

УНИВЕРЗИТЕТ “СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЈ”

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ

Докторски студии по јавно здравство



**ПОВРЗАНОСТА МЕЃУ СТРЕСОТ НА РАБОТА, СИНДРОМОТ НА СОГОРУВАЊЕ
И ЖИВОТНИОТ СТИЛ КАЈ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ**

- докторска дисертација -

Ментор:
проф. д-р. Јованка Караџинска – Бислимовска

Кандидат:
м-р Марина Бачановиќ

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ	i
ABSTRACT	iv
1. ВОВЕД	1
1.1. Дефинирање на поимот стрес	1
1.2. Стрес поврзан со работата	3
1.1.1. Стресоги фактори-стресори	3
1.1.2. Видови реакции на стресот поврзан со работата кај работниците	5
1.3. Синдром на согорување	6
1.3.1. Поим на синдром на согорување	6
1.3.2. Моделот на барања на работа-ресурси на работа (Job Demand-Resources Model JD-R)	8
1.4. Стресот поврзан со работата и синдромот на согорување кај здравствените работници	9
1.4.1. Влијанието на пандемијата КОВИД-19 врз појавата на стресот и синдромот на согорување кај здравствените работници и ефекти врз здравствените системи	13
1.5. Животен стил кај здравствените работници	15
1.5.1. Епидемиолошки податоци за поврзаноста на појавата на стресот на работа и синдромот на согорување со животниот стил кај здравствените работници	16
1.6. Стратегии и програми за промоција на протективен животен стил и справување со стресот кај здравствените работници	17
2. МОТИВ ЗА ИЗРАБОТКА НА СТУДИЈАТА	19
3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	20
3.1. Главна цел	20
3.2. Специфични цели	20
4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ	20
4.1. Епидемиолошки дизајн	20
4.2. Одредување на примерокот	21
4.3. Методи - основни инструменти на истражувањето (прашалници)	22
4.4. Статистичка анализа	25
5. РЕЗУЛТАТИ	26
5.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците	26
5.1.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците според дејноста на која припаѓаат	28

5.1.2. Социо-демографски карактеристики на испитаниците според работното место (профил)	33
5.2. Барања на работното место.....	36
5.3. Ресурси на работното место	40
5.4. Синдром на согорување.....	43
5.5. Животен стил и здравствена состојба.....	53
5.6. Биваријантна анализа.....	65
5.6.1. Поврзаност помеѓу барањата на работното место, ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците	65
5.6.2. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и социо-демографските карактеристики на испитаниците	66
5.6.3. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и животниот стил кај испитаниците	67
5.6.4. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристики на работата кај испитаниците.....	70
5.6.5. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристики на работата кај испитаниците	71
5.6.6. Поврзаност помеѓу барањата на работното место и нивоата на емоционална исцрпеност кај испитаниците	73
5.6.7. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и протективниот животен стил кај испитаниците	73
5.6.8. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и ризичниот животен стил кај испитаниците	74
5.6.9. Поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и употребата на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците	76
5.6.10. Поврзаност на нивоата на емоционална исцрпеност со здравствени проблеми поврзани со работата кај испитаниците	76
5.6.11. Поврзаност помеѓу нивоата на негативен став кон работата и здравствени проблеми поврзани со работата кај испитаниците	77
5.6.12. Поврзаност помеѓу синдромот на согорување и здравствените проблеми поврзани со работата кај испитаниците	78
5.6.13. Поврзаност помеѓу ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците	79
5.7. Мултипла регресиона анализа	80
6. ДИСКУСИЈА	107
6.1. Структура на примерокот	107
6.2. Барања на работното место.....	111

6.3. Ресурси на работното место	115
6.4. Синдром на согорување кај здравствените работници	118
6.5. Модел на барања - ресурси на работа (JD-R).....	122
6.6. Животен стил кај здравствените работници.....	129
6.6.1. Поврзаност на синдромот на согорување и неговите димензии (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) со животниот стил кај здравствените работници	131
6.6.2. Променети навики (здравствени однесувања) кај испитаниците за време на пандемијата со КОВИД-19	135
6.6.3. Здравствени проблеми кај здравствените работници	136
6.6.4. Поврзаност помеѓу барањата на работното место и животниот стил кај здравствените работници	140
7. ЗАКЛУЧОЦИ	141
8. Стратегии и предлог мерки за справување со стресот поврзан со работата, спречување на појавата на синдром на согорување и промоција на здрав животен стил кај здравствените работници	147
8.1. Стратегии и предлог мерки на индивидуално ниво	148
8.2. Стратегии и предлог мерки на организациско ниво	149
8.3. Стратегии и предлог мерки на национално ниво.....	151
9. ЛИТЕРАТУРА.....	153
- ПРИЛОГ	169

