i redovnim kliničkim uslovima kod ženskog pola

Radni uslovi	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost
Rad u COVID-19 zoni	40,08	10,72	5,16
Rad u redovnim uslovima	37,08	8,44	6,69
t-test	2,78**	2,91**	-0,54

Napomena: u kolonama tabele posmatrano odozgo nadole, prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije dimenzija sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 uslovima, zatim kod zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, potom, vrednost i značajnost t statistika. Dve zvezdice označavaju statističku značajnost na nivou 0,01.

U tabeli 3 vidimo da se šema značajnosti razlika dobijena na celokupnom uzorku ponavlja i na poduzorku žena - nađena je statistička značajnost razlika u dimenzijama emocionalne iscrpljenosti ($t=2,78$, $p<0,01$) i depersonalizacije ($t=2,91$, $p<0,01$). Zdravstvene radnice koje rade u COVID-19 zoni su emotivno iscrpljenije i osećaju više depersonalizacije od onih koje rade u redovnim kliničkim uslovima.

U tabeli 4 vidimo da je takva šema razlika nađena i kod muškaraca.

Tabela 4. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu u COVID-19 zoni i redovnim kliničkim uslovima kod muškog pola

Radni uslovi	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost
Rad u COVID-19 zoni	36,07	9,78	6,62
Rad u redovnim uslovima	25,04	5,37	7,46
t-test	5,72**	4,44**	-0,33

Napomena: u kolonama tabele posmatrano odozgo nadole, prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije dimenzija sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 uslovima, zatim kod zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, potom, vrednost i značajnost t statistika. Dve zvezdice označavaju statističku značajnost na nivou 0,01.

S obzirom da se posao lekara i medicinskih tehničara razlikuje, proverili smo da li se značajnosti razlika u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu koje su otkrivene na celokupnom uzorku, javljaju i u ispitivanju tih razlika u poduzorcima lekara i medicinskih tehničara. Nalazi su prikazani u tabelama 5 i 6.

Tabela 5. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu kod lekara u COVID-19 zoni i redovnim uslovima

Radni uslovi	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost
Rad u COVID-19 zoni	38,56	10,28	36,73
Rad u redovnim uslovima	28,14	6,64	37,49
t-test	4,65**	3,39**	-7,14

Napomena: u kolonama tabele posmatrano odozgo nadole, prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije dimenzija sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 uslovima, zatim kod zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, potom, vrednost i značajnost t statistika. Dve zvezdice označavaju statističku značajnost na nivou 0,01.

Vidimo da lekari koji rade u COVID-19 zoni imaju veću emocionalnu iscrpljenost ($t=4,65$, $p<0,01$) i depersonalizaciju ($t=3,39$, $p<0,01$), od lekara koji rade u redovnim kliničkim uslovima (tabela 5).

Tabela 6. Razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu kod medicinskih tehničara u COVID-19 zoni i redovnim uslovima

Radni uslovi	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost
Rad u COVID-19 zoni	39,62	10,55	37,62
Rad u redovnim uslovima	33,87	7,49	37,79
t-test	4,34**	4,04**	-0,22

Napomena: u kolonama tabele posmatrano odozgo nadole, prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije dimenzija sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji su radili u COVID-19 uslovima, zatim kod zdravstvenih radnika koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, potom, vrednost i značajnost t statistika. Dve zvezdice označavaju statističku značajnost na nivou 0,01.

Medicinski tehničari koji rade u COVID-19 zoni osećaju veću emocionalnu iscrpljenost ($t=4,34$, $p<0,01$) i depersonalizaciju ($t=4,04$, $p<0,01$), od medicinskih tehničara koji rade u redovnim kliničkim uslovima (tabela 6).

Rezultati pokazuju da se nivo statističke značajnosti razlika u emocionalnoj iscrpljenosti i depersonalizaciji između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i zdravstvenih radnika koji rade u redovnim kliničkim uslovima, javlja nezavisno od pola ili profesije zdravstvenih radnika. Nalazi ukazuju da rad u COVID-19 zoni povećava nivo emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije u odnosu na rad u redovnim kliničkim uslovima, nezavisno od toga da li su u pitanju žene ili muškarci, kao i nezavisno od toga da li su u pitanju lekari ili medicinski tehničari.

4.4. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa indikatorima – stresom, anksioznošću i depresijom

Kako je pretpostavljeno, emocionalna iscrpljenost je pozitivno povezana sa depresijom ($r=0,48$, $p<0,01$), anksioznošću ($r=0,43$, $p<0,01$) i stresom ($r=0,48$, $p<0,01$). Ti nalazi ukazuju na sledeće: a) kod ispitanika se porast emocionalne iscrpljenosti i povećanje depresije dešavaju zajedno, kao i njihovo opadanje – opadanje emocionalne iscrpljenosti obuhvata i slabljenje depresije; b) kod ispitanika se porast emocionalne iscrpljenosti i rast anksioznosti dešavaju zajedno, kao i njihovo opadanje – opadanje emocionalne iscrpljenosti obuhvata i opadanje anksioznosti; c) rast emocionalne iscrpljenosti kod ispitanika podrazumeva sve više stresa, dok opadanje emocionalne iscrpljenosti obuhvata i opadanje stresa.

Tabela 7. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa stresom, anksioznošću i depresijom

Skala	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost	Stres	Anksioznost	Depresija
Depersonalizacija	0,46**					
Lična efikasnost	-0,22**	-0,28**				
Stres	0,53**	0,35**	-0,34**			
Anksioznost	0,43**	0,26**	-0,20**	0,72**		
Depresija	0,48**	0,36**	-0,32**	0,77**	0,76**	

Kako je pretpostavljeno, depersonalizacija je pozitivno povezana sa depresijom ($r=0,36$, $p<0,01$), anksioznošću ($r=0,26$, $p<0,01$) i stresom ($r=0,35$, $p<0,01$). Ti nalazi ukazuju na sledeće: a) kod ispitanika se porast depersonalizacije i rast depresije dešavaju zajedno, kao i njihovo opadanje – opadanje depersonalizacije obuhvata i slabljenje depresije; b) kod ispitanika se porast depersonalizacije i rast anksioznosti dešavaju zajedno, kao i njihovo opadanje – opadanje depersonalizacije obuhvata i opadanje anksioznosti; c) rast

depersonalizacije kod ispitanika podrazumeva sve više iskustava stresa, a njeno opadanje obuhvata i opadanje iskustava koja se odnose na stres.

Lična efikasnost je povezana negativno sa depresijom ($r=-0,32$, $p<0,01$), anksioznošću ($r=-0,20$, $p<0,01$) i stresom ($r=-0,34$, $p<0,01$). Ti nalazi podrazumevaju sledeće: a) kod ispitanika se rast lične efikasnosti dešava zajedno sa slabljenjem iskustava koja se odnose na depresiju, dok se opadanje doživljaja lične efikasnosti javlja zajedno sa porastom iskustava koja se odnose na depresiju; b) jačanje doživljaja lične efikasnosti se događa zajedno sa slabljenjem anksioznosti, dok slabljenje doživljaja lične efikasnosti se javlja zajedno sa jačanjem anksioznosti, c) jačanje doživljaja lične efikasnosti se javlja zajedno sa opadanjem ili slabljenjem iskustva stresa, takođe, opadanje lične efikasnosti obuhvata porast ili jačanje iskustava stresa.

4.5. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa rezilijentnošću, subjektivnim blagostanjem i mentalizacijom

Kako je očekivano, emocionalna iscrpljenost je negativno povezana sa rezilijentnošću ($r=-0,38$, $p<0,01$), pozitivnim afektivitetom ($r=-0,40$, $p<0,01$), pozitivnim stavom prema životu ($r=-0,26$, $p<0,01$) i subjektivnim blagostanjem ($r=-0,36$, $p<0,01$). To znači da emocionalna iscrpljenost opada sa porastom rezilijentnosti, sa rastom pozitivnog afektiviteta, sa jačanjem pozitivnog stava prema životu, te sa rastom subjektivnog blagostanja. Takođe, rast emocionalne iscrpljenosti dešava se zajedno sa opadanjem rezilijentnosti, sa opadanjem pozitivnog afektiviteta, sa slabljenjem pozitivnog stava prema životu, te i sa padom subjektivnog blagostanja.

Emocionalna iscrpljenost je negativno povezana i sa hipermentalizacijom kao vidom lošeg kapaciteta za mentalizaciju ($r=-0,21$, $p<0,01$). Kada emocionalna iscrpljenost raste, hipermentalizacija opada, a takođe, kada emocionalna iscrpljenost opada hipermentalizacija raste.

Kako je pretpostavljeno, emocionalna iscrpljenost je pozitivno povezana sa hipomentalizacijom ($r=0,24$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da se kod ispitanika zajedno dešavaju porast lošeg kapaciteta za mentalizaciju u vidu hipomentalizacije i rast emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu, a takođe i njihovo opadanje se odvija zajedno.

U skladu sa očekivanjima, depersonalizacija je negativno povezana sa rezilijentnošću ($r=-0,11$, $p<0,05$), pozitivnim afektivitetom ($r=-0,18$, $p<0,01$), pozitivnim stavom prema životu ($r=-0,17$, $p<0,01$) i subjektivnim blagostanjem ($r=-0,19$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da depersonalizacija opada sa porastom rezilijentnosti, sa rastom pozitivnog afektiviteta, sa jačanjem pozitivnog stava prema životu, te sa rastom subjektivnog blagostanja. Takođe, rast depersonalizacije dešava se zajedno sa opadanjem rezilijentnosti, sa opadanjem pozitivnog afektiviteta, sa slabljenjem pozitivnog stava prema životu, te i sa padom subjektivnog blagostanja.

Depersonalizacija je negativno korelirana i sa hipermentalizacijom ($r=-0,23$, $p<0,01$). Rast depersonalizacije podrazumeva opadanje hipermentalizacije, dok se opadanje depersonalizacije javlja zajedno sa rastom hipermentalizacije.

Kako se očekivalo, depersonalizacija je pozitivno povezana sa hipomentalizacijom ($r=0,25$, $p<0,01$). Depersonalizacija i hipomentalizacija ili rastu zajedno, ili opadaju zajedno.

Lična efikasnost je pozitivno povezana sa rezilijentnošću ($r=0,27$, $p<0,01$), pozitivnim afektivitetom ($r=0,43$, $p<0,01$), pozitivnim stavom prema životu ($r=0,41$, $p<0,01$) i subjektivnim blagostanjem ($r=0,46$, $p<0,01$), što je očekivano. Doživljaj lične efikasnosti raste zajedno sa jačanjem rezilijentnosti, sa rastom pozitivnog afektiviteta, sa jačanjem pozitivnog stava prema životu, te sa rastom subjektivnog blagostanja. Takođe, lična efikasnost opada zajedno sa opadanjem rezilijentnosti, sa opadanjem pozitivnog afektiviteta, sa slabljenjem pozitivnog stava prema životu, te i sa padom subjektivnog blagostanja.

Neočekivano, lična efikasnost je pozitivno povezana i sa hipermentalizacijom ($r=0,27$, $p<0,01$). Doživljaj lične efikasnosti i hipermentalizacija ili zajedno opadaju ili zajedno rastu.

Tabela 8. Povezanost dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa rezilijentnošću, mentalizacijom i subjektivnim blagostanjem

Skala	Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Lična efikasnost	Rezilijentnost	Hipermentalizacija	Hipomenalizacija	Pozitivan afektivitet	Pozitivan stav prema životu
Depersonalizacija	0,46**							
Lična efikasnost	-0,22**	-0,28**						
Rezilijentnost	-0,38**	-0,11*	0,27**					
Hipermentalizacija	-0,21**	-0,23**	0,32**	0,36**				
Hipomenalizacija	0,24**	0,25**	-0,20**	-0,27**	-0,61**			
Pozitivan afektivitet	-0,40**	-0,18**	0,43**	0,44**	0,28**	-0,19**		
Pozitivan stav prema životu	-0,26**	-0,17**	0,41**	0,34**	0,28**	-0,18**	0,69**	
Subjektivno blagostanje	-0,36**	-0,19**	0,46**	0,43**	0,30**	-0,20**	0,92**	0,91**

4.6. Povezanost rezilijentnosti sa indikatorima mentalnog zdravlja

Rezilijentnost je u značajnoj negativnoj korelaciji sa negativnim indikatorima mentalnog zdravlja: stresom ($r=-0,53$, $p<0,01$), anksioznošću ($r=-0,51$, $p<0,01$), depresijom ($r=-0,51$, $p<0,01$) i hipomentalizacijom ($r=-0,27$, $p<0,01$); dok je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa pozitivnim pokazateljima mentalnog zdravlja: pozitivnim afektivitetom ($r=0,44$, $p<0,01$), pozitivnim stavom prema životu ($r=0,34$, $p<0,01$) i subjektivnim blagostanjem ($r=0,43$, $p<0,01$). Ti nalazi ukazuju da kada postoji rast rezilijentnosti, opadaju negativni indikatori mentalnog zdravlja – depresija, anksioznost i stres, dok istovremeno rastu pozitivni pokazatelji mentalnog zdravlja – pozitivni afektivitet, pozitivan stav prema životu i subjektivno blagostanje.

Tabela 9. Rezilijentnost i indikatori mentalnog zdravlja

Skala	Hipermentalizacija	Hipomentalizacija	Stres	Anksioznost	Depresija	Pozitivan afektivitet	Pozitivan stav prema životu	Subjektivno blagostanje
Hipomentalizacija	-0,61**							
Stres	-0,49**	0,53**						
Anksioznost	-0,43**	0,46**	0,72**					
Depresija	-0,44**	0,47**	0,77**	0,76**				
Pozitivan afektivitet	0,28**	-0,19**	-0,50**	-0,34**	-0,52**			
Pozitivan stav prema životu	0,28**	-0,18**	-0,43**	-0,32**	-0,53**	0,69**		
Subjektivno blagostanje	0,30**	-0,20**	-0,51**	-0,36**	-0,57**	0,92**	0,91**	
Rezilijentnost	0,36**	-0,27**	-0,53**	-0,51**	-0,51**	0,44**	0,34**	0,43**

Nalazi ukazuju da kada rezilijentnost slabi, jačaju depresija, anksioznost i stres; dok istovremeno, opada nivo pozitivnog afektiviteta, slabi pozitivan stav prema životu i opada subjektivno blagostanje.

Rezilijentnost je u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa hipermentalizacijom ($r=0,36$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da rezilijentnost i hipermentalizacija ili rastu ili opadaju zajedno.

Jačanje rezilijentnosti javlja se zajedno sa slabljenjem hipomentalizacije, a takođe, slabljenje rezilijentnosti ide zajedno sa rastom hipomentalizacije, što je očekivano ($r=-0,27$, $p<0,01$).

4.7. Povezanost uslova rada, sociodemografskih obeležja i COVID-19 obeležja sa dimenzijama sagorevanja na radu

4.7.1. Povezanost sociodemografskih obeležja sa dimenzijama sagorevanja na radu

Emocionalna iscrpljenost je značajno pozitivno povezana sa polom ($r=0,38$, $p<0,01$), dok je značajno negativno povezana sa socioekonomskim statusom ($r=-0,22$, $p<0,01$) i samoprocenom zdravstvenog stanja ($r=-0,22$, $p<0,01$). Nalazi ukazuju da je emocionalna iscrpljenost veća kod ženskog pola, zatim, da emocionalna iscrpljenost raste što je socioekonomski status ispitanika niži, a zdravstveno stanje lošije. Doživljaj emocionalne iscrpljenosti opada kod muškog pola, sa boljom samoprocenom socioekonomskog statusa i sa povoljnijom samoprocenom svog zdravstvenog stanja.