АПСТРАКТ

Вовед. Стресот поврзан со работата и синдромот на согорување претставуваат значаен јавно здравствен проблем и имаат штетно влијание на здравјето на луѓето. Здравствените работници заради карактерот на својата работа се изложени на специфични психосоцијални фактори на работното место кои што можат да бидат поврзани со високи барања на работа или со намалени ресурси што, пак, води до умерен или висок стрес кој во услови на продолжено делување може да ефектуира и во синдром на согорување и да влијае на нивниот животен стил. **Целта на трудот.** Да се проценат ефектите на стресот поврзан со работата и синдромот на согорување на животниот стил кај здравствените работници, односно да се утврди нивната меѓусебна поврзаност. **Материјал и методи.** Истражувањето претставува дескриптивно - аналитичка студија на пресек (cross sectional study) спроведено кај 415 испитаници вработени во здравствени установи во кои се врши болничка односно вонболничка дејност во нашата држава категоризирани во три групи во зависност од нивните работни задачи: здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници во вонболничка дејност и вработени кои не се здравствени работници (помошно-технички и административен персонал). Со цел да се детерминира појавата на стресот поврзан со работата и синдромот на согорување, како и нивната поврзаност со животниот стил кај здравствените работници, беа применети неколку стандардизирани и специјално дизајнирани прашалници за добивање на релевантни податоци: Прашалник за демографски податоци, податоци за карактеристиките на работата и идентификување на стресогените фактори, Прашалник за барањата на работното место, Прашалник за ресурсите на работното место, Прашалник за синдромот на согорување - Maslach Burnout Inventory (MBI), Прашалник за животниот стил и здравствената состојба кај здравствените работници. Статистичката анализа беше изработена во статистички програми: STATISTICA 12.0; IBM SPSS Statistics 20.0, а обработените податоци се прикажани табеларно и графички. **Резултати.** Во однос на демографските карактеристики и карактеристиките на работното место (возраст, вкупен работен стаж, должина на работен стаж на работното место и број на работни часови во текот на неделата), не се утврдени статистички сигнификантни разлики помеѓу испитуваните групи, што укажува на тоа дека по овие прашања групите се хомогени. Добиените резултати од карактеристиките на работата покажаа дека најголем процент од

испитуваните здравствени работници во болничка дејност (општи доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари, медицински сестри/техничари со три годишни студии) работеле во ноќна смена и со пациенти заболени со КОВИД-19, наспроти испитаниците од вонболничка дејност и администрација. Во однос на барањата на работното место, просечната вредност на физичките барања на работното место (3.3) во вкупниот примерок е значајно поголема во споредба со просечните вредности на сите останати видови барања на работното место, особено кај испитаниците од болничка дејност (3.5) споредено со испитаниците од вонболничка дејност (3.2) и администрација (3.0). Понатаму, во поглед на димензиите на синдром на согорување, утврдено е високо ниво на емоционална исцрпеност (27.5) и средно ниво на негативен став кон работата (12.3) кај здравствените работници со највисоки нивоа на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата кај здравствените работници од болничка дејност (29.2 и 13.1 последователно). Имено, појавата на синдромот на согорување е детектирана во сигнификантно поголем процент од 51.6% кај испитаниците од болничка дејност во споредба со останатите две испитувани групи. Во однос на стресогените фактори коишто произлегоа од карактеристиките на работата, утврдено е сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност кај испитаниците кои работеле во ноќна смена и оние кои работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 во споредба со испитаниците кои не работеле во ноќна смена и со пациенти заболени со КОВИД-19. Дополнително, утврдена е сигнификантна позитивна умерено јака корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и барањата на работното место и сигнификантна умерено слаба негативна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и ресурсите на работното место. Така, физичките барања на работното место и емоционалните барања на работното место се идентификувани како значајни позитивни предиктори за емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата и сигнификантно ги зголемуваат шансите за развој на синдром на согорување за 1.7 пати ($\exp B$ 1.783(1.142-2.782) и 3 пати ($\exp B$ 3.241(1.864-5.653), последователно, додека ресурсите на работа: плата ($Beta = -0.324, p = .000$) и поддршка од претпоставените ($Beta = -0.521, p = .000$) имаат значајна негативна предиктивна вредност врз висината на негативниот став кон работата кај испитаниците. Во однос на карактеристиките на животниот стил, утврдено е дека испитаниците од болничка дејност сигнификантно поретко појадувале, пиеле сигнификантно повеќе кафиња во текот на денот и почесто употребувале аналгетици

во текот на неделата споредено со испитаниците од вонболничка дејност и административна администрација. Дополнително, со анализата на поврзаноста помеѓу димензиите на синдромот на согорување и животниот стил кај испитаниците идентификувана е сигнификантна слаба позитивна корелација помеѓу емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата со бројот на оброци/консумација на брза храна во текот на неделата, бројот на испиени чаши алкохол кога испитаниците консумирале алкохол и фреквенцијата на употреба на таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата, а сигнификантна слаба негативна корелација е идентификувана помеѓу емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата со честотата/бројот на појадници во текот на неделата и времетраењето (должина) на сонот во текот на една ноќ. Исто така, детектирани се слаби, но статистички значајни корелации помеѓу различните видови барања на работното место (физички, организациски, емоционални и когнитивни) и одредени животни навики, односно со зголемување на барањата на работното место, се зголемува и веројатноста за почесто јадење на брза храна, пушење, консумација на алкохол, како и користење на аналгетици. Од друга страна, утврдена е слаба негативна корелација меѓу физичките барања и времетраењето на сонот, како и меѓу емоционалните барања и фреквенцијата на вежбање, што укажува дека со зголемување на овие барања, се намалува времето наменето за спиење и физичка активност. **Заклучок.** Истражувањето обезбедува детален преглед и анализа на феноменот на стрес поврзан со работата, синдромот на согорување и главните карактеристики на животниот стил кај испитуваните групи здравствени работници во наша средина. Имајќи ја предвид важноста од воспоставување на рамнотежа помеѓу барањата и ресурсите на работното место, овие резултати можат да бидат особено корисни во подобрување на условите за работа во здравствените установи. Добиените резултати обезбедија солидна основа за развој на стратегии за превенцијата на стресот поврзан со работата, синдромот на согорување кај здравствените работници, како и промоција на протективен животен стил заради унапредување на здравјето на здравствените работници, а со крајна цел подобрување на квалитетот на грижата за пациентите.

Клучни зборови: здравствени работници, стрес поврзан со работата, барања на работното место, ресурси на работното место, синдром на согорување, животен стил

ABSTRACT

Introduction. Work-related stress and burnout syndrome represent a significant public health issue and have a detrimental impact on people's health. Due to the nature of their job, healthcare workers are exposed to specific psychosocial factors at the workplace that can be associated with high job demands or reduced resources, leading to moderate or high stress, therefore if this condition lasts longer, it can result in burnout syndrome and affect their lifestyle. **Objective.** The aim of this paper is to assess the effects of work-related stress and burnout syndrome on the lifestyle of healthcare workers, specifically to determine their interrelation. **Material and Methods.** The research is a descriptive and analytical cross sectional study conducted among 415 respondents employed in health facilities in our country, where hospital and outpatient activities are carried out, categorized into three groups depending on their work tasks: health workers in hospital activity, health workers in outpatient activity, and employees who are not health workers (technical support staff and administrative staff). To determine the occurrence of work-related stress and burnout syndrome, as well as their relation to the lifestyle of healthcare workers, several standardized and specially designed questionnaires were used to gather relevant data: Demographic Data Questionnaire, Job Characteristics and Stress Factors Identification Questionnaire, Job Demands Questionnaire, Job Resources Questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), and a Lifestyle and Health Behaviours Questionnaire. Statistical analysis was performed in statistical programs: STATISTICA 12.0; IBM SPSS Statistics 20.0, and the processed data are presented in tables and graphs. **Results.** Regarding demographic characteristics and job characteristics (age, total work experience, duration of employment at the current job, and number of working hours per week), no statistically significant differences were found between the examined groups, indicating that the groups are homogeneous on these issues. The results from the job characteristics showed that the largest percentage of surveyed healthcare workers in hospital activity (general practitioners, specialist doctors, nurses/technicians, nurses/technicians with three years of study) worked night shifts and with COVID-19 patients, as opposed to respondents from outpatient activity and technical support staff and administrative staff. Regarding job demands, the average value of physical job demands (3.3) in the total sample is significantly higher compared to the average values of all other types of job demands, especially among respondents from hospital activity (3.5) compared to those from outpatient activity (3.2) and technical support staff and administrative staff (3.0). Furthermore, regarding the dimensions of burnout syndrome, a high level of emotional