Tabela 10. Korelacija sociodemografskih obeležja i sagoravanja na radu

	Pol	Starost	Bračni status	Broj dece	Broj ukućana	Socioekonomski status	Religioznost	Zdravstveno stanje
Starost	0,02							
Bračni status	-0,06	-0,18**						
Broj dece	0,12**	0,46**	-0,48**					
Broj ukućana	0,16**	0,02	-0,33**	0,50**				
Socioekonomski status	-0,13**	-0,10*	0,01	-0,05	0,01			
Religioznost	0,07	-0,03	-0,04	0,03	0,13**	0,09		
Zdravstveno stanje	-0,03	-0,15**	0,11*	-0,11*	-0,01	0,20**	-0,00	
Emocionalna iscrpljenost	0,38**	0,02	-0,06	0,00	0,02	-0,22**	0,04	-0,22**
Depersonalizacija	0,19**	-0,10*	0,09	-0,17**	-0,06	-0,07	-0,00	-0,03
Lična efikasnost	0,02	0,17**	-0,07	0,21**	0,20**	0,10*	0,14**	0,07

Depersonalizacija je značajno pozitivno povezana sa polom ($r=0,19$, $p<0,01$), a negativno sa starošću ispitanika ($r=-0,10$, $p<0,01$) i brojem dece ($r=-0,17$, $p<0,01$). Nalazi ukazuju da sa ženskim polom ide i više doživljaja depersonalizacije, a da se depersonalizacija smanjuje sa porastom starosti ispitanika i sa rastom broja njihove dece.

Lična efikasnost je značajno pozitivno povezana sa starošću ispitanika ($r=0,17$, $p<0,01$), brojem dece ($r=0,21$, $p<0,01$), brojem ukućana ($r=0,20$, $p<0,01$), socioekonomskim statusom ($r=0,10$, $p<0,01$) i religioznošću ispitanika ($r=0,14$, $p<0,01$). Nalazi ukazuju da doživljaj lične efikasnosti raste sa starošću ispitanika, sa brojem njihove dece, sa rastom broja njihovih ukućana, sa većim socioekonomskim statusom i sa porastom njihove religioznosti. Takođe, sa opadanjem starosti ispitanika, sa opadanjem broja dece koju imaju, sa opadanjem broja njihovih ukućana, sa slabljenjem njihovog socioekonomskog statusa i sa smanjivanjem njihove religioznosti, opada doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu.

4.7.2. Povezanost uslova rada sa dimenzijama sindroma sagoravanja na radu

Emocionalna iscrpljenost je najviše značajno povezana sa odgovorom na pitanje *Da li imate dovoljno vremena za odmor?* ($r=0,40$ $p<0,01$); dok je najviše negativno povezana sa radnim okruženjem ($r=-0,30$, $p<0,01$), a zatim sa pitanjem da li ispitanik tokom rada dolazi u kontakt sa kontaminiranim materijalom ($r=-0,21$, $p<0,01$), pa zatim sa radnim statusom ($r=-0,16$, $p<0,01$). Ovi nalazi ukazuju da je emocionalna iscrpljenost veća kada ispitanici procenjuju da nemaju dovoljno vremena da se odmore nakon posla, zatim, kada rade u COVID-19 zoni, kada dolaze u kontakt sa kontaminiranim materijalom, kao i kada su zaposleni za stalno (tj. na neodređno vreme).

Tabela 11. Korelacija obeležja radnih uslova i dimenzija sindroma sagorevanja na radu

	Radni status	Radni staž	Profesija	Radno okruženje	Smenski rad	Kontaminirani materijal	Dislokacija radnog mesta	Vreme za odmor
Radni staž	-0,30**							
Profesija	-0,00	0,19**						
Radno okruženje	0,13**	0,07	-0,06					
Smenski rad	0,05	-0,26**	0,02	-0,21**				
Kontaminiran materijal	0,07	0,04	-0,25**	0,28**	-0,23**			
Dislokacija radnog mesta	-0,07	-0,01	0,06	-0,30**	0,12*	-0,14**		
Vreme za odmor	0,00	-0,12*	0,10*	-0,20**	0,16**	-0,09	0,10*	
Emocionalna iscrpljenost	-0,16**	0,05	0,14**	-0,30**	0,11*	-0,21**	0,14**	0,40**
Depersonalizacija	-0,13**	-0,07	0,06	-0,25**	0,13**	-0,05	0,08	0,14**
Lična efikasnost	0,01	0,16**	0,04	0,02	-0,06	0,03	0,02	-0,00

Emocionalna iscrpljenost je pozitivno povezana sa profesijom ($r=0,14$, $p<0,01$), što ukazuje da su medicinski tehničari iscrpljeniji od lekara; zatim, sa dislokacijom radnog mesta ($r=0,14$, $p<0,01$), što ukazuje da je iscrpljenost veća kod ispitanika koji su premešteni na druga odeljenja zbog pandemije, kao i sa smenskim radom ($r=0,11$, $p<0,05$), što ukazuje da su

ispitanici koji rade pored dnevnih i u noćnim smenama iscrpljeniji od onih koji rade samo dnevne smene.

Depersonalizacija je značajno negativno povezana sa pomenutom varijablom radnog okruženja ($r=-0,25$, $p<0,01$), zatim sa polom ($r=-0,13$, $p<0,01$), dok je pozitivno povezana sa nedostatkom vremena za odmor ($r=0,14$, $p<0,01$) i radom koji obuhvata noćne smene ($r=0,13$, $p<0,01$). Ti nalazi ukazuju da je depersonalizacija veća kod ispitanika koji rade u COVID-19 zoni u odnosu na ispitanike koji rade u redovnim kliničkim uslovima, zatim, da je depersonalizacija veća kod ženskog pola, da depersonalizacija kod ispitanika raste sa jačanjem doživljaja da im nedostaje vremena za odmor nakon posla, te da ispitanici koji rade i u noćnim smenama imaju više depersonalizacije nego ispitanici koji rade samo dnevne smene.

Doživljaj lične efikasnosti je značajno pozitivno povezan sa brojem godina radnog staža ($r=0,16$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa povećanjem radnog staža kod ispitanika jača njihov doživljaj lične efikasnosti.

4.7.3. Povezanost obeležja koja se odnose na COVID-19 sa dimenzijama sindroma sagorevanja na radu

Emocionalna iscrpljenost je u značajnoj negativnoj korelaciji sa varijablom koja je operacionalizovana pitanjem koje se odnosi na postojanje zabrinutosti da će svoje ukućane ispitanik zaraziti koronavirusom ($r=-0,31$, $p<0,01$), zatim, sa pitanjem koje se odnosi na teškoće sa spavanjem ($r=-0,35$, $p<0,01$), kao i sa pitanjem povećanja upotrebe anksiolitika ($r=-0,20$, $p<0,01$), te i sa pitanjem koje se odnosi na povećanje konzumiranja cigareta ($r=-0,11$, $p<0,05$). Nalazi ukazuju da se rast emocionalne iscrpljenosti kod ispitanika javlja zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, zatim, sa porastom njihovih teškoća sa spavanjem, sa povećanjem upotrebe anksiolitika, a kod pušača i sa nemogućnošću da povećaju konzumiranje cigareta.

Tabela 12. Korelacije COVID-19 varijabli i dimenzija sagorevanja na radu

	Emocionalna iscrpljenost	Deperso- nalizacija	Lična efikasnost
Da li pripadate rizičnoj grupi zbog starosti ili hronične bolesti?	-0,16**	-0,04	-0,01
Da li ste zabrinuti da ćete zaraziti nekog od ljudi sa kojima živite koronavirusom?	-0,31**	-0,15**	0,01
Da li ste bili u izolaciji usled zaraze koronavirusom?	0,01	-0,00	0,04
Da li ste bili hospitalizovani usled zaraze koronavirusom?	-0,05	-0,06	0,03
Da li ste primili vakcinu protiv koronavirusa?	-0,09	-0,02	0,00
Da li ste pušač?	-0,00	0,00	-0,00
Ako ste pušač, da li ste povećali upotrebu cigareta?	-0,11*	-0,10*	0,04
Da li ste počeli da konzumirate i/ili povećali konzumiranje alkohola od početka pandemije?	-0,06	-0,01	0,09
Da li ste počeli da koristite i/ili povećali upotrebu anksiolitika od početka pandemije?	-0,20**	-0,07	0,07
Da li imate problema sa spavanjem od početka pandemije?	-0,35**	-0,14**	0,00

Depersonalizacija je u značajnoj negativnoj korelaciji sa varijablom koja je operacionalizovana pitanjem koje se odnosi na postojanje zabrinutosti ispitanika da će svoje ukućane zaraziti koronavirusom ($r=-0,15$, $p<0,01$), zatim, sa pitanjem koje se odnosi na teškoće sa spavanjem ($r=-0,14$, $p<0,01$), te i sa pitanjem koje se odnosi na povećanje

konzumiranja cigareta ($r=-0,10$, $p<0,05$). Ti nalazi ukazuju da se rast depersonalizacije kod ispitanika javlja zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, sa javljanjem teškoća sa spavanjem, kao i kod pušača koji imaju povećanje konzumiranja cigareta.

Nije bilo značajnih korelacija između varijabla koje se odnose na COVID-19 i lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu.

4.8. Analize regresije dimenzija sindroma sagorevanja na radu na osnovu svih ispitivanih obeležja

U sledeća tri poglavlja prikazani su rezultati analize regresije dimenzija sagorevanja na radu na osnovu svih ispitivanih obeležja istraživanja (metod *stepwise*, tabele 13, 14 i 15). U svakoj regresionoj analizi prediktori su izdvojeni redosledom prema značaju t statistika (p vrednost).

4.8.1. Analiza regresije emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu

U sledećoj tabeli prikazani su rezultati analize regresije emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu. Izdvojeno je 11 značajnih prediktora emocionalne iscrpljenosti. Statistička značajnost t statistika bila je manja od 0,01 za svaki prediktor. Regresioni model objašnjava 52% varijanse emocionalne iscrpljenosti (adj. $R^2=0,52$, $p<0,01$). Vrednosti statistika VIF (*variance inflation factor*) su manje od 5, što ukazuje da nije bilo problema multikolinearnosti. Vrednost Durbin-Votsonovog statistika (*Durbin-Watson*=1,99) je u granicama od 1,5 do 2,5, što ukazuje da nije bilo problema autokorelacije.

Tabela 13. Model regresije emocionalne iscrpljenosti

Prediktori:	beta (β)	t	VIF
Stres	0,38**	8,42	1,72
Pitanje dovoljnog odmora nakon posla	0,24**	6,75	1,13
Pol ispitanika	0,30**	7,54	1,38
Pozitivan afektivitet	-0,17**	-4,42	1,39
Radno okruženje (COVID-19 ili redovni uslovi)	-0,14**	-3,77	1,16
Starost ispitanika	0,07**	1,95	1,27
Obrazovanje ispitanika	0,13**	3,46	1,35
Kontakt sa kontaminiranim materijalom	-0,11**	-3,00	1,15
Pripadnost rizičnoj grupi	-0,09**	-2,39	1,19
Povećanje upotrebe cigareta	0,08**	2,22	1,09
Hipermentalizacija	0,08**	1,98	1,09
R²	0,53**		
adj. R²	0,52**		
F Ch.	3,94**		
Durbin-Watson	1,99		

Skлонost doživljavanju stresa, ili vulnerabilnost na stresore, kao osobina ličnosti koja je ispitana odgovarajućom subskalom instrumenta DASS, predstavlja najznačajniji prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu ($\beta=0,38$, $p<0,01$).

Nalaz ukazuje da što je veća opšta sklonost prema doživljavanju stresa, kod ispitanika je veća emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sagorevanja na radu.

Drugi prediktor po značaju za objašnjenje varijanse emocionalne iscrpljenosti je pol ispitanika ($\beta=0,30$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da se kod ženskog pola javlja više emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu.

Sledeći prediktor po značaju za objašnjenje varijanse emocionalne iscrpljenosti je odgovor na konkretno pitanje da li ispitanik ima dovoljno vremena da se odmori nakon posla. Kada ispitanici procenjuju da nemaju dovoljno vremena da se odmore nakon posla, njihova emocionalna iscrpljenost je veća ($\beta=0,24$, $p<0,01$).

Pozitivan afektivitet ispitanika koji je ispitan odgovarajućom subskalom upitnika subjektivnog blagostanja, predstavlja značajan prediktor njihove emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,17$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da je sa nižim pozitivnim afektivitetom, emocionalna iscrpljenost ispitanika veća.

Radno okruženje je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,14$, $p<0,01$). Emocionalna iscrpljenost je manja ukoliko ispitanici rade u redovnim kliničkim uslovima, a ne u COVID-19 zoni. Rad u COVID-19 zoni predviđa veću emocionalnu iscrpljenost.

Obrazovanje ispitanika je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,13$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa višim stepenom obrazovanja, kod ispitanika javlja se više emocionalne iscrpljenosti na radu. To je logično, jer veće obrazovanje podrazumeva odgovornije pozicije u organizaciji rada i veću složenost poslova.

Rad koji podrazumeva kontakt sa kontaminiranim materijalom je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,11$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da ukoliko u toku svog rada ispitanici imaju kontakt sa kontaminiranim materijalom, njihova emocionalna iscrpljenost je veća.

Pripadnost rizičnim grupama zbog starosti ili hronične bolesti je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,09$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da ispitanici koji pripadaju tim rizičnim grupama doživljavaju više emocionalne iscrpljenosti.

Povećanje upotrebe cigareta je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,08$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da pušači koji nisu povećali upotrebu cigareta doživljavaju više emocionalne iscrpljenosti.

Hipermentalizacija je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,08$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa većim stepenom hipermentalizacije kao oblika narušenog kapaciteta za mentalizaciju, kod ispitanika se javlja i više emocionalne iscrpljenosti na radu.

Starost ispitanika je značajan prediktor emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,07$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa većom starošću ispitanika, njihova emocionalna iscrpljenost na radu je veća.

4.8.2. Analiza regresije depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu

Putem analize regresije depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, napravljen je model u kojem ima sedam statistički značajnih prediktora (tabela 14). Vrednost VIF statistika kod svakog prediktora je manji od 5, što ukazuje da nije bilo problema multikolinearnosti. Vrednost Durbin-Votsonovog statistika je između 1,5 i 2,5 što ukazuje da nije bilo problema autokorelacije (*Durbin-Watson*=2,11). Model regresije depersonalizacije objašnjava približno 23% njene varijanse ($Adj R^2=0,23$, $p<0,05$).

Tabela 14. Model regresije depersonalizacije

Prediktori:	beta (β)	t	VIF
Depresivnost	0,25**	3,63	2,63
Radno okruženje	-0,17**	-3,86	1,06
Broj dece	-0,16**	-3,64	1,12
Pol	0,12**	2,75	1,09
Radni status	-0,10*	-2,19	1,10
Rezilijentnost	0,13*	2,46	1,48
Stres	0,15*	2,06	2,80
R²	0,24*		
adj. R²	0,23*		
F Ch.	4,25*		
Durbin-Watson	2,11		

Skлонost prema doživljavanju depresije, koja je ispitana odgovarajućom skalom instrumenta DASS, u ovom modelu predstavlja značajan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, koji u modelu objašnjava najviše njene varijanse ($\beta=0,25$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da što je veća sklonost prema depresiji, kod ispitanika je veća i sklonost prema doživljavanju depersonalizacije na radu.

Radno okruženje je sledeći značajan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,17$, $p<0,01$). Depersonalizacija je manja ukoliko ispitanici rade u redovnim kliničkim uslovima, a ne u COVID-19 zoni. Rad u COVID-19 zoni predviđa veću depersonalizaciju.