exhaustion (27.5) and a moderate level of negative attitude towards work (12.3) were found among healthcare workers, with the highest levels of emotional exhaustion and negative attitude towards work among healthcare workers in hospital activity (29.2 and 13.1 respectively). Notably, the occurrence of burnout syndrome was detected in a significantly higher percentage of 51.6% among respondents from hospital activity compared to the other two examined groups. In terms of stress factors arising from job characteristics, a significantly higher level of emotional exhaustion was found among respondents who worked night shifts and those who worked with COVID-19 patients compared to respondents who did not work night shifts and with COVID-19 patients. Additionally, a significant moderate strong positive correlation was found between the dimensions of burnout syndrome and job demands and a significant moderate weak negative correlation between the dimensions of burnout syndrome and job resources. Thus, physical demands of the job and emotional demands of the job are identified as significant positive predictors for emotional exhaustion and negative attitude towards work, significantly increasing the chances of developing a burnout syndrome by 1.7 times (expB 1.783(1.142-2.782)) and 3 times (expB 3.241(1.864-5.653)), respectively, while job resources: salary (Beta = -0.324, p=.000) and support from superiors (Beta = -0.521, p=.000) have a significant negative predictive value on the level of negative attitude towards work among respondents. Regarding lifestyle characteristics, it was found that respondents from hospital activity significantly less often had breakfast, drank significantly more cups of coffee during the day, and more frequently used analgesics during the week compared to respondents from outpatient activity and technical support staff and administrative staff. Furthermore, the analysis of the correlation between the dimensions of burnout syndrome and lifestyle among the respondents identified a significant weak positive correlation between emotional exhaustion and negative attitude towards work with the number of meals/fast food consumption during the week, the number of glasses of alcohol consumed when respondents consumed alcohol, and the frequency of use of sleeping pills and analgesics during the week, and a significant weak negative correlation was identified between emotional exhaustion and negative attitude towards work with the frequency/number of breakfasts during the week and the duration (length) of sleep during one night. Also, weak but statistically significant correlations were detected among different types of job demands (physical, organizational, emotional, and cognitive) and certain lifestyle habits, i.e., with an increase in job demands, the likelihood of more frequent consumption of fast food, smoking, alcohol consumption, as well as use of analgesics

increases. On the other hand, a weak negative correlation was found between physical demands and the duration of sleep, as well as between emotional demands and the frequency of exercise, indicating that with an increase in these demands, the time allocated for sleep and physical activity decreases. **Conclusion.** This research provides a detailed overview and analysis of the phenomenon of work-related stress, burnout syndrome, and the main characteristics of the lifestyle of the examined groups of healthcare workers in our environment. Considering the importance of establishing a balance between job demands and job resources, these results can be particularly useful in improving working conditions in healthcare facilities. The obtained results provided a solid basis for the development of strategies for the prevention of work-related stress and burnout syndrome among healthcare workers, as well as the promotion of a protective lifestyle to improve the health of healthcare workers, with the ultimate goal of improving the quality of patient care.

Keywords: healthcare workers, work-related stress, job demands, job resources, burnout syndrome, lifestyle

1. ВОВЕД

1.1. Дефинирање на поимот стрес

Стресот, во современиот свет, претставува голем јавно здравствен проблем и е препознаен како фактор кој има штетно влијание на физичкото и менталното здравје на луѓето, како и на социјалниот и економскиот живот, воопшто.

Специфичните социо-економски околности во земјата што произлегоа од продолжениот процес на транзиција придружен со пристапување кон ЕУ барањата и глобалната криза предизвикана од пандемијата со КОВИД-19, имаат одраз на националниот здравствен систем. Системот се соочи и сè уште се соочува со бројни предизвици – подобрување на квалитетот на грижата, социјалната кохерентност и демократската одржливост генерално, како и потребата од програмски и социјални политики со посебен акцент на превенција на стресот, подобрување на работната способност и спречување на предвременото пензионирање на здравствените работници (1).

Поимот стрес има свое потекло од средновековниот англиски (анг. stress - напор, неволја, ограничување), а користен е како термин уште во четиринаесеттиот век со значење на страдање, мака, неприлика, потешкотија, несреќа или тага (2).