Broj dece koji ispitanici imaju, predstavlja sledeći značajan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu ($\beta=-0,16$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa više dece koju imaju ispitanici, slabiji je njihov doživljaj depersonalizacije na poslu.

Skлонost doživljavanju stresa ili vulnerabilnost na stresore, kao osobina ličnosti koja je ispitana odgovarajućom subskalom instrumenta DASS, predstavlja sledeći značajan prediktor depersonalizacije ($\beta=0,15$, $p<0,05$). Nalaz ukazuje da što je veća opšta sklonost prema

doživljavanju stresa, kod ispitanika je veća depersonalizacija kao dimenzija sagorevanja na radu.

Rezilijentnost je neočekivano značajan pozitivan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu ($\beta=0,13$, $p<0,05$). Nalaz ukazuje da je sa većom rezilijentnošću ispitanika, veći njihov doživljaj depersonalizacije. Iako je osnovna korelacija (tj. korelacija nultog reda) rezilijentnosti i depersonalizacije očekivano negativna ($r=-0,14$, $p<0,05$), u ovom modelu parcijalna korelacija rezilijentnosti i depersonalizacije je pozitivna i niska ($r_{\text{part}}=0,10$, $p<0,05$). Tj. kada se u modelu otkloni delovanje drugih prediktora na depersonalizaciju a sa kojima je rezilijentnost takođe povezana, preostali deo varijanse rezilijentnosti je u pozitivnoj vezi sa preostalim delom varijanse depersonalizacije. S obzirom da je rezilijentnost negativno povezana sa depresijom i stresom kao negativnim indikatorima mentalnog zdravlja koji u ovom modelu neposredno podstiču depersonalizaciju, ovaj nalaz pokazuje da sa povećanjem rezilijentnosti ispitanici imaju i veću svest o svojim doživljajima depersonalizacije u međuljudskim odnosima na poslu, što deluje na povišenje njihovih skorova depersonalizacije na upitniku sindroma sagorevanja na radu.

Pol je značajan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu ($\beta=0,12$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da je kod ispitanika ženskog pola doživljaj depersonalizacije izraženiji.

Radni status je značajan prediktor depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu ($\beta=-0,10$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da ispitanici koji imaju stalno zaposlenje (tj. ugovor na neodređeno) imaju manje doživljaja depersonalizacije u međuljudskim odnosima na poslu, u odnosu na zaposlene koji nemaju stalan posao (zaposleni na određeno vreme, stažisti/volonteri).

4.8.3. Analiza regresije lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu

U sledećoj tabeli prikazani su rezultati analize regresije lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu. Izdvojeno je 7 značajnih prediktora lične efikasnosti (tabela 15). Regresioni model objašnjava 31% varijanse lične efikasnosti (adj. $R^2=0,31$, $p<0,05$). Vrednosti statistika VIF (*variance inflation factor*) su manje od 5, što ukazuje da nije bilo problema multikolinearnosti. Vrednost Durbin-Votsonovog statistika je u granicama od 1,5 do 2,5, što ukazuje da nije bilo problema autokorelacije (*Durbin-Watson=2,06*).

Tabela 15. Model regresije lične efikasnosti

Prediktori:	beta (β)	t	VIF
Subjektivno blagostanje	0,40**	9,06	1,15
Hipermentalizacija	0,18**	4,25	1,15
Broj ukućana	0,15**	3,79	1,02
Starost	0,14**	3,39	1,12
Religioznost	0,10*	2,42	1,03
Problemi sa spavanjem	-0,10*	-2,40	1,05
Radni status	0,10*	2,36	1,09
R²	0,32*		
adj. R²	0,31*		
F Ch.	4,28*		
Durbin-Watson	2,06		

Subjektivno blagostanje je prvi značajan prediktor lične efikasnosti kao sindroma dimenzije sagorevanja na radu i u datom modelu objašnjava najviše njene varijanse ($\beta=0,40$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa rastom doživljaja subjektivnog blagostanja, raste i doživljaj lične efikasnosti na poslu. Važi i obrnuto, što je subjektivno blagostanje kod ispitanika slabije izraženo, slabi i njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu.

Hipermentalizacija je značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,18$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa rastom hipermentalizacije kao forme narušenog kapaciteta za mentalizaciju, kod ispitanika raste i njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu. S obzirom da se hipermentalizacija odnosi na preteranu i bezupitnu sigurnost u vlastitu procenu mentalnih stanja, kako svojih tako i tuđih, može se reći da kada kod ispitanika raste neopravdana uverenost o tome šta oni sami i njihovi sagovornici osećaju i misle, raste im i uverenost o njihovoj vlastitoj efikasnosti na poslu. Takođe, kada ispitanici ne postavljaju čvrste i neproverene teorije o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima, smanjuje se njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu.

Broj ukućana sa kojima ispitanici žive, predstavlja značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,15$, $p<0,01$). Nalaz ukazuje da sa rastom broja

ukućana, kod ispitanika raste i doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu. Nalaz ukazuje da važi i sledeće: što je broj ukućana u domu ispitanika manji, slabi doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu.

Starost ispitanika predstavlja značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,14$, $p<0,01$). Što su ispitanici stariji, njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu je povoljniji.

Odgovor na pitanje *Da li imate problema sa spavanjem od početka epidemije? (mogući odgovori: 1. Da, 2. Ne)*, u ovom modelu predstavlja značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=-0,10$, $p<0,05$). Nalaz ukazuje da ispitanici koji nemaju probleme sa spavanjem u toku pandemije, imaju slabiji doživljaj lične efikasnosti. Ispitanici koji izveštavaju da imaju problema sa spavanjem ujedno izveštavaju da imaju veću ličnu efikasnost na poslu.

Odgovor na pitanje *Kako ocenjujete svoj stepen religioznosti na skali od 1 do 5, gde broj 1 znači uopšte nisam religiozan/na, a broj 5 veoma sam religiozan/na*, predstavlja značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,10$, $p<0,05$). Nalaz ukazuje da sa rastom stepena religioznosti, kod ispitanika raste njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu. Nalaz ukazuje i na sledeće: sa slabijom religioznošću, kod ispitanika slabi i doživljaj lične efikasnosti na poslu.

Radni status ispitanika predstavlja značajan prediktor lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu ($\beta=0,10$, $p<0,05$). Nalaz ukazuje da ispitanici koji nemaju stalno zaposlenje imaju povoljniji doživljaj lične efikasnosti od ispitanika koji imaju stalan posao.

5. DISKUSIJA

U našem radu ispitivani su odnosi između dimenzija sindroma sagorevanja na radu i pozitivnih i negativnih indikatora mentalnog zdravlja. Ciljevi su bili da ispitamo razlike u stepenu izraženosti sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i onih koji rade u redovnim kliničkim uslovima, kao i da ispitamo povezanost sindroma sagorevanja na radu sa nekim osobinama ličnosti na uzorku zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19. Takođe, naš konačni cilj je bio da utvrdimo koje varijable daju najveći doprinos predikciji sindroma sagorevanja na radu u ovoj populaciji.

5.1. Razlike u izraženosti sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i onih koji rade u redovnim kliničkim uslovima

Sindrom sagorevanja na radu i mentalno zdravlje zdravstvenih radnika koji se bore na prvim linijama pandemije COVID-19 predstavljaju glavnu brigu u oblastima mentalnog zdravlja na radu i problem koji zahteva dodatnu pažnju (Zhang et al., 2021). Kao što je ranije pomenuto u teorijskom delu našeg rada, novi nalazi o sindromu sagorevanja su pokazali da je prevalencija sagorevanja na radu među zdravstvenim radnicima dodatno porasla u različitim zemljama tokom pandemije COVID-19 u poređenju sa vremenom pre pandemije (Safiye et al., 2021; Salazar de Pablo et al., 2020; Matsuo et al., 2020; Brera et al., 2021), kao i da su zdravstveni radnici koji su se bavili brigom o pacijentima koji imaju COVID-19 imali i znatno veće nivoe sagorevanja na radu od onih koji nisu radili sa COVID-19 pacijentima (Nishimura et al., 2021; Di Giuseppe et al., 2021).

U našem istraživanju je potvrđena prva postavljena hipoteza da zdravstveni radnici koji su radili sa COVID-19 pacijentima imaju viši nivo sindroma sagorevanja na radu u odnosu na zdravstvene radnike koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, tačnije u našem istraživanju se pokazalo da su imali veću emocionalnu iscrpljenost i depersonalizaciju što su ključne dimenzije sindroma sagorevanja na radu. Kada je u pitanju doživljaj lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, nisu utvrđene statistički značajne razlike između ove dve grupe zdravstvenih radnika. Ovi naši nalazi su u skladu sa rezultatima istraživanjima koja su sprovedena širom sveta (Di Giuseppe et al., 2021; Trumello et al., 2020; Nishimura et al., 2021).

Kao što je bilo i očekivano na osnovu nalaza drugih istraživanja, rad u COVID-19 zoni značajno objašnjava stepen emotivne iscrpljenosti i depersonalizacije (Di Giuseppe et al., 2021; Trumello et al., 2020) jer rad u COVID-19 okruženju obuhvata opažanje vlastite ugroženosti i situacija u kojima se pacijentima ne može mnogo pomoći, što povećava nivo frustracija, nezadovoljstva i iscrpljenosti poslom (Di Giuseppe et al., 2021).

Budući da smo imali u vidu činjenicu da su u ranijim istraživanjima često nalažene polne razlike i razlike prema zanimanju u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni (Mosolova et al., 2021), proverili smo da li postoje značajne razlike u dimenzijama sindroma sagorevanja na radu između zdravstvenih radnika u COVID-19 zoni i redovnim kliničkim uslovima, posebno na poduzorcima muškaraca i žena i posebno na poduzorcima lekara i medicinskih tehničara. Pronašli smo da se nivo statističke značajnosti razlika u emocionalnoj iscrpljenosti i depersonalizaciji između zdravstvenih radnika koji rade u COVID-19 zoni i zdravstvenih radnika koji rade u redovnim kliničkim uslovima, javlja nezavisno od pola ili profesije zdravstvenih radnika. Ovi naši nalazi ukazuju da rad u COVID-19 zoni povećava nivo emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije u odnosu na rad u redovnim kliničkim uslovima, nezavisno od toga da li su

u pitanju žene ili muškarci, kao i nezavisno od toga da li su u pitanju lekari ili medicinski tehničari. Ovo znači da se ni pol ni profesija u našem istraživanju nisu pokazali kao zbunjujuće ili moderatorske varijable koje mogu indirektno da utiču na ishod odnosno sindrom sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika koji rade u različitim radnim okruženjima.

U Italiji, koja je pored Španije bila najpogođenija zemlja u Evropi (Remuzzi & Remuzzi, 2020), na uzorku zdravstvenih radnika zabeleženi su visoki skorovi sindroma sagorevanja na radu (Barello et al., 2020) što se poklapa sa našom studijom. U Španiji, umerene i jako povišene nivoe emocionalne iscrpljenosti postiglo je čak 64,1% uzorka (Luceño-Moreno et al., 2020). Slično našoj studiji, povišene nivoe sindroma sagorevanja u poređenju sa periodima pre COVID-19 pandemije zabeležili su i autori iz Rumunije (Dimitriu et al., 2020), te je u njihovom uzorku lekara različitih specijalnosti 76% ispitanika imalo neke simptome pomenutog sindroma. Međutim, kada se uporede grupe onih koji rade na prvoj liniji borbe protiv bolesti COVID-19 (u ambulantom hitne pomoći ili na radiologiji) sa onima koji rade u ostalim odeljenjima bolnice, dobija se neočekivan rezultat da je sagorevanje prisutnije kod onih koji rade u redovnim kliničkim uslovima (Dimitriu et al., 2020). Slični podaci dobijeni su i na uzorku radnika na onkološkom odeljenju u Kini, gde je manji stepen sindroma sagorevanja na radu zabeležen kod onih na prvoj liniji u odnosu na one koje rade u redovnim bolničkim odeljenjima (Wu et al., 2020). Ovaj naizgled paradoksalan nalaz, koji nije u skladu sa rezultatima našeg istraživanja, trebalo bi detaljnije ispitati.

5.2. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa negativnim indikatorima mentalnog zdravlja

Uticao je izbijanja bolesti COVID-19 na mentalno zdravlje zdravstvenih radnika izazvao je značajnu zabrinutost vlade, javnosti i medicinskih stručnjaka. Studija koja je sprovedena u Kini je pokazala da zdravstveni radnici na prvoj liniji borbe protiv pandemije i koji se direktno bave pacijentima za koje je potvrđeno ili za koje se sumnja da imaju COVID-19, imaju viši nivo različitih mentalnih problema od onih koji nisu na prvoj liniji borbe. Pored toga, ove dve grupe su imale uporedivo niske stope ponašanja traženja pomoći i tretmana za svoje mentalne probleme. Podaci iz te studije pokazali su da je mentalno zdravlje zdravstvenih radnika na prvoj liniji posebno zabrinjavajuće. Pomenuta studija je istakla probleme mentalnog zdravlja i nezadovoljene potrebe medicinskog osoblja tokom epidemije COVID-19 u Kini. Stopa mentalnih problema, kao što su anksioznost, depresija i nesanicnost, značajno je povećana kod zdravstvenih radnika koji rade na prvoj liniji borbe protiv bolesti COVID-19, u poređenju sa onim radnicima koji nemaju direktan kontakt sa COVID-19 (Cai et al., 2020).

U poređenju sa zdravstvenim radnicima koji nisu na prvoj liniji fronta, zdravstveni radnici na prvoj liniji mogu biti izloženi mnogo većem fizičkom i mentalnom stresu, što može doprineti većoj stopi mentalnih problema. Na primer, zdravstveni radnici na prvoj liniji morali su da budu posebno oprezni kada rade u respiratornim jedinicama ili na infektivnim odeljenjima, obezbeđujući da sumnjivi pacijenti budu blagovremeno identifikovani i prebačeni u određenu bolnicu kako bi se smanjio rizik od izloženosti za druge (Cai et al., 2020). Iako su rezultati studije pokazali loše mentalno zdravlje među zdravstvenim radnicima na prvoj liniji borbe protiv COVID-19 (Cai et al., 2020), suprotno očekivanjima, nisu zabeležene značajno veće stope traženja pomoći ili lečenja mentalnih problema među ovim pojedincima. Fenomen da zdravstveni radnici imaju poteškoća u prihvatanju i otkrivanju emocija nije jedinstven za izbijanje pandemije bolesti COVID-19 (Fridner et al., 2012). Emocionalni stres je uobičajen među bolničkim lekarima, od kojih mnogi ne traže stručnu

pomoć ili podršku svojih kolega, zato što ili misle da im nije potrebna ili im je neprijatno da potraže pomoć i zabrinuti su za poverljivost (Fridner et al., 2012). Ovi nalazi podsećaju da bi pružaoci psiholoških intervencija u budućnosti trebali posvetiti više pažnje zdravstvenim radnicima koji imaju teškoća sa mentalnim zdravljem.

Naša druga postavljena hipoteza da je intenzitet sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika u pozitivnoj korelaciji sa indikatorima: stresom, anksioznošću i depresijom, u potpunosti je potvrđena. Naime, kako je i bilo pretpostavljeno, emocionalna iscrpljenost kao ključna dimenzija sindroma sagorevanja na radu bila je pozitivno povezana sa depresijom, anksioznošću i stresom. Takođe, pronađene su i statistički značajne pozitivne korelacije između depersonalizacije i depresije, anksioznosti i stresa, dok je lična efikasnost bila negativno povezana sa depresijom, anksioznošću i stresom. Ovi nalazi su u skladu sa istraživanjem koje je sprovedeno u Australiji na uzorku medicinskih sestara-babica a koje je pokazalo da su sve subskale sagorevanja na radu bile u značajnoj pozitivnoj korelaciji s depresijom, anksioznošću i stresom (Creedy et al., 2017).