Walter B. Cannon има голем придонес во историјата на концептуализација на стресот. Неговите истражувања спроведени во првата половина на дваесеттиот век, се однесувале на испитување на специфичните механизми што водат до одговор на промените во надворешната средина и овозможуваат оптимално функционирање на организмот (3). Процесот што ја одржува внатрешната стабилност наспроти промените во надворешната средина, Cannon го нарекол хомеостаза (рамнотежа). Тој, всушност, сметал дека стресот се јавува како резултат на нарушување на хомеостазата до која доаѓа заради студ, недостаток на кислород и намален шеќер во крвта (4).

Hans Selye, канадски лекар и научник, во раните 1930 -ти години, поставил модел на физиолошки стрес и утврдил дека широк спектар на различни дразби предизвикуваат исти физиолошки промени, па затоа започнал да го употребува поимот стрес во многу специфична смисла, означувајќи усогласен збир на различни видови на одбрана на телото како одговор на штетни дразби од секаков вид (5).

Во 1940-тите години, во литературата за стресот, се појавува концептот на психолошки стрес (3). Разликата помеѓу физиолошкиот и психолошкиот стрес е во тоа што кај физиолошкиот стрес, состојбата на одделни органи и ткива е одредена од степенот на штетност на надворешните дразби, додека од друга страна, терминот психолошки стрес подразбира проценка на значењето, опасностите, заканите и предизвиците коишто доаѓаат од средината (6).

Така, Richard S. Lazarus развил теорија за стрес според која најголемо значење во стресните настани имаат когнитивните процеси, а централниот поим на неговата теорија е поимот на загрозување што всушност претставува состојба во која поединецот предвидува конфликт со загрозувачката ситуација (6, 7).

Новата дефиниција на Lazarus и Folkman вели дека психолошкиот стрес претставува посебна врска помеѓу личноста и средината, за која личноста проценува дека поставува високи барања или како однос што ги надминува нејзините можности и ја загрозува нејзината благосостојба (8).

Во поновите концептуализации на стресот, Lovallo нагласува дека адаптацијата на организмот може да се јави на неколку нивоа: клеточно, органско, системско или на повисоки нивоа на интеграција. Кога нивото на системот веќе не може да ги компензира промените во средината, се активира контрола на повисоко ниво (9).

Hudek-Knežević и Kardum наведуваат дека стресот може да се концептуализира на три начини: првиот пристап стресот го дефинира во однос на дразбите, вториот пристап гледа на стресот како на реакција на организмот (медицинско-физиолошки пристап) и третиот, психолошкиот пристап, го концептуализира стресот како интеракција на поединецот и средината (3).

Караџинска – Бислимовка и сор. посочуваат дека терминот стрес означува необични, непријатни и тешки доживувања коишто на луѓето им се случуваат во текот на животот или на работното место (10). Поконкретно, стресот претставува емоционално искуство или психолошко барање коешто ја нарушува природната рамнотежа на организмот, така што се јавува реакција на приспособување проследена со различни физиолошки и психолошки манифестации што можат да доведат до појава на болест, а во зависност од ситуацијата во којашто настанал, стресот може да биде секојдневен (животен) или стрес поврзан со работата (11).

1.2. Стрес поврзан со работата

Стресот поврзан со работата е меѓу водечките проблеми кај работниците на глобално ниво и претставува значаен предизвик за здравјето на работниците и нивните организации (12), бидејќи е една од главните причини за професионални болести и боледувања во Европа и светот (13). СЗО, пред 20-тина години, стресот на работа го прогласи за светска епидемија и причина за лошото соматско и ментално здравје на вработените. Така, резултатите од истражувањата покажуваат дека околу 25% од работниците во Европа се под влијание на стрес, а помеѓу 50 - 60% од изгубените работни денови се поврзани со стрес (14).

Стресот поврзан со работата може да се дефинира како штетен физички и емоционален одговор што се јавува кога барањата на работа, не се совпаѓаат со знаењата, способностите, капацитетите, силите или потребите на работникот (15). Поточно, станува збор за состојба придружена со физички, ментални или социјални нарушувања или дисфункции (16).

Некои автори, пак, наведуваат дека стресот на работа е збир од зголемени барања и ниска контрола над работните обврски (17). Karasek во 1980-тите, развил модел на стрес на работа со две димензии што претпоставува дека нивото на стрес се зголемува со зголемување на барањата на работното место и со намалување на нивото на одлучување при што стресот на работа не е резултат само на еден фактор, туку претставува збир од зголемени барања на работното место и ниска контрола над работните обврски. Како показател за стрес го земал зголемениот крвен притисок кај работната популација (18).