Yan Lv i saradnici (2020) su ispitivali mentalno zdravlje kod zdravstvenih radnika pre i tokom izbijanja pandemije COVID-19, ne dajući dodatne informacije o vremenskom okviru. Studija je uključivala i one koji rade na prvoj liniji fronta i one sa nejasnom izloženošću COVID-19. Rezultati njihovog istraživanja su pokazali da se učestalost anksioznosti, depresije i nesanicice vremenom povećavala. Tokom izbijanja COVID-19, svaki četvrti zdravstveni radnik je prijavio barem blagu anksioznost, depresiju ili nesanicu (Lv et al., 2020).

Vrednosti depresivnosti, anksioznosti i stresa koje su dobijene u našoj studiji su malo više od vrednosti koje su dobijene u studijama sprovedenim u Iranu (Mosalanejad et al., 2013) i u Australiji (Lovibond & Lovibond, 1995), što je očekivano imajući u vidu situaciju pandemije, ali i činjenicu da autori koji su konstruisali ovaj instrument upozoravaju da se viši skorovi na sve tri subskale dobijaju kada se one posmatraju kao sklonosti ili osobine ličnosti a ne trenutno stanje, odnosno kada je uputstvo za ispitanike formirano tako da se stavke odnose na doživljaje generalno tokom života, što je kod nas bio slučaj, a ne na određeni period od sedam dana kao što je to najčešće slučaj Lovibond & Lovibond, 1995).

Rezultati istraživanja sprovedenog na uzorku 1015 zdravstvenih radnika u Turskoj, gde su takođe korišćeni instrumenti MBI-HSS i DASS kao i u našoj studiji, ukazali su na povezanost indikatora negativnog mentalnog zdravlja (depresije, anksioznosti i stresa), osećanja beznađa i sindroma sagorevanja na radu (Akova et al., 2022).

5.3. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa pozitivnim indikatorima mentalnog zdravlja

Nivo rezilijentnosti ovog uzorka je bila u proseku umerenog intenziteta (AS=3,21, SD=0,74), kao i procenjeno subjektivno blagostanje (AS=30,11, SD=6,39). Smith i njegovi saradnici su ispitivali karakteristike kratke skale rezilijentnosti u Sjedinjenim Američkim Državama, i ukazali su da je srednja vrednost (AS) rezilijentnosti dobijena na uzorcima studenata 3,53 (SD=0,68, N=128) i 3,57 (SD=0,76, N=64), dok je na uzorku srčanih bolesnika na rehabilitaciji AS bila 3,98 (SD=0,68, N=112) (Smith et al., 2008). Slišković i Burić (2018) su pokazale da je AS rezilijentnosti na uzorku od 3010 nastavnika u Hrvatskoj bila 3,20 (SD=0,78). Bozdag i Ergun su sprovedeli istraživanje tokom pandemije na uzorku od 214 medicinskih radnika u Turskoj, i dobili su AS rezilijentnosti od 18,43 (SD=3,3) na skali od 5 do 30, što je AS od 3,68 (SD=0,66) na skali od 1 do 5 (Bozdag & Ergun, 2020).

U prvom objavljenom istraživanju u kome su autori ispitivali odnos između sindroma sagorevanja, rezilijentnosti i subjektivnog blagostanja na uzorku zdravstvenih radnika u prva dva meseca od proglašenja COVID-19 pandemije u Srbiji, pokazalo se da je da je AS rezilijentnosti merena istim instrumentom iznosila 3,19 (SD=0,87, N=521), dok je srednja vrednost (AS) za subjektivno blagostanje iznosila 29,49 (SD=6,97, N=521) (Safiye et al., 2021). Jovanović (2010) u validacionoj studiji kratke skale subjektivnog blagostanja saopštava da je AS subjektivnog blagostanja 33,43 (SD=5,20; N=226). U istraživanju gde je predstavljen razvoj Kratke skale subjektivnog blagostanja pokazalo se da je AS na skali subjektivnog blagostanja bila 33,04 (SD=4,52, N=234), što je više od vrednosti dobijene u našem istraživanju. Takođe, pokazalo se da ukupno subjektivno blagostanje kao i subskale pozitivnog afektiviteta i pozitivnog stava prema životu, imaju umerene do visoke negativne korelacije sa anksioznošću i depresivnošću (Jovanović & Novović, 2008), što je u skladu sa nalazima našeg istraživanja. Nalazi o srednjim vrednostima rezilijentnosti i subjektivnog blagostanja u ovom istraživanju ne odstupaju mnogo od nalaza pomenutih istraživanja, posebno kada se uzmu u obzir i standardne devijacije.

Najčešći prijavljivani zaštitni faktor koji se povezuje sa smanjenim rizikom od raznih problema mentalnog zdravlja i sagorevanja kod zdravstvenih radnika je rezilijentnost (Raudenská et al., 2020; Garcia-Izquierdo et al., 2018; Hu et al., 2020), što se iz analize rezultata našeg istraživanja može potvrditi. Kako smo pretpostavili, emocionalna iscrpljenost je negativno povezana sa rezilijentnošću, depersonalizacija je negativno povezana sa rezilijentnošću, a lična efikasnost je pozitivno povezana sa rezilijentnošću. Takođe, potvrđeno je da postoje negativne korelacije između rezilijentnosti i negativnih indikatora mentalnog zdravlja: stresa, anksioznosti i depresivnosti. Ovi naši nalazi su u skladu sa prethodnim domaćim istraživanjem gde je takođe utvrđena negativna povezanost rezilijentnosti i sagorevanja na radu kod medicinskog osoblja (Safiye et al., 2021), kao i studije sprovedene u Sjedinjenim Američkim Državama gde je takođe zabeležena negativna korelacija između sindroma sagorevanja i rezilijentnosti (West et al., 2020). Naime, u tom istraživanju je kod ispitanika kod kojih nije zabeleženo prisustvo sindroma sagorevanja utvrđena veća rezilijentnost. Ipak, kod 29% lekara koji su imali najvišu rezilijentnost bilo je prisutno sagorevanje, što ukazuje da bi trebalo preduzeti mere da se sačuva njihovo mentalno zdravlje (West et al., 2020).

Nalazi našeg istraživanja ukazuju da je rezilijentnost u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa ostalim pozitivnim pokazateljima mentalnog zdravlja: pozitivnim afektivitetom, pozitivnim stavom prema životu i subjektivnim blagostanjem, što znači da kada postoji rast rezilijentnosti, raste i subjektivno blagostanje. To je u skladu sa prethodnim istraživanjima u kojima je pokazano da rezilijentnost predstavlja činilac koji pozitivno deluje na mentalno zdravlje i subjektivno blagostanje (Garcia-Izquierdo et al., 2018; McKinley et al., 2019; McKinley et al., 2020).

Razvijena rezilijentnost kod zdravstvenih radnika podrazumeva lične veštine i druge mogućnosti da posle stresnih okolnosti sačuvaju dobro raspoloženje, prisebnost i ispravno rasuđivanje (Howe et al., 2012; Mills & McKimm, 2016; Harms et al, 2018), što prema nalazima ovog istraživanja, ujedno čuva stepen njihovog pozitivnog afektiviteta (tj. učestalost doživljaja sreće i drugih pozitivnih emocija u životu) i pozitivan stav prema životu, što predstavljaju dimenzije ukupnog subjektivnog blagostanja. Očuvan pozitivan afektivitet i pozitivan stav prema životu predstavljaju takođe mogućnost pojedinca da lakše podnosi različite stresore i nedaće u životu, pa i na poslu, što je činilac rezilijentnosti kada je ona shvaćena kao potencijal pojedinca. Nalazi našeg istraživanja ukazuju da rezilijentnost kod zdravstvenih radnika obuhvata znanja i veštine kojima se zdravstveni radnici štite od

doživljaja emotivne preopterećenosti i iscrpljenosti poslom, što obuhvata različita iskustva frustriranosti i stresa u radu sa pacijentima.

Dve studije su direktno merile samoprocenu rezilijentnosti. Bohlken i saradnici (2020) zatražili su od uzorka psihijatarata i neurologa da procene koliko su rezilijentni, na Likertovoj skali od 1 do 5, a 86% njih je odabralo dve najviše kategorije. Takođe, 18% njih je izjavilo da im pandemija izaziva značajnu anksioznost, a više od 30 % ispitanika je bilo vrlo zabrinuto zbog vlastitog rizika od infekcije (Bohlken et al., 2020). Rezultati istraživanja koje su sproveli Cai i saradnici (2020) pokazali su da zdravstveni radnici bez iskustva u vanrednim situacijama tokom kriza u javnom zdravstvu imaju lošije mentalno zdravlje, niže rezultate na skali rezilijentnosti i manje socijalne podrške, a imali su i tendenciju da dobiju psihološke poremećaje (Cai et al., 2020).

Visoke stope sagorevanja na radu, depresije, anksioznosti i nesаницe kod zdravstvenih radnika koji reaguju na pandemiju COVID-19 su prijavljeni širom sveta. Kao direktan odgovor na neposredne potrebe zdravstvenih radnika, Fondacija za profesionalni razvoj je razvila kratak onlajn kurs od pet modula za zdravstvene radnike o rezilijentnosti i blagostanju tokom COVID-19, kako bi se svele na minimum lične posledice i posledice vezane za posao onih koji rade na „prvoj liniji” borbe tokom COVID-19 pandemije. U istraživanju koje su sproveli Kelly i saradnici (2021) utvrđena je povezanost između poboljšanja kako u blagostanju tako i u ishodima rezilijentnosti nakon završetka kursa i samoprijavljenog korišćenja ponašanja za izgradnju rezilijentnosti. U toj studiji, dva specifična ponašanja su bila povezana sa većim promenama u rezultatu blagostanja i rezilijentnosti: povećana upotreba mehanizama za suočavanje sa stresom, i ponašanja za brigu o sebi (npr. adekvatno spavanje, zdrava ishrana i bavljenje fizičkom aktivnošću). Statistički značajna poboljšanja u učestalosti ponašanja izgradnje rezilijentnosti dovela su do značajnog poboljšanja nivoa rezilijentnosti, kao i blagostanja. Povećane promene u ocenama blagostanja imale su pozitivan efekat na promenu rezultata rezilijentnosti, ali i obrnuto (Kelly et al., 2021). Takvi nalazi mogu biti od posebne važnosti za zdravstvene sisteme i organizacije zainteresovane za dizajniranje programa učenja za poboljšanje blagostanja i rezilijentnosti kod zdravstvenih radnika kao zaštitnih faktora protiv sagorevanja na radu, posebno tokom rada u kriznim situacijama (Kelly et al., 2021).

Kao što smo napomenuli ranije, rezilijentnost i subjektivno blagostanje su međusobno veoma zavisne pojave (Harms et al., 2018), a dobar kapacitet za mentalizaciju je ključan za rezilijentnost i predstavlja protektivni faktor mentalnog zdravlja pojedinca (Luyten et al, 2020; Bateman et al., 2018; Schwarzer et al., 2021).

Kao što je bilo i očekivano, u našem istraživanju se pokazalo da je emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu bila negativno povezana sa rezilijentnošću, pozitivnim afektivitetom, pozitivnim stavom prema životu i ukupnim subjektivnim blagostanjem, što je očekivano na osnovu rezultata ranije sprovedenih istraživanja (Mosheva et al., 2020; Hu et al., 2020; Rushton et al., 2015), kao i sa hipermentalizacijom kao vidom lošeg kapaciteta za mentalizaciju, što nije u skladu sa istraživanjem koje je sprovedeno u Španiji (Manzano-Garcia et al., 2021). Depersonalizacija kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu je bila negativno povezana sa rezilijentnošću, pozitivnim afektivitetom, pozitivnim stavom prema životu i subjektivnim blagostanjem, što je u skladu sa nalazima iz literature (Ferreira & Gomes, 2021; Yu et al., 2019; Wang et al., 2020). Takođe, depersonalizacija je bila negativno korelirana i sa hipermentalizacijom što nije u skladu sa istraživanjem koje su sproveli Manzano-Garcia i saradnici (2021). Kao što se i očekivalo na osnovu pomenutog istraživanja (Manzano-Garcia et al., 2021), depersonalizacija

je bila pozitivno povezana sa hipomentalizacijom. Lična efikasnost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu bila je pozitivno povezana sa rezilijentnošću, pozitivnim afektivitetom, pozitivnim stavom prema životu i subjektivnim blagostanjem što je u skladu sa ranijim istraživanjima (Ferreira & Gomes, 2021), kao i sa hipermentalizacijom što je u suprotnosti nalazima iz literature (Manzano-Garcia et al., 2021).

Dobar kapacitet za mentalizaciju podrazumeva da se tokom neposredne komunikacije ispolji empatija, aktivno slušanje i autentična radoznalost za mentalna stanja, kako sopstvena tako i sagovornika. Hipomentalizeri umesto da putem otvorene komunikacije sa drugima otkrivaju objektivne činjenice koje govore o razlozima ponašanja, obično sude o intencionalnim mentalnim stanjima tako što „pogađaju” (pozivajući se na opšte zakonitosti i svoje prethodno iskustvo, što vodi pogrešnim zaključcima. Sa nedostatkom mentalizacije smanjuje se sposobnost zdravstvenih radnika da dobro razumeju svoja i tuđa ponašanja na poslu, što dovodi do međuljudskih nesporazuma, konflikata, profesionalnih frustracija, nezadovoljstva poslom i ima za posledicu tretiranje kolega na poslu i pacijenata na ciničan ili bezličan način, kao da su objekti, a ne ljudska bića. To je u skladu sa ranijim nalazima da je dobar kapacitet za mentalizaciju protektivni faktor mentalnog zdravlja (Luyten et al, 2020; Bateman et al., 2018; Schwarzer et al., 2021). Nije bilo očekivano da će postojati negativna povezanost hipermentalizovanja (subskala RFQ-c) sa emocionalnom iscrpljenošću i sa depersonalizacijom, a pozitivna povezanost sa doživljajem lične efikasnosti. Zdravstveni radnici po prirodi svog posla moraju da iskažu saosećanje i iskrenu zainteresovanost za stanja pacijenata, kao i da pri tome ispolje sigurnost u svoja zapažanja. Tako je skala hipermentalizacije od strane ispitanika u ovom uzorku verovatno shvaćena kao skala sigurnosti u vlastite procene intencionalnih mentalnih stanja, a ne kao skala koja ispituje sigurnost u vlastitu moć da vlastite procene mentalnih stanja budu apsolutno tačne, što vodi ka hipermentalizaciji. Hipermentalizer je osoba koja gradi obimne teorije o svojim i tuđim mentalnim stanjima koje nisu utemeljene na proveravanju pretpostavki i činjenicama (Manzano-Garcia et al., 2021; Bateman et al., 2018), dok je opšte poznato da zdravstveni radnici svoje pretpostavke teže zasnivati na činjenicama koje proveravaju i u koje moraju biti sigurni koliko je to moguće.

Nalaz da je hipermentalizacija pozitivan prediktor lične efikasnosti može se povezati i sa nedostatkom komunikacije između zdravstvenih radnika i pacijenata usled straha od zaraze, a zbog toga teorije o vlastitim i tuđim stanjima ne mogu tako lako da se proveravaju, posebno jer pacijenti najčešće nisu u stanju da tačno saopštavaju šta misle i osećaju, ali to je samo pretpostavka koju treba dodatno istražiti.