Истражувањата покажуваат јасна поврзаност помеѓу стресот на работа и работните перформанси, на начин што стресот на работа ги намалува работните перформанси. Ако стресот е умерен, тој има мотивирачки ефект и се нарекува EU – stress или „контролиран стрес“. Ниското ниво на стрес е поврзано со ниски работни перформанси, меѓутоа и премногу високото ниво на стрес, резултира со ниски работни перформанси и може да предизвика низа заболувања (19).

1.1.1. Стресогени фактори-стресори

Во раните триесетти години од 20-от век, Selye, за дразбите што го предизвикуваат стресот го вовел терминот „стресогени фактори - стресори“, односно извори на стрес на

работа. Збирот на реакции кои претставуваат хроничен стрес станал познат како „општ адаптивен синдром“ или GAS (general adaptation syndrome). Според Selye, тој е „општ“ бидејќи претставува одговор на различните стресни дразби и има општ ефект на многу телесни системи, а истовремено е „адаптивен“, бидејќи се активира одбрана, односно започнуваат процеси за регенерација на организмот. Подоцнежните истражувања доведуваат до заклучок дека одговорот на стресот на различни дразби не е ист, како што сметал Selye (20).

Стресогените фактори се резултат на взаемното дејство помеѓу работните услови, индивидуалните фактори и ситуационите фактори, а произлегуваат од условите и организацијата на работата или барањата на работното место. Тие можат да бидат *внатрешни и надворешни* (21). *Внатрешните извори на стрес на работа* првенствено зависат од поединецот и се манифестираат како нереални очекувања од работата и од себе, голема потреба за постојана и целосна контрола на ситуацијата, претерана приврзаност кон работата и чувство на поединецот дека треба да ја сноси целата одговорност при тоа идентификувајќи се со работата. *Надворешните извори на стрес на работа* се поврзани со работните услови, работната организација и начините на комуникација во организацијата. Како надворешни извори на стрес на работа се наведуваат: временски притисок од роковите, одговорност без можност за влијание и моќ, нејасно дефинирани улоги, премалку соработници во тимот во однос на задачите и очекувањата, нејасна поделба на одговорностите и преклопувачки одговорности итн. (22)

Литературата за стрес генерално препознава *девет категории на фактори коишто водат до појава на стрес поврзан со работата*: содржина на работните задачи, оптоварување на работа и брзина на работа, работно време, учество и контрола, организациска култура, напредување во кариерата, статусот и платата, улога во организацијата, меѓучовечки односи и врска помеѓу работата и домот (23).

Сепак, стресогените фактори се премногу зависни од целиот сет на врски во рамките на социјалната ситуација во која се одвиваат и тешко е да се класифицираат во одредени категории.

Во некои занимања, заедно со општите стресогени фактори присутни во повеќето занимања, се појавуваат и специфични стресогени фактори карактеристични за конкретна професија. *Општи стресогени фактори* се: работа во смени, лоша организација, високо

ниво на одговорност со мала можност за влијание врз работата, неможност за продолжување на професионалното образование, премалку вработени и меѓучовечки конфликти. *Специфични стресогени фактори* се поврзани со работните задачи, работните услови и начинот на работа во одредена професија (24). Во појавата на стрес поврзан со работата, меѓусебно комуницираат и нивното делување е испреплетено со многубројни фактори: конфликт помеѓу работниците и работната средина (објективно, субјективно доживување или двете), генетски фактори, култура, традиција и социо-економски можности во одредена средина (19). Така, во економски слабо развиена средина, примарни се стресогените фактори поврзани со егзистенцијалната природа, а во економски развиените земји во прв план доаѓаат другите видови на стресогени фактори (25).

Стресорите на работното место *влијаат врз организациите* преку зголемување на отсуството од работа, намалување на посветеноста на работата, зголемување на небезбедните работни практики, стапките на несреќи, поплаки од клиентите, вклучувајќи и пациенти (26).

Покрај тоа, стресот може да има штетни ефекти врз квалитетот на животот и работата: може да влијае на целокупната благосостојба, социјалните односи и семејниот живот или да биде причина за предвремено пензионирање, намалена продуктивност и понизок квалитет на услугите (1).

Кога се дефинираат причините за стресот, многу е важно да се напомене дека не постојат универзални стресогени фактори. Секој човек е индивидуа сама за себе, што значи дека не реагираат сите луѓе подеднакво на истите дразби. Оттука, проценката на стресогените фактори е субјективна, а секој стресоген фактор не мора, но може да предизвика стрес. Колку повеќе стресогени фактори дејствуваат на едно место, веројатноста за појава на стрес е поголема (19).