Na osnovu dobijenih nalaza u našem istraživanju, možemo zaključiti i da su treća, četvrta i peta hipoteza koje smo postavili u našem istraživanju takođe potvrđene.

5.4. Povezanost sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika sa uslovima rada, sociodemografskim i COVID-19 karakteristikama

Kada je u pitanju povezanost sindroma sagorevanja na radu i sociodemografskih karakteristika kod zdravstvenih radnika, naši nalazi ukazuju da je emocionalna iscrpljenost veća kod ženskog pola, kod ispitanika koji imaju niži socioekonomski status i lošije zdravstveno stanje. To znači da sa muškim polom, boljom samoprocenom socioekonomskog statusa i svog zdravstvenog stanja, emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu opada. Takođe, naši nalazi ukazuju da sa ženskim polom ide i više doživljaja depersonalizacije, a da se depersonalizacija smanjuje sa porastom starosti ispitanika i sa rastom broja dece. U studiji iz Španije, koja je bila jedna od najteže pogođenih evropskih

zemalja na početku pandemije (Pollán et al., 2020), na skali sindroma sagorevanja nisu zabeležene polne razlike, što nije u skladu sa nalazima našeg istraživanja. Naši nalazi nisu u skladu sa nalazima istraživanja sprovedenog u Turskoj gde se pokazalo da su faktori rizika za depersonalizaciju muški pol i manja starost ispitanika (Akova et al., 2022), ali su u saglasnosti sa njihovim nalazima da su glavni faktori rizika za emocionalnu iscrpljenost povećan intenzitet posla, manji prihodi i poteškoće u nabavci lične zaštitne opreme (Akova et al., 2022). U istraživanju sprovedenom u Švajcarskoj na uzorku medicinskog osoblja primećeno je da su žene pogođenije sindromom sagorevanja na radu od muškaraca (Weilenmann et al., 2020). Naši nalazi ukazuju da doživljaj lične efikasnosti raste sa starošću ispitanika, sa brojem njihove dece, sa rastom broja ukućana sa kojima ispitanik živi, sa većim socioekonomskim statusom i sa porastom njihove religioznosti, odnosno sa opadanjem starosti ispitanika, sa opadanjem broja dece i broja njihovih ukućana, sa slabljenjem njihovog socioekonomskog statusa i sa smanjivanjem njihove religioznosti, opada doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu. Dobijeni nalazi su u skladu sa ranije sprovedenim studijama koje pokazuju da sa povećanjem broja dece, zdravstveni radnici imaju manji stepen sagorevanja (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Queiros et al., 2013). Prema nekim istraživanjima, radnici koji su sami imaju veći nivo sagorevanja na radu (Gama et al., 2014; Kiekkas et al., 2010), pa je stoga logično da oni koji žive sami ili sa manjim brojem ukućana češće doživljavaju sagorevanje, odnosno osećaju se manje efikasnim na poslu.

Kada je u pitanju povezanost uslova rada i sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika, naši nalazi ukazuju da je emocionalna iscrpljenost veća kada ispitanici procenjuju da nemaju dovoljno vremena da se odmire nakon posla, kada rade u COVID-19 zoni, kada dolaze u kontakt sa kontaminiranim materijalom, kao i kada su zaposleni na neodređno vreme. Naši nalazi ukazuju i da je depersonalizacija veća kod ispitanika koji rade u COVID-19 zoni u odnosu na ispitanike koji rade u redovnim kliničkim uslovima, kod ženskog pola, da depersonalizacija kod ispitanika raste sa jačanjem doživljaja da im nedostaje vremena za odmor nakon posla, kao i da ispitanici koji rade i u noćnim smenama imaju više depersonalizacije nego ispitanici koji rade samo dnevne smene. Ovi nalazi su u skladu sa nalazima iz literature (Stewart & Arora, 2019; Zhang et al., 2021). Takođe, emocionalna iscrpljenost je bila pozitivno povezana sa profesijom što ukazuje da su medicinski tehničari iscrpljeniji od lekara. Profesionalni faktori su u velikoj meri uticali na sagorevanje na radu tokom pandemije COVID-19, pa su medicinske sestre-tehničari koje rade u okruženju visokog rizika npr. specijalna COVID-19 bolnica, respiratorna jedinica za COVID-19 ili jedinica za intenzivnu negu (Saylan et al., 2020; Chen et al., 2021) imale viši nivo sagorevanja, kao i medicinske sestre koje rade u bolnicama sa nedovoljno materijalnih i ljudskih resursa (Manzano García & Ayala Calvo, 2020). Takođe, medicinske sestre sa nižim nivoima specijalizovane obuke u vezi sa COVID-19 i manjim radnim iskustvom su češće doživljavale sagorevanje (Hu et al., 2020; Zhang et al., 2020). U našem istraživanju emocionalna iscrpljenost bila je veća kod ispitanika koji su premešteni na druga odeljenja zbog pandemije, kao i sa smenskim radom, što ukazuje da su ispitanici koji rade pored dnevnih i u noćnim smenama iscrpljeniji od onih koji rade samo dnevne smene. Ovi nalazi su u skladu sa nalazima studije iz Portorika, koji ukazuju na to da od početka pandemije COVID-19, preko 90% zdravstvenih radnika u Portoriku radi sa umerenim do teškim sindromom sagorevanja, a najviše su pogođene medicinske sestre-tehničari, koje u proseku ispoljavaju najviše sagorevanja, više u poređenju sa lekarima na sve tri dimenzije sindroma sagorevanja merenog pomoću MBI-HSS upitnika (Cortina-Rodríguez & Afanador, 2020). Doživljaj lične efikasnosti kao treća dimenzija sindroma sagorevanja na radu, bio je značajno pozitivno povezan sa brojem godina radnog staža, što znači da sa povećanjem radnog staža kod ispitanika jača njihov doživljaj lične efikasnosti, a to je u skladu sa prethodnim istraživanjima

koja sugerišu da se sa većim brojem godina radnog staža sindrom sagorevanja na radu smanjuje (Chirico et al., 2016). Iako postoje suprotstavljeni rezultati u literaturi, istraživanja generalno pokazuju da su osobe sa manje radnog iskustva vulnerabilnije na sindrom sagorevanja na radu (Chirico et al., 2016).

Kada je u pitanju povezanost varijabli specifičnih za COVID-19 i sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika, naši nalazi ukazuju da emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu, kod zdravstvenih radnika raste zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, zatim, sa porastom njihovih teškoća sa spavanjem, sa povećanjem upotrebe anksiolitika, a kod pušača i sa nemogućnošću da povećaju konzumiranje cigareta. Isto važi i za dimenziju sagorevanja depersonalizaciju, koja se kod ispitanika javlja zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, sa javljanjem teškoća sa spavanjem, kao i kod pušača koji imaju povećanje konzumiranja cigareta. Ovi nalazi su saglasni rezultatima istraživanja koja su sprovedena širom sveta (Cai et al., 2020; Muller et al., 2020; Zhang et al., 2021). Ljudi koji su u najvećem riziku od infekcije su oni koji su u bliskom kontaktu sa pacijentom sa COVID-19 ili koji se brinu o pacijentima sa COVID-19 (World Health Organization, 2020). U studiji sprovedenoj u Kini, učesnici koji su naveli da mogu da se pridržavaju procedura kontrole infekcije pokazali su niže nivoe sindroma sagorevanja na radu odnosno emocionalne iscrpljenosti, niže nivoe depersonalizacije a više nivoe ličnog postignuća. Učesnici koji su naveli da su zadovoljni merama kontrole infekcije u svojoj bolnici pokazali su niže nivoe emocionalne iscrpljenosti, a učesnici koji su prijavili da su oni ili njihove kolege zaraženi pokazali su više emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije (Zhang et al., 2021). Jedna metaanaliza pokazala je da su dvadeset i dve studije prijavile jednu ili više varijabli povezanih sa problemima mentalnog zdravlja kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19 (Muller et al., 2020). Najčešći faktori rizika u korelaciji sa povećanim rizikom od problema mentalnog zdravlja bili su izloženost pacijentima sa COVID-19, ženski pol (Muller et al., 2020) i zabrinutost zdravstvenih radnika da će biti zaraženi koronavirusom (Cai et al., 2020; Muller et al., 2020). U tri studije, zabrinutost da su članovi porodice zaraženi bila je glavni faktor rizika (Muller et al., 2020). U našem istraživanju nisu pronađene značajne korelacije između varijabli koje se odnose na COVID-19 i lične efikasnosti kao dimenzije sagorevanja na radu.

5.5. Regresioni modeli sindroma sagorevanja na radu na osnovu svih ispitivanih varijabli

U regresionom modelu emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, koji objašnjava 52% njene varijanse, u našem istraživanju se od svih ispitivanih varijabli izdvojilo 11 značajnih prediktora: sklonost doživljavanju stresa kod zdravstvenih radnika, samoprocena odmora nakon posla, pol, pozitivan afektivitet kao aspekt subjektivnog blagostanja, radno okruženje, godine života, stepen obrazovanja, kontakt sa kontaminiranim materijalom, pripadnost rizičnoj grupi zbog starosti ili hronične bolesti, povećana upotreba cigareta i hipermentalizacija. U regresionom modelu depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, koji objašnjava 23% njene varijanse, u našem istraživanju se od svih ispitivanih varijabli izdvojilo 7 značajnih prediktora: sklonost prema doživljavanju iskustava depresije, radno okruženje, broj dece, sklonost doživljavanju stresa, rezilijentnost, pol i radni status. U regresionom modelu lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, koji objašnjava 31% njene varijanse, u našem istraživanju se od svih ispitivanih varijabli takođe izdvojilo 7 značajnih prediktora: subjektivno blagostanje, hipermentalizacija, broj ukućana sa kojima zdravstveni radnici žive, starost, problemi sa spavanjem, religioznost i radni status.

Sociodemografski faktori kao što su pol, starost i stepen obrazovanja uticali su na sagorevanje kod zdravstvenih radnika i u našem istraživanju. Konkretno, u modelu regresije za emocionalnu iscrpljenost u našoj studiji, ženski pol predviđao je više emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, što je u skladu sa istraživanjima (Chen et al., 2021; Hu et al., 2020) koja su otkrila da su žene u Kini imale viši nivo emocionalne iscrpljenosti. Međutim, naš nalaz da su žene imale i viši nivo depersonalizacije nego muškarci nije u skladu sa pomenutim istraživanjima. Takođe, kod nas se u analizi regresije pol nije pokazao kao značajan prediktor dimenzije lične efikasnosti, dok je u pomenutim istraživanjima muški pol značio i niži nivo lične efikasnosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu (Hu et al., 2020; Chen et al., 2021). Jedna meta-analiza o odnosu između pola i sindroma sagorevanja pokazala je da su žene nešto više emocionalno iscrpljene od muškaraca, dok su muškarci nešto više depersonalizovani od žena (Purvanova & Muros, 2010). Rezultati istraživanja koje su sproveli Medeiros i saradnici (2022) sugerišu da je kod medicinskog osoblja ženski rod povezan sa nižim nivoima depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu, što je u skladu sa našim nalazima. To se može objasniti balansom između sagorevanja na radu i rezilijentnosti. Duarte i saradnici (2020) su primetili da je rezilijentnost potencijalno zaštitni faktor protiv sagorevanja na radu. Postoje dokazi da su žene rezilijentnije nego muškarci, i da imaju bolje veštine suočavanja sa stresom, što zauzvrat smanjuje stres na poslu i omogućava im da se efikasnije bave pitanjima vezanim za posao (Lakomý & Kafková, 2017).

Međutim, u našem modelu regresije depersonalizacije dobili smo naizgled paradoksalan nalaz da je rezilijentnost pozitivan prediktor depersonalizacije. To je zato što se potencijal rezilijentnosti da bude protektivni faktor mentalnog zdravlja uglavnom iscrpljuje u njenoj negativnoj vezi sa negativnim indikatorima mentalnog zdravlja koji u ovom modelu neposredno podstiču depersonalizaciju (sklonost depresiji i ranjivost na stres), tako da se ovde veza rezilijentnosti sa depersonalizacijom ispoljava u tome što sa povećanjem rezilijentnosti zdravstveni radnici imaju i veću svest o svojim doživljajima depersonalizacije na poslu pa saopštavaju više depersonalizacije na upitniku sindroma sagorevanja na radu, što nam stvara privid da rezilijentnost podstiče depersonalizaciju, iako je u nizu istraživanja sprovedenim širom sveta do sada dokazano da rezilijentnost redukuje sagorevanje na radu (Safiye et al., 2021; Raudenská et al., 2020; Garcia-Izquierdo et al., 2018; Hu et al., 2020).

Takođe, nalazi iz literature ukazuju da je mlađi uzrast zdravstvenih radnika povećavao nivo sagorevanja na radu tokom COVID-19 pandemije (Sayılan et al., 2020; Zhang et al., 2021), što takođe nije u skladu sa našim nalazima jer se kod nas u analizi regresije pokazalo da što su zdravstveni radnici stariji, doživljavaju više emocionalne iscrpljenosti na poslu, ali je njihov doživljaj lične efikasnosti povoljniji. U istraživanjima je češće manji broj godina starosti odnosno niži uzrast povezan sa sindromom sagorevanja na radu (Medeiros et al., 2022; Duarte et al., 2020; Matsuo et al., 2020), što se bar delimično može objasniti neravnotežom između očekivanja i realnosti izazova i stresora intenzivne nege za mlade profesionalce. Ovi zdravstveni radnici, uključujući mlađe doktore i specijalizante, formirali su važan stub napora uključenih u upravljanje i lečenje pacijenata tokom pandemije COVID-19. Zbog velikog broja pacijenata i teškog tereta pandemije COVID-19, mnoge zdravstvene jedinice, uključujući intenzivnu negu, morale su da angažuju mlade zdravstvene radnike koji, suprotno onome što se ranije mislilo, nisu imuni na sagorevanje na radu (Medeiros et al., 2022).

Dalje, naši nalazi su pokazali da se sa višim stupnjem obrazovanja kod zdravstvenih radnika javlja i više emocionalne iscrpljenosti na poslu, što je u skladu sa nalazima iz literature koji sugerišu da su viši nivo obrazovanja i pozicije na poslu povećavali nivo

sagorevanja na radu tokom COVID-19 pandemije (Sayılan et al., 2020; Hu et al., 2020; Zhang et al., 2020). Kada je u pitanju radni status, u našem istraživanju se pokazalo da zdravstveni radnici koji imaju stalno zaposlenje, odnosno ugovor na neodređeno, imaju manje doživljaja depersonalizacije u međuljudskim odnosima na poslu, u odnosu na zaposlene koji nemaju stalni posao (zaposleni na određeno vreme, stažisti i volonteri), kao i da zdravstveni radnici koji nemaju stalno zaposlenje imaju povoljniji doživljaj lične efikasnosti od zdravstvenih radnika koji imaju stalni posao. Ovakav nalaz se poklapa sa rezultatima istraživanja koje je sprovedeno u Italiji, koristeći isti upitnik za procenu sagorevanja na radu, a koje je pokazalo da volonteri imaju visok nivo depersonalizacije (Argentero et al., 2006).