1.1.2. Видови реакции на стресот поврзан со работата кај работниците

Промените што настануваат во организмот под дејство на стресогените фактори на работното место се нарекуваат *стресни реакции*. Ваквите реакции на стресот поврзан со работата, многу често, кај работниците се појавуваат истовремено и меѓусебно се испреплетуваат (10).

Физиолошките реакции вклучуваат зголемување на нивото на кортизол, покачени вредности на холестерол, зголемување на крвниот притисок, палпитации, болка во градите, несоница, појава на некои видови на рак, дигестивни нарушувања, главоболка, нарушувања на мускулно-скелетниот систем и намалена функција на имунолошкиот систем.

Психолошките реакции се карактеризираат со зголемување на вознемиреноста, проблеми со концентрацијата, негативни емоции, губење внимание, депресија, замор или синдром на согорување.

Бихевиоралните реакции најчестото се манифестираат со повлекување и изолација на работа или дома, зголемување на несреќи и грешки при работата, поголема потрошувачка на цигари, алкохол, кафе, седативи, лоша исхрана, раздразливост, агресија, сексуална дисфункција, ниска мотивација за работа, нарушени меѓучовечки односи и зголемување на насилството на работа и / или дома (18).

1.3. Синдром на согорување

1.3.1. Поим на синдром на согорување

Синдромот на согорување се јавува како одговор на долготрајната изложеност на сите стресогени фактори на работното место коишто го нарушуваат психичкиот, физичкиот и социјалниот интегритет на вработениот (26).

Феноменот на "согорување на работа" првично наречен „реакција на исцрпеност“, се споменува во светската литература уште во педесеттите години на дваесеттиот век. Дури во седумдесеттите години, овој феномен се поврзува со работната средина и се означува со терминот „синдром на согорување“ (анг. burn - out syndrome) (27).

Herbert Frojdenberger го дефинирал како „гаснење на мотивацијата и иницијативата“ за работата што се изведува. Според дефиницијата на Frojdenberger, синдромот на согорување е последица на дејството на специфични стресори: конфликт помеѓу високите очекувања на една личност и работната средина што се противи на исполнувањето на овие очекувања (28). Според него, основните *внатрешни, лични фактори* како предуслов за појава на синдром на согорување се: висок степен на перфекционизам и нереално високи очекувања врзани за себе и својата работа. Овој вид на ментален склоп е погоден за влез во конфликт со надворешните фактори, пред сè организацијата на работата и однесувањето на

раководниот кадар. Со овој конфликт, започнува процесот кој кај лицата со таков ментален склоп, доведува до појава на синдром на согорување. *Надворешните фактори* во развојот на синдромот на согорување првенствено се вткаени во начинот на организирање на работата. Содејството на факторите доведува до конфликтна ситуација која првично создава амбивалентни ставови кон работата, а подоцна и емоционален замор кој води до појава на синдром на согорување. Покрај тоа, недоволната поддршка од соработниците и намалената деловна способност, создаваат состојба на намалена самодоверба и ниско лично достигнување (29).

Убедливо најголем придонес во разбирањето на теоретското и практичното значење на овој концепт, дала професорката по социјална психологија Christina Maslach на Универзитетот во Калифорнија, Berkeley од Калифорнија. Maslach и Jackson го прошириле терминот „burnout“ наведувајќи дека овој синдром е предизвикан од емоционална исцрпеност (ментален и емоционален замор), цинизам, односно обезличување, негативен став кон работата и намалување на професионалната ефикасност (30).

Синдромот на согорување „burn-out syndrome“ кој се доведува во врска со стресот поврзан со работата е прогласен за легитимна медицинска дијагноза според Меѓународната класификација на болести (МКБ-11) и е дефиниран како: „Синдром на согорување е синдром што настанува како резултат на хроничен стрес на работното место којшто не е успешно управуван. Се карактеризира со три димензии: емоционална исцрпеност, цинизам или негативен став кон работата и намалена ефикасност или редукција на личен успех. Согоорувањето се однесува конкретно на феномени во професионален контекст и не треба да се применува за да се опишат искуства во други области од животот“ (31).

Панел од 50 експерти од 29 земји, во 2020 година, постигнаа консензус за дефинирање на синдромот на согорување: „Кај работник, професионалниот синдром на согорување или професионалната физичка и емоционална исцрпеност претставува исцрпеност поради продолжената изложеност на проблеми поврзани со работата“ (32). Голем број автори се согласни дека ова е феномен на повеќекаузална генеза во чиј развој значаен придонес има диспропорцијата, односно неусогласеноста помеѓу барањата поставени на работното место и ресурсите со кои располага (33).