Nekoliko društvenih faktora povećalo je sagorevanje na radu kod zdravstvenih radnika u svetu, a često navođeni faktori su smanjena socijalna podrška (Manzano García & Ayala Calvo, 2020), imati rođaka ili prijatelja sa dijagnozom COVID-19 (Sayılan et al., 2020), niska spremnost porodice i kolega da se izbore sa COVID-19 (Hu et al., 2020) i povećana percipirana opasnost od bolesti COVID-19 (Manzano García & Ayala Calvo, 2020). Naši nalazi da sa nedovoljno odmora nakon posla kod zdravstvenih radnika raste emocionalna iscrpljenost, u skladu su sa prethodnim istraživanjima koja sugerišu da je povećano opterećenje povezano sa sindromom sagorevanja (Medeiros et al., 2022; Matsuo et al., 2020). Preopterećenost poslom je jedan od najvažnijih faktora rizika za sagorevanje na radu među zdravstvenim radnicima (Greenglass Burke & Fiksenbaum, 2001; Barbosa et al., 2012). Prema Leiterovom modelu sagorevanja, postoje dokazi koji sugerišu da emocionalna iscrpljenost uzrokovana preopterećenjem poslom može dovesti do depersonalizacije i ciničnog stava (Leiter, 2018; Adam, 2018). Povećano opterećenje na poslu, smanjeno samopouzdanje u samozaštitu od zaraze koronavirusom i smanjena bezbednost na radu tokom brige o pacijentima koji imaju COVID-19 povezani su sa povećanim sagorevanjem na radu (Manzano García & Ayala Calvo, 2020; Hu et al., 2020; Zhang et al., 2021). Na osnovu svega navedenog je bilo očekivano da i u našoj studiji zdravstveni radnici koji dolaze u kontakt sa kontaminiranim materijalom imaju više emocionalne iscrpljenosti nego drugi, baš kao i oni zdravstveni radnici koji pripadaju rizičnim grupama zbog starosti ili hronične bolesti.

Sasvim očekivano na osnovu brojnih ranije sprovedenih istraživanja (Di Giuseppe et al., 2021; Trumello et al., 2020; Nishimura et al., 2021), pokazalo se da rad u COVID-19 zoni znači viši nivo sindroma sagorevanja na radu odnosno i više emocionalne iscrpljenosti i više depersonalizacije u odnosu na rad u redovnim kliničkim uslovima, o čemu je već detaljno diskutovano u prethodnim delovima ovog rada.

Pokazalo se da sa porastom broja dece koju imaju zdravstveni radnici, slabi im doživljaj depersonalizacije na poslu, dok sa većim brojem ukućana, kod zdravstvenih radnika raste i doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu. Ovaj nalaz je u skladu sa tvrdnjama nekih autora da samci i ljudi bez dece doživljavaju više sagorevanja na radu (Gama et al., 2014; Kiekkas et al., 2010; Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Queiros et al., 2013).

U analizi regresije se pokazalo da je kod zdravstvenih radnika emocionalna iscrpljenost manja sa porastom pozitivnog afektiviteta kao aspekta subjektivnog blagostanja, odnosno što više radosti i drugih pozitivnih emocija doživljavaju tokom svakodnevnog života, njihova emocionalna iscrpljenost se smanjuje. Takođe, pokazalo se i da sa porastom doživljaja subjektivnog blagostanja, raste i doživljaj lične efikasnosti na poslu, odnosno sindrom sagorevanja je manji, što je u skladu sa prethodnim istraživanjima (Safiye et al., 2021; Mosheva et al., 2020; Hu et al., 2020; Rushton et al., 2015).

U našem modelu regresije emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu, pokazalo se da sklonost doživljavanju stresa ili vulnerabilnost

na stresore kod zdravstvenih radnika povećava sindrom sagorevanja na radu, odnosno da je sa većom opštom ranjivošću zdravstvenih radnika na stresne okolnosti njihova depersonalizacija i emocionalna iscrpljenost na poslu veća. Takođe, pokazalo se i da je sa većom sklonošću zdravstvenih radnika ka depresivnosti, veća i sklonost prema doživljavanju depersonalizacije kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu. Ovi nalazi su očekivani i u skladu sa podacima iz literature (Creedy et al., 2017; Akova et al., 2022).

Interesantan nalaz predstavlja otkriće da kod zdravstvenih radnika koji su pušači, povećana upotreba cigareta predviđa smanjenje doživljaja emocionalne iscrpljenosti kao dimenzije sindroma sagorevanja na radu. Pušenje se može posmatrati kao opcija za zdravstvene radnike da se izbore sa osećajem iscrpljenosti vezanim za probleme na poslu (Petrelli et al., 2018). Iako je povećanje pušenja imalo značajnu korelaciju sa depersonalizacijom, ono nije bilo njen prediktor u našem istraživanju. Pušači koji povećavaju upotrebu cigareta radi smanjenja emocionalne iscrpljenosti, ujedno postaju više skloni omalovažavanju i cinizmu u kontaktu sa drugima na poslu. Veza između pušenja i sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika u Srbiji nikada nije istraživana. Studija koja je sprovedena u Kazahstanu je pokazala da pušenje ne predviđa visoko sagorevanje na radu među doktorima i medicinskim sestrama-tehničarima (Vinnikov et al., 2019), što je u skladu sa našim nalazom.

Nalaz našeg istraživanja da hipermentalizacija kao forma slabog kapaciteta za mentalizaciju smanjuje doživljaj emocionalne iscrpljenosti, a povećava doživljaj lične efikasnosti praktično znači da zdravstveni radnici koji su toliko sigurni u sebe tako da ne koriste svoje vreme na proveravanje sopstvenih pretpostavki o tome šta misle i osećaju njihove kolege i pacijenti, doživljavaju manje emocionalne iscrpljenosti, odnosno da kada kod zdravstvenih radnika raste neopravdana uverenost o tome šta oni sami i njihovi sagovornici osećaju i misle, raste im i uverenost o vlastitoj efikasnosti na poslu. Ovaj naš nalaz nije u skladu sa rezultatima istraživanja koje su sprovedeli španski istraživači (Manzano-Garcia et al., 2021).

Zanimljivo je da se u modelu regresije lične efikasnosti kao značajan prediktor pojavljuje religioznost, tj. da sa rastom stepena religioznosti, kod zdravstvenih radnika raste njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu dok sa slabijom religioznošću, kod zdravstvenih radnika slabi i doživljaj lične efikasnosti na poslu. Ovaj nalaz je u skladu sa rezultatima ranijih istraživanja koja su pokazala da religioznost i duhovno blagostanje smanjuju stepen sindroma sagorevanja (Rushton et al., 2015; Wachholtz & Rogoff, 2013; Carneiro et al., 2019).

5.6. Praktične implikacije i ograničenja istraživanja

Imajući u vidu da pandemija COVID-19 označava globalnu krizu javnog zdravlja koja nije viđena u prošlom stoleću, nameće se potreba za hitnim implementiranjem mera i strategija za minimiziranje uticaja pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje. S obzirom na snažan uticaj koji COVID-19 ima na mentalno zdravlje, zaštita zdravstvenih radnika od štetnih psiholoških efekata pandemije je kritična, a imajući u vidu da psihološki status igra glavnu ulogu u mentalnom blagostanju zdravstvenih radnika, smatramo da je neophodno hitno uvesti potrebne psihološke intervencije usmerene na zdravstvene radnike.

Budući da se pokazalo da rezilijentnost i kapacitet za mentalizaciju imaju veoma važnu preventivnu ulogu kada je u pitanju sindrom sagorevanja na radu i mentalno zdravlje uopšte, od suštinske je važnosti da se razviju i implementiraju strategije za podsticanje rezilijentnosti i razvijanje i jačanje kapaciteta za mentalizaciju kod zdravstvenih radnika, koji predstavljaju

posebno ugroženu grupu tokom vanrednih situacija u javnom zdravstvu, uključujući odgovor na COVID-19. Takve obuke kod zdravstvenih radnika mogu izgraditi znanja i veštine koje mogu da podstaknu promene u ponašanju za izgradnju rezilijentnosti i poboljšanja u rezultatima subjektivnog blagostanja.

Hitno bi trebalo obezbediti strategije za ublažavanje psihičkih tegoba kod zdravstvenih radnika i obezbediti dugotrajni nadzor kako bi se pratilo mentalno zdravlje zdravstvenih radnika, kako onih na prvoj liniji borbe protiv COVID-19, tako i onih koji nisu na prvoj liniji već rade u redovnim kliničkim uslovima. Tokom pandemije treba sprovesti sveobuhvatnu psihološku intervenciju, na više nivoa. Na nacionalnom nivou, intervencija u psihološkoj krizi treba da zauzme ključno mesto u primeni mera za kontrolu i suzbijanje posledica COVID-19. Na organizacionom nivou, treba sprovesti efikasne psihološke krizne intervencije koje bi mogle doprineti smanjenju sagorevanja na radu, kao što su kratkoročno savetovanje ili Balint grupe koje predstavljaju metod grupnog treninga. Na ličnom nivou, zdravstveni radnici bi trebalo da vode računa o svom zdravlju i da se brinu o sebi, svojoj ishrani, dovoljnom odmoru nakon posla i urednom spavanju (Huang et al., 2020; Zhang et al., 2021).

Pored suzbijanja širenja Sars-CoV-2 virusa, ublažavanje razornih efekata COVID-19 na mentalno zdravlje, kako zdravstvenih radnika, tako i opšte populacije, treba biti međunarodni prioritet javnog zdravlja s obzirom na to da pandemija COVID-19 još uvek traje.

Osim teorijskog značaja, usmerenog na bolje razumevanje sindroma sagorevanja i srodnih fenomena, i važnog praktičnog značaja koje naši nalazi imaju kada je u pitanju kreiranje obuka kojima se kod zdravstvenih radnika razvija kapacitet za mentalizaciju i rezilijentnost u svrhe prevencije sagorevanja na radu i očuvanja subjektivnog blagostanja u vreme pandemije, kao i u planiranju i sprovođenju odgovarajućih intervencija usmerenih na podršku i očuvanje mentalnog zdravlja medicinskog osoblja, ovo istraživanje ima i određena ograničenja.

S obzirom na to da je ovo istraživanje korelacionog dizajna, ono nema mogućnost da proizvede znanja o uzročno-posledičnim odnosima. Potrebna su longitudinalna istraživanja da bi se taj problem rešio. Dalje, budući da smo u prikupljanju podataka koristili instrumente samoprocene, može biti prisutna pristrasnost samoizveštavanja. Takođe, treba se uzeti u obzir i jednocentrična priroda studije, koja ne dozvoljava generalizaciju rezultata kako bi bili validni za celu populaciju zdravstvenih radnika.

Pored navedenih ograničenja, važno je istaći naučni doprinos našeg istraživanja i činjenicu da je deo ovog rada ujedno i prva u svetu objavljena studija koja je ispitivala efekat kapaciteta za mentalizaciju na sindrom sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19.

6. ZAKLJUČCI

Na osnovu analize dobijenih rezultata prikazanih u ovoj doktorskoj disertaciji izvedeni su sledeći zaključci:

1. U odnosu na zdravstvene radnike koji su radili u redovnim kliničkim uslovima, zdravstveni radnici koji su radili u COVID-19 zoni imali su veći stepen izraženosti dimenzija sindroma sagorevanja na radu – emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Ta razlika postoji nezavisno od pola i profesije zdravstvenih radnika.
2. Emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno pozitivno povezana sa njihovim osobinama ličnosti koje se odnose na sklonost prema doživljavanju depresije, anksioznosti i stresa. Emocionalna iscrpljenost i te osobine zajedno ili rastu ili opadaju.
3. Emocionalna iscrpljenost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno negativno povezana sa rezilijentnošću i subjektivnim blagostanjem. Kada rezilijentnost i subjektivno blagostanje zdravstvenih radnika rastu, emocionalna iscrpljenost opada; a kada emocionalna iscrpljenost raste, rezilijentnost i subjektivno blagostanje opadaju.
4. Depersonalizacija kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno pozitivno povezana sa osobinama njihovih ličnosti koje se odnose na sklonost prema doživljavanju depresije, anksioznosti i stresa. Depersonalizacija i te osobine su međusobno uslovljene, tako da zajedno ili rastu ili opadaju.
5. Depersonalizacija kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno negativno povezana sa rezilijentnošću i subjektivnim blagostanjem. Kada rezilijentnost i subjektivno blagostanje zdravstvenih radnika rastu, depersonalizacija opada; a kada depersonalizacija raste, rezilijentnost i subjektivno blagostanje opadaju.
6. Lična efikasnost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno negativno povezana sa osobinama njihovih ličnosti koje se odnose na sklonost prema doživljavanju depresije, anksioznosti i stresa. Doživljaj lične efikasnosti raste kada svojstva depresije, anksioznosti i stresa opadaju.
7. Lična efikasnost kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu kod zdravstvenih radnika je značajno pozitivno povezana sa rezilijentnošću i subjektivnim blagostanjem. Lična efikasnost i ta obeležja zdravstvenih radnika su tako međusobno uslovljena, da rastu ili opadaju zajedno.
8. Povećanje hipomentalizacije kao oblika slabog kapaciteta za mentalizaciju se javlja zajedno sa povišenjem emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Kada zdravstveni radnici zapostavljaju prirodnu tendenciju da interpretiraju svoja i tuđa ponašanja na osnovu intencionalnih mentalnih stanja, doživljavaju veću iscrpljenost i depersonalizaciju na poslu.
9. Obuhvatajući apsolutnu uverenost u tačnost vlastitih teza o svojim i tuđim intencionalnih mentalnim stanjima koje stoje u osnovu ponašanja, u uslovima pandemije kada je komunikacija siromašnija nego u redovnim uslovima, hipermentalizacija je povezana sa manjom emocionalnom iscrpljenošću i depersonalizacijom, kao i sa doživljajem veće lične efikasnosti kao dimenzija sindroma sagorevanja na radu. Zapravo, neproveravanje tih pretpostavki putem neposredne komunikacije sa drugima (pacijentima i kolegama) predstavlja manje rada, te zato i manje emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije, a većeg privida lične efikasnosti.
10. Kako kod zdravstvenih radnika raste rezilijentnost, opadaju emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, hipomentalizacija, sklonost depresiji, anksioznosti i doživljavanju

- stresa; dok im istovremeno raste doživljaj lične efikasnosti na poslu i subjektivno blagostanje.
11. Emocionalna iscrpljenost zdravstvenih radnika je veća kod ženskog pola. Emocionalna iscrpljenost kod zdravstvenih radnika raste kako opada njihov nivo socioekonomskog statusa i sa njihovim lošijim zdravstvenim stanjem. Emocionalna iscrpljenost je veća kada zdravstveni radnici procenjuju da nemaju dovoljno vremena da se odmore nakon posla, kada dolaze u kontakt sa kontaminiranim materijalom, kao i kada su zaposleni na neodređeno vreme. Emocionalna iscrpljenost je veća kod medicinskih tehničara nego kod lekara, zatim, veća je kod zdravstvenih radnika koji su premešteni na nova odeljenja zbog pandemije, kao i kod onih zdravstvenih radnika koji pored dnevnih smena rade i u noćnim smenama. Rast emocionalne iscrpljenosti kod zdravstvenih radnika javlja se zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, zatim, sa porastom njihovih teškoća sa spavanjem, sa povećanjem upotrebe anksiolitika, a kod pušača i sa nemogućnošću da povećaju konzumiranje cigareta.
 12. Depersonalizacija zdravstvenih radnika je veća kod ženskog pola. Depersonalizacija opada sa godinama starosti zdravstvenih radnika i sa većim brojem vlastite dece. Depersonalizacija zdravstvenih radnika je veća sa jačanjem doživljaja da im nedostaje vremena za odmor nakon posla, a takođe, oni koji rade i u noćnim smenama imaju više depersonalizacije nego oni koji rade samo dnevne smene. Rast depersonalizacije kod zdravstvenih radnika javlja se zajedno sa porastom njihove zabrinutosti da će zaraziti svoje ukućane, zatim, sa javljanjem teškoća sa spavanjem, kao i kod pušača koji su povećali konzumiranje cigareta.
 13. Doživljaj lične efikasnosti zdravstvenih radnika raste sa njihovom starošću, sa brojem dece, sa većim brojem njihovih ukućana, sa boljim socioekonomskim statusom i sa porastom njihove religioznosti. Sa povećanjem radnog staža kod zdravstvenih radnika, izraženiji je njihov doživljaj lične efikasnosti.
 14. U modelu regresije emocionalne iscrpljenosti koji objašnjava 52% njene varijanse, ima 11 značajnih prediktora i to su:
 - a) sklonost doživljavanju stresa kod zdravstvenih radnika, tj. opšta vulnerabilnost na stres kao indikator mentalnog zdravlja ili osobina ličnosti koja je ispitana skalom DASS – sa većom opštom ranjivošću zdravstvenih radnika na stresne okolnosti njihova emocionalna iscrpljenost na poslu je veća;
 - b) samoprocena odmora nakon posla – sa nedovoljno odmora nakon posla emocionalna iscrpljenost je veća;
 - c) pol zdravstvenih radnika – u odnosu na muškarce, žene doživljavaju više emocionalne iscrpljenosti;
 - d) pozitivan afektivitet kao aspekt subjektivnog blagostanja – sa više radosti i drugih pozitivnih emocija tokom svakodnevnog života kod zdravstvenih radnika emocionalna iscrpljenost na poslu je manja;
 - e) radno okruženje – rad u COVID-19 uslovima podrazumeva više emocionalne iscrpljenosti nego rad u redovnim kliničkim uslovima;
 - f) godine života – sa većom starošću zdravstvenih radnika javlja se više emocionalne iscrpljenosti na poslu;
 - g) obrazovanje – sa višim stupnjem obrazovanja kod zdravstvenih radnika javlja se više emocionalne iscrpljenosti na poslu;
 - h) kontakt sa kontaminiranim materijalom – zdravstveni radnici koji dolaze u kontakt sa kontaminiranim materijalom imaju više emocionalne iscrpljenosti nego drugi;
 - i) pripadnost rizičnoj grupi – zdravstveni radnici koji pripadaju rizičnim grupama zbog starosti ili hronične bolesti doživljavaju više emocionalne iscrpljenosti na poslu nego drugi;

- j) povećana upotreba cigareta – kod pušača povećana upotreba cigareta dovodi do smanjenja doživljaja emocionalne iscrpljenosti;
 - k) hipermentalizacija – zdravstveni radnici koji su toliko sigurni u sebe tako da ne koriste svoje vreme na proveru vlastitih pretpostavki o tome šta misle i osećaju njihove kolege i pacijenti, doživljavaju manje emocionalne iscrpljenosti.
15. U modelu regresije depersonalizacije koji objašnjava 23% njene varijanse, izdvojeno je 7 značajnih prediktora i to su:
- a) sklonost prema doživljavanju iskustava depresije, koja je ispitana odgovarajućom skalom instrumenta DASS – što je veća sklonost zdravstvenih radnika prema depresivnosti, veća im je i sklonost prema doživljavanju depersonalizacije na radu;
 - b) radno okruženje – depersonalizacija je manja ukoliko ispitanici rade u redovnim kliničkim uslovima, a ne u COVID-19 zoni; rad u COVID-19 zoni predviđa veću depersonalizaciju;
 - c) broj dece – sa rastom broja dece koju imaju zdravstveni radnici, slabiji im je doživljaj depersonalizacije na poslu;
 - d) sklonost doživljavanju stresa ili vulnerabilnost na stresore, kao osobina ličnosti koja je ispitana odgovarajućom subskalom instrumenta DASS – što je kod zdravstvenih radnika veća opšta sklonost prema doživljavanju stresa, izraženija im je depersonalizacija kao dimenzija sagorevanja na radu;
 - e) rezilijentnost – u ovom modelu potencijal rezilijentnosti da bude protektivni faktor mentalnog zdravlja se uglavnom iscrpljuje u njenoj negativnoj vezi sa negativnim indikatorima mentalnog zdravlja koji u ovom modelu neposredno podstiču depersonalizaciju (sklonost depresiji i vulnerabilnost na stres), tako da se ovde njena veza sa depersonalizacijom ispoljava u tome što sa povećanjem rezilijentnosti zdravstveni radnici imaju i veću svest o svojim doživljajima depersonalizacije na poslu, te oni saopštavaju više depersonalizacije na upitniku sindroma sagorevanja na radu (pa je tako rezilijentnost bila pozitivan prediktor depersonalizacije, stvarajući privid da rezilijentnost podstiče depersonalizaciju);
 - f) pol – kod zdravstvenih radnika ženskog pola doživljaj depersonalizacije je izraženiji nego kod muškog pola;
 - g) radni status – zdravstveni radnici koji imaju stalno zaposlenje imaju manje doživljaja depersonalizacije u međuljudskim odnosima na poslu, u odnosu na zaposlene koji nemaju stalan posao (zaposleni na određeno vreme, stažisti i volonteri).
16. U modelu regresije lične efikasnosti koji objašnjava 31% njene varijanse, izdvojeno je 7 značajnih prediktora i to su:
- a) subjektivno blagostanje – sa rastom doživljaja subjektivnog blagostanja, raste i doživljaj lične efikasnosti na poslu; što je subjektivno blagostanje kod zdravstvenih radnika slabije izraženo, slabiji njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu;
 - b) hipermentalizacija – kada kod zdravstvenih radnika raste neopravdana uverenost o tome šta oni sami i njihovi sagovornici osećaju i misle, raste im i uverenost o vlastitoj efikasnosti na poslu; takođe, kada ne postavljaju neproverene teorije o vlastitim i tuđim mentalnim stanjima, smanjuje se njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu;
 - c) broj ukućana sa kojima zdravstveni radnici žive – sa većim brojem ukućana, kod zdravstvenih radnika raste i doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu; što je broj ukućana u njihovom domu manji, slabiji doživljaj njihove lične efikasnosti na poslu;
 - d) starost zdravstvenih radnika – što su zdravstveni radnici stariji, njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu je povoljniji;
 - e) problemi sa spavanjem – zdravstveni radnici koji nemaju probleme sa spavanjem u toku pandemije, imaju slabiji doživljaj lične efikasnosti, tj. zdravstveni radnici koji

izveštavaju da imaju problema sa spavanjem ujedno doživljavaju veću ličnu efikasnost na poslu;

- f) religioznost – sa rastom stepena religioznosti, kod zdravstvenih radnika raste njihov doživljaj lične efikasnosti na poslu; sa slabijom religioznošću, kod zdravstvenih radnika slabi i doživljaj lične efikasnosti na poslu;
- g) radni status – zdravstveni radnici koji nemaju stalno zaposlenje imaju povoljniji doživljaj lične efikasnosti od zdravstvenih radnika koji imaju stalan posao.

7. LITERATURA

- Adam, S., Mohos, A., Kalabay, L., & Torzsa, P. (2018). Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. *BMC family practice*, *19*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0886-3>
- Ahn, D. G., Shin, H. J., Kim, M. H., Lee, S., Kim, H. S., Myoung, J., ... & Kim, S. J. (2020). Current status of epidemiology, diagnosis, therapeutics, and vaccines for novel coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Microbiology and Biotechnology*, *30*(3), 313–324. <https://doi.org/10.4014/jmb.2003.03011>
- Akova, İ., Kiliç, E., & Özdemir, M. E. (2022). Prevalence of Burnout, Depression, Anxiety, Stress, and Hopelessness Among Healthcare Workers in COVID-19 Pandemic in Turkey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *59*. <https://doi.org/10.1177/00469580221079684>
- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Anesthesia and analgesia*, *131*, 43–54. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>
- American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology* (G. R. VandenBos, Eds.). Washington, DC: Author.
- Anis, L., Perez, G., Benzies, K. M., Ewashen, C., Hart, M., & Letourneau, N. (2020). Convergent validity of three measures of reflective function: Parent development interview, parental reflective function questionnaire, and reflective function questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *11*, 574719. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.574719>
- Argentero, P., Bonfiglio, N. S., & Pasero, R. (2006). Burnout in volunteer health workers. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, *28*(3 Suppl 2), 77–82.
- Bakhamis, L., Paul, D. P., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an Epidemic. *The Health Care Manager*, *38*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000243>
- Barbosa, F. T., Leão, B. A., Tavares, G. M. S., & Santos, J. G. R. P. D. (2012). Síndrome de burnout e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: estudo transversal. *São Paulo Medical Journal*, *130*, 282–288. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000500003>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, *290*, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Batz, C., & Tay, L. (2018). Gender differences in subjective well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

Bekker, M. H., Croon, M. A., & Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress*, *19*(3), 221–237. <https://doi.org/10.1080/02678370500286095>

Bhugra, D., Molodynski, A., & Ventriglio, A. (2021). Well-being and burnout in medical students. *Industrial psychiatry journal*, *30*(2), 193–197. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_224_21

Bohlken, J., Schömig, F., Seehagen, T., Köhler, S., Gehring, K., Roth-Sackenheim, C., ... & Riedel-Heller, S. G. (2020). Erfahrungen und Belastungserleben niedergelassener Neurologen und Psychiater während der COVID-19-Pandemie [Experience of Practice-Based Psychiatrists and Neurologists During the COVID-19 Pandemic]. *Psychiatrische Praxis*, *47*(04), 214–217. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5575>

Bozdağ, F., & Ergün, N. (2020). Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic. *Psychological reports*, *124*(6), 2567–2586. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>

Bradley, M., & Chahar, P. (2020). Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. Online ahead of print. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc051>

Brera, A. S., Arrigoni, C., Dellafiore, F., Odone, A., Magon, A., Nania, T., Pittella, F., Palamenghi, L., Barello, S., & Caruso, R. (2021). Burnout syndrome and its determinants among healthcare workers during the first wave of the Covid-19 outbreak in Italy: a cross-sectional study to identify sex-related differences. *La Medicina del lavoro*, *112*(4), 306–319. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i4.11316>

Burrer, S. L., Perio, M. A., Hughes, M. M., Kuhar, D. T., Luckhaupt, S. E., Mcdaniel, C. J., ... & Walters, M. (2020). Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(15), 477–481. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>

Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: Implications for conceptualization, operationalization, analysis, and synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, *15*, 290–314.

Čabarkapa, M. (2017). *Profesionalni stres - psihologija stresa na radu*. Beograd: Zavod za udžbenike.

Čabarkapa, M., Safiye, T., & Gutić, M. (2022). Psychosocial stress and risk assessment during the COVID-19 pandemic: Some preliminary thoughts. *International Journal of Population Studies*, *8*(2), 1–5. <https://doi.org/10.18063/ijps.v8i2.1335>

Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., ... & Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of affective disorders*, *275*, 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.031>

Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian journal of psychiatry*, *51*, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>

- Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(10), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- Carneiro, É. M., Navinchandra, S. A., Vento, L., Timóteo, R. P., & de Fátima Borges, M. (2019). Religiousness/spirituality, resilience and burnout in employees of a public hospital in Brazil. *Journal of religion and health*, *58*(2), 677–685. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0691-2>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J.-J., Jen, H.-J., Kang, X. L., Kao, C.-C., & Chou, K.-R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(1), 102–116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Chirico, F. (2016). Job stress models for predicting burnout syndrome: a review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, *52*(3), 443–456. https://doi.org/10.4415/ANN_16_03_17
- Cilingir, D., Gursoy, A. A., & Colak, A. (2012). Burnout and job satisfaction in surgical nurses and other ward nurses in a tertiary hospital: A comparative study in Turkey. *HealthMED*, *6*(9), 3120–3128.
- Cortina-Rodríguez, G., & Afanador, Y. (2020). Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic. *Preprints*, 2020070451. <https://doi.org/10.20944/preprints202007.0451.v1>
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>
- Cucchi, A., Hampton, J. A., & Moulton-Perkins, A. (2018). Using the validated Reflective Functioning Questionnaire to investigate mentalizing in individuals presenting with eating disorders with and without self-harm. *PeerJ*, *6*, e5756. <https://doi.org/10.7717/peerj>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anaesthesia*, *13*, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Dedić, G. (2005). Sindrom sagorevanja na radu. *Vojnosanitetski pregled*, *62*(11), 851–855.
- Denning, M., Goh, E. T., Tan, B., Kanneganti, A., Almonte, M., Scott, A., ... & Kinross, J. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *Plos one*, *16*(4), e0238666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238666>
- Di Giuseppe, M., Nepa, G., Prout, T. A., Albertini, F., Marcelli, S., Orrù, G., & Conversano, C. (2021). Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of defense mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(10), 5258. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105258>
- Di Giuseppe, M., Nepa, G., Prout, T. A., Albertini, F., Marcelli, S., Orrù, G., & Conversano, C. (2021). Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19

- emergency: the role of defense mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5258. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105258>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1–31 .
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
- Diener, Ed. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *The American psychologist*, 55, 34–43.
- Dimitriu, M. C., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., ... & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144, 109972. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., ... & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1885. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Elhadi, M., Msherghi, A., Elgzairi, M., Alhashimi, A., Bouhuwaish, A., Biala, M., ... & BenGhatnsh, A. (2021). The mental well-being of frontline physicians working in civil wars under coronavirus disease 2019 pandemic conditions. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 598720. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.598720>
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13(5), 482–488. <https://doi.org/10.1097/mcc.0b013e3282efd28a>
- Ferreira, P., & Gomes, S. (2021). The role of resilience in reducing burnout: A study with healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Social Sciences*, 10(9), 317. <https://doi.org/10.3390/socsci10090317>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fridner, A., Belkic, K., Marini, M., Sendén, M. G., & Schenck-Gustafsson, K. (2012). Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress?. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13626. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13626>
- Galanis, P., Vrakka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3286–3302. <https://doi.org/10.1111/jan.14839>

- Galbraith, N., Boyda, D., Mcfeeters, D., & Hassan, T. (2020). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 1–4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 527–533. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>
- García-Izquierdo, M., Meseguer de Pedro, M., Ríos-Risquez, M. I., & Sánchez, M. (2018). Resilience as a Moderator of Psychological Health in Situations of Chronic Stress (Burnout) in a Sample of Hospital Nurses. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 228–236. <https://doi.org/10.1111/jnu.12367>
- Gemine, R., Davies, G. R., Tarrant, S., Davies, R. M., James, M., & Lewis, K. (2021). Factors associated with work-related burnout in NHS staff during COVID-19: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ open*, 11(1), e042591. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042591>
- Ghahramani, S., Lankarani, K. B., Yousefi, M., Heydari, K., Shahabi, S., & Azmand, S. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 758849. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of community & applied social psychology*, 11(3), 211–215. <https://doi.org/10.1002/casp.614>
- Handeland, T. B., Kristiansen, V. R., Lau, B., Håkansson, U., & Øie, M. G. (2019). High degree of uncertain reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100193. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100193>
- Harms, P. D., Brady, L., Wood, D., & Silard, A. (2018). Resilience and well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI:nobascholar.com
- Hazell, K. W. (2010). *Job Stress, Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave Among Registered Nurses Employed in Hospital Settings in the State of Florida* [Doctoral dissertation, Lynn University]. SPIRAL. <https://spiral.lynn.edu/etds/237>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Howe, A., Smajdor, A. & Stockl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical education*, 46, 349–356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>

- Huang, L., Harsh, J., Cui, H., Wu, J., Thai, J., Zhang, X., ... & Wu, W. (2020). A randomized controlled trial of Balint groups to prevent burnout among residents in China. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00957>
- Huo, L., Zhou, Y., Li, S., Ning, Y., Zeng, L., Liu, Z., ... & Zhang, X. Y. (2021). Burnout and its relationship with depressive symptoms in medical staff during the COVID-19 epidemic in China. *Frontiers in Psychology*, 12, 616369. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.616369>
- Institut za javno zdravlje Kragujevac – Centar za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite. Dostupno na: <https://izjzkg.rs/centar-za-analizu-planiranje-i-organizaciju-zdravstvene-zastite/>, datum pristupa: 01.07.2021.
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. Statistički podaci o COVID-19 u Republici Srbiji. Dostupno na: <https://covid19.rs>, datum pristupa: 01.07.2021.
- Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson, J. (2008). Building physician resilience. *Canadian Family Physician*, 54(5), 722–729.
- Jovanović, V. (2010). Validity of the short subjective well-being scale. *Primenjena psihologija* 3(2), 175–190. <https://doi.org/10.19090/pp.2010.2.175-190>
- Jovanović, V., & Novović, Z. (2008). Kratka skala subjektivnog blagostanja – novi instrument za procenu pozitivnog mentalnog zdravlja. *Primenjena psihologija*, 1(1-2), 77–94.
- Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (2014). Psihometrijska evaluacija Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa–21 (DASS–21) na uzorku studenata u Srbiji. *Psihologija*, 4759, 93–112. <https://doi.org/10.2298/PSI1401093J>
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30047-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30047-x)
- Kelly, F., Uys, M., Bezuidenhout, D., Mullane, S. L., & Bristol, C. (2021). Improving Healthcare Worker Resilience and Well-Being During COVID-19 Using a Self-Directed E-Learning Intervention. *Frontiers in Psychology*, 12, 748133. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.748133>
- Kiekkas, P., Spyrtos, F., Lampa, E., Aretha, D., & Sakellaropoulos, G. C. (2010). Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopaedic Nursing*, 29(3), 203–209. <https://doi.org/10.1097/NOR.0b013e3181db53ff>
- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, 6, 1861–1863. <https://doi.org/10.3205/hta000087>
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, 8, Doc05. <https://doi.org/10.3205/hta000103>
- Kramer, V., Papazova, I., Thoma, A., Kunz, M., Falkai, P., Schneider-Axmann, T., ... & Hasan, A. (2021). Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during

- the COVID-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 271(2), 271–281. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lakomý, M., & Kafková, M. P. (2017). Resilience as a factor of longevity and gender differences in its effects. *Sociologicky Casopis*, 53(3), 369. <https://doi.org/https://doi.org/10.13060/00380288.2017.53.3.336>
- Leiter, M. P. (2018). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237–250). CRC Press.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2014). *Interventions to prevent and alleviate burnout*. In M. P. Leiter, A. B. Bakker, & C. Maslach (Eds.), *Current issues in work and organizational psychology. Burnout at work: A psychological perspective* (pp. 145–167). Psychology Press.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Li, D., Wang, Y., Yu, H., Duan, Z., Peng, K., Wang, N., ... & Wang, X. (2021). Occupational burnout among frontline health professionals in a high-risk area during the COVID-19 outbreak: a structural equation model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575005. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575005>
- Liu, Z., Wu, J., Shi, X., Ma, Y., Ma, X., Teng, Z., ... & Zeng, Y. (2020). Mental health status of healthcare workers in China for COVID-19 epidemic. *Annals of Global Health*, 86(1), 128. <https://doi.org/10.5334/aogh.3005>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Low, Z. X., Yeo, K. A., Sharma, V. K., Leung, G. K., McIntyre, R. S., Guerrero, A., ... & Ho, R. C. (2019). Prevalence of burnout in medical and surgical residents: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1479. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>

- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual review of clinical psychology, 16*, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Lv, Y., Zhang, Z., Zeng, W., Li, J., Wang, X., & Luo, G. Q. (2020). Anxiety and depression survey of Chinese medical staff before and during COVID-19 defense. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3551350>
- Manzano García, G., & Ayala Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing, 77*(2), 832–844. <https://doi.org/10.1111/jan.14642>
- Manzano-Garcia, G., Ayala-Calvo, J. G., & Desrumaux, G. (2020). Entrepreneurs' Capacity fo Mentalizing: Its influence on Burnout Syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010003>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). *Understanding burnout: New models*. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56). Wiley Blackwell.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. *Maslach Burnout Inventory: Manual: Includes These MBI Review Copies: Human Services—MBI-HSS, Medical Personnel—MBI-HSS (MP), Educators—MBI-ES, General—MBI-GS, Students—MBI-GS (S)*. Mind Garden: Menlo Park, CA, USA, 2017.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA network open, 3*(8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>
- McKinley, N., Karayanis, P. N., Convie, L., Clarke, M., Kirk, S. J., & Campbell, W. J. (2019). Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgraduate Medical Journal, 95*(1121), 140–147. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136135>
- McKinley, N., McCain, R. S., Convie, L., Clarke, M., Dempster, M., Campbell, W. J., & Kirk, S. J. (2020). Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ open, 10*(1), e031765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>
- Medeiros, A. I. C. D., Mesquita, R. B. D., Macêdo, F. D. S., Matos, A. G. D. C., & Pereira, E. D. (2022). Prevalence of burnout among healthcare workers in six public referral hospitals in northeastern Brazil during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0287.r1.291021>
- Mills, J. & Mckimm, J. (2016). Resilience: why it matters and how doctors can improve it. *British Journal of Hospital Medicine, 77*(11), 630–633. <https://doi.org/10.12968/hmed.2016.77.11.630>
- Mosalanejad, L., Abdolahifard, K., & Jahromi, M. G. (2013). Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global journal of health science, 6*(1), 192–200. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p192>

- Mosheva, M., Hertz-Palmor, N., Dorman Ilan, S., Matalon, N., Pessach, I. M., Afek, A., ... & Gothelf, D. (2020). Anxiety, pandemic-related stress and resilience among physicians during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*, 37(10), 965–971. <https://doi.org/10.1002/da.23085>
- Mosolova, E., Sosin, D., & Mosolov, S. (2021). Stress, anxiety, depression and burnout in frontline healthcare workers during two peaks of COVID-19 pandemic in Russia. *Psychiatry research*, 306, 114226. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114226>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., ... & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Nishimura, Y., Miyoshi, T., Hagiya, H., Kosaki, Y., & Otsuka, F. (2021). Burnout of healthcare workers amid the COVID-19 pandemic: A Japanese cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2434. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052434>
- Oates, J., Jones, J., & Drey, N. (2017). Subjective well-being of mental health nurses in the United Kingdom: Results of an online survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 391–401. <https://doi.org/10.1111/inm.12263>
- Patrão, C. (2012). Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos [Burnout in Palliative Care Nurses]. Ph.D. Thesis, Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal. Available online: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1805> (accessed on 1 August 2021).
- Petrelli, F., Scuri, S., Tanzi, E., Thu, T., Nguy, C., & Grappasonni, I. (2018). Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta BioMed*, 90, 24–30. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.7626>
- Pollán, M., Perez-Gomez, B., Pastor-Barriuso, R., Oteo, J., Hernán, M. A., Pérez-Olmeda, M., ... & Group, E. S. (2020). A Population-Based Seroepidemiological Study of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID). *Lancet*, 396(10250), 535–544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31483-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31483-5)
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S., & Pereira, A.M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25, 330–335. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.246>
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008>
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*, 395(10231), 1225–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)

Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2020). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory Medicine*, 176, 106219. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219>

Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>

Safiye, T., Vukčević, B., & Čabarkapa, M. (2021). Resilience as a moderator in the relationship between burnout and subjective well-being among medical workers in Serbia during the COVID-19 pandemic. *Vojnosanitetski pregled*, 78(11), 1207–1213. <https://doi.org/10.2298/VSP210517070S>

Salazar de Pablo, G. S., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., ... & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>

Sample Size Calculator – Australian Bureau of Statistics. Dostupno na: <https://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/home/sample+size+calculator>, datum pristupa: 01.07.2021.

Sandvik, E., Diener, E., & Seidlitz, L. (1993). Subjective well-being: The convergence and stability of self-report and non-self-report measures. *Journal of Personality*, 61, 317–342. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1993.tb00283.x>

Sanfilippo, F., Noto, A., Foresta, G., Santonocito, C., Palumbo, G. J., Arcadipane, A., ... & Maybauer, M. O. (2017). Incidence and factors associated with burnout in anesthesiology: a systematic review. *BioMed research international*, 2017, 8648925. <https://doi.org/10.1155/2017/8648925>

Sayılan, A. A., Kulakac, N., & Uzun, S. (2021). Burnout levels and sleep quality of COVID-19 heroes. *Perspectives in psychiatric care*, 57(3), 1231–1236. <https://doi.org/10.1111/ppc.12678>

Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., Griem, J., Kieschke, U., & Ginkelmaier, S. (2021). The relationship between global distress, mentalizing and well-being in a German teacher sample. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01467-3>

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Slišković, A., & Burić, I. Brief Resilience Scale. (2018). In: Slišković, A., Burić, I., Adorić, Č.C., Nikolić, M., Junaković, T.I., Eds. *Collection of psychological scales and questionnaires*, 9, 7–12. Zadar: Sveučilište u Zadru.

Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9, 679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>

Stewart, N. H., & Arora, V. M. (2019). The impact of sleep and circadian disorders on physician burnout. *Chest*, 156, 1022–1030. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.07.008>

Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0061-x>

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., & Crudele, M. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova. Službeni glasnik RS, br. 5/2020. Dostupno na https://www.paragraf.rs/propisi/uredba_o_planu_mreze_zdravstvenih_ustanova.html, datum pristupa: 03.05.2022.

Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 25(3), 278–280. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>

Vinnikov, D., Dushpanova, A., Kodasbaev, A., Romanova, Z., Almukhanova, A., Tulekov, Z., ... & Ussatayeva, G. (2019). Occupational burnout and lifestyle in Kazakhstan cardiologists. *Archives of Public Health*, 77(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0345-1>

Vojvodić, A. & Dedić, G. (2020). Correlation Between Burnout Syndrome and Anxiety in Military Personnel. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, 21(1), 59–65. <https://doi.org/10.2478/sjecr-2018-0004>

Vučković-Dekić, L., Radulović, S., Stanojević-Bakić, N., Jelić, S., Borojević, N., Stojanović, N., ... & Milenković, P. B. (2007). Code of ethics in science and research Good scientific practice. *Stomatološki glasnik Srbije*, 54(2), 132–140. <https://doi.org/10.2298/SGS0702132V>

Vujčić, I., Safiye, T., Milikić, B., Popović, E., Dubljanin, D., Dubljanin, E., Dubljanin, J., & Čabarkapa, M. (2021). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic and Mental Health Status in the General Adult Population of Serbia: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1957.

Wachholtz, A., & Rogoff, M. (2013). The relationship between spirituality and burnout among medical students. *Journal of Contemporary Medical Education*, 1(2), 83–91. <https://doi.org/10.5455/jcme.20130104060612>

Wahlster, S., Sharma, M., Lewis, A. K., Patel, P. V., Hartog, C. S., Jannotta, G., Blissitt, P., Kross, E. K., Kassebaum, N. J., Greer, D. M., Curtis, J. R., & Creutzfeldt, C. J. (2021). The

- Coronavirus Disease 2019 Pandemic's Effect on Critical Care Resources and Health-Care Providers: A Global Survey. *Chest*, 159(2), 619–633. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.070>
- Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J., Jang, K. L., & Stapleton, J. (2006). *Literature review of concepts: Psychological resiliency* (No. DRDC-CR-2006–073).
- Wang, L., Wang, H., Shao, S., Jia, G., & Xiang, J. (2020). Job Burnout on Subjective Well-Being Among Chinese Female Doctors: The Moderating Role of Perceived Social Support. *Frontiers in Psychology*, 11, 435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00435>
- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? *Occupational Medicine*, 50(7), 512–517. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M., Sazpinar, O., Gehrke, S., ... & Spiller, T. R. (2020). Health Care Workers' Mental Health During the First Weeks of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland – A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 594340. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.594340>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., ... & Shanafelt, T. D. (2020). Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Network Open*, 3(7), e209385. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>
- WHO. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. Dostupno na: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>, datum pristupa: 01.07.2021.
- Wong, A., Olusanya, O., Parulekar, P., & Highfield, J. (2021). Staff wellbeing in times of COVID-19. *Journal of the Intensive Care Society*, 22(4), 328–334. <https://doi.org/10.1177/1751143720968066>
- World Health Organization (2020). Rational use of Personal Protective Equipment for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Available online at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf (accessed June 20, 2021).
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., ... & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e60–e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X., & Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: a multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, 274, 405–410. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>

- Yıldırım, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Studies*, *46*(3), 524–532. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1818885>
- Yu, F., Raphael D, Mackay L., Smith M., & King A. (2019). Personal and Work-Related Factors Associated with Nurse Resilience: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, *93*, 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German medical science : GMS e-journal*, *18*, 1–9. <https://doi.org/10.3205/000281>
- Zhang, X., Wang, J., Hao, Y., Wu, K., Jiao, M., Liang, L., ... & Yin, W. (2021). Prevalence and factors associated with burnout of frontline healthcare workers in fighting against the COVID-19 pandemic: Evidence from china. *Frontiers in Psychology*, *12*, 680614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680614>
- Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., ... & Zhu, C. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 565520. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565520>

BIOGRAFIJA

Doktorand Teodora Safiye je rođena 03.06.1994. godine u Beogradu. Trenutno ima akademski naziv master psiholog, koji je stekla 25.06.2019. godine na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, na Odeljenju za psihologiju. Iste, 2019. godine je upisala doktorske akademske studije medicinskih nauka, smer Neuronauke na Fakultetu medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu. Usmeni doktorski ispit iz oblasti Neuronauka položila je 30.10.2021. godine sa ocenom 10, i time stekla ukupnu prosečnu ocenu 9,50.

Psihoterapeut je i nezavisni istraživač. Predsednik je nevladine i neprofitne organizacije pod nazivom Klub za um, čija je oblast ostvarivanja ciljeva obrazovanje, savetovanje i istraživanje u oblasti mentalnog zdravlja.

Dosadašnja naučno-istraživačka aktivnost Teodore Safiye ogleda se u objavljivanju 28 bibliografskih jedinica. Od 2018. godine do danas, kao autor i koautor objavila je (ili u ovom trenutku ima prihvaćen i u procesu štampe) prema kategorijama: dva naučna rada kategorije M21, jedan M23, jedan M24, jedan M13, pet M33, osam M34, pet M64 i pet M51 radova.

Iz oblasti teme doktorske disertacije je objavila poglavlje “The impact of COVID-19 on mental health: The protective role of resilience and capacity for mentalizing” u knjizi međunarodnog značaja pod nazivom Mental Health – Preventive Strategies.

Autorski rad koji je deo istraživanja iz doktorske disertacije pod naslovom “Resilience, mentalizing and burnout syndrome among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Serbia” je objavila u časopisu M21 kategorije.

Urednik je međunarodnog naučnog časopisa *Annals of Neurology and Neurosurgery*, i recenzent u brojnim prestižnim svetskim naučnim časopisima.

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

„Синдром сагоревања на раду и ментално здравље код здравствених радника током пандемије COVID-19“

представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,

У Крагујевцу, 23.12.2022. године,

T. Safiye

потпис аутора

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

„Sindrom sagorevanja na radu i mentalno zdravlje kod zdravstvenih radnika tokom pandemije COVID-19“

истоветне.

У Крагујевцу, 23.12.2022. године,

T. Safiye

потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, **Teodora Safiye,**

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

„Синдром sagorevanja на раду и ментално здравље код здравствених радника током пандемије COVID-19“

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

1) Ауторство

2) Ауторство - делим под истим условима

3) Ауторство - без прерада

4) Ауторство - некомерцијално

5) Ауторство - некомерцијално - делим под истим условима

6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 23.12.2022. године,

T. Safiye

потпис аутора

²Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>