Досегашните истражувања за синдромот на согорување укажуваат дека неговата распространетост е значајна и дека тој достигнува епидемски размери во одредени

региони и занимања (се движи од 15,4% (34) до 85,1% (35)). Резултатите од различни истражувања од областа, упатуваат на фактот дека повеќе од 3% од луѓето во општата популација трпат последици од развиениот „синдром на согорување“, што укажа на тоа дека десетина илјади вработени имаат сериозни потешкотии во извршувањето на своите секојдневни активности и работа (30). Следствено, овој синдром влијае на намалување на професионалната посветеност, особено на оние што своите услуги ги даваат на други, како што се здравствени работници, полицајци, новинари, судии, професори, менаџери итн. (36)

1.3.2. Моделот на барања на работа-ресурси на работа (Job Demand-Resources Model JD-R)

Значајно теоретско објаснување за развојот на синдромот на согорување е дадено од страна на Моделот на барања на работа-ресурси на работа (Job Demand-Resources Model JD-R) (37-39). „Основна претпоставка на Моделот JD-R е дека иако секое занимање има свои специфични фактори на ризик поврзани со стресот на работа, сепак тие може да се класифицираат во две општи категории - барања на работа и ресурси на работа.

- *Барањата на работа* се однесуваат на различни физички, психички, социјални и организациски фактори коишто на работникот му наметнуваат постојан физички и/или психолошки напор. Високите барања на работа доведуваат до прекумерно оптоварување кога вложените лични напори се високи што ја исцрпува енергијата на работникот (емоционална исцрпеност) и влијае на намалено ангажирање на индивидуата при работењето (енергетски процес на преоптоварување) (38-40).

- *Ресурсите на работа* подразбираат психички, физички, социјални и организациски аспекти на работата коишто обезбедуваат функционалност во остварувањето на работните цели, ги намалуваат барањата на работното место и поврзаните физички и/или психолошки трошоци и го стимулираат личниот раст, учење и развој на работникот. Ресурсите може да бидат лоцирани на ниво на организацијата (пр. плата, можности за напредок во кариерата, безбедност на работното место), меѓучовечки и социјални односи (на пр. поддршка од претпоставениот и соработниците, тимска клима), организацијата на работата (пр. јасност на улогите, учество во донесувањето одлуки) и на ниво на задача (пр. повратни информации за изведбата, значење на задачата, автономија) (37, 41).

Недостаток на ресурси на работа може да доведе до промени во однесувањето манифестирани како дистанцирање/негативен став кон работата или цинизам (деперсонализација) и одвојување/раздружување/исклучување од работниот процес (disengagement) (мотивациски процес). Кога организацискиот контекст е претставен преку адекватни ресурси на работа, како што се соодветен feedback, поддршка од претпоставениот и соработниците и тимска работа, кај вработените може да се забележат високи нивоа на ангажираност на работата, како и ниски нивоа на деперсонализација. Од друга страна, во контекст на намалени ресурси на работа (пр. несоодветен feedback, ниска плата, несигурност на работата, несоодветно водење на тимот и тимска работа), барањата на работа се особено штетни (detrimental). Докажано е дека JD-R моделот има висока предиктивна вредност за здравјето и благосостојбата на вработените“ (37-40).

1.4. Стресот поврзан со работата и синдромот на согорување кај здравствените работници

Здравствените работници се клучните актери во процесот на имплементација на мерките и активностите за здравствена заштита. Тие ги обезбедуваат здравствените услуги за пациентите според нивните потреби и најдобрата медицинска пракса во различни здравствени услови (1). Здравствените работници, со оглед на високата одговорност кон човечкиот живот и здравје, но и поради изложеноста на различни психосоцијални ризици (физички, емоционални, когнитивни, организациски и интерперсонални) кои потекнуваат од барањата и условите на работата, влегуваат во групата на високо стресни професии. Психосоцијалните ризици на работното место се поврзани со појавата на стрес, синдром на согорување, вознемирување (мобинг) и насилство на работното место (заканување, навредување, физички или вербален напад). Притоа негативните последици се присутни не само на индивидуално ниво (пр. психосоматски нарушувања кај работникот) и на ниво на организацијата (продуктивност на работа, апсентизам и презентизам, зголемен број на повреди и несреќи при работа итн.), туку и на ниво на општествената заедница и националните економии (економски загуби) (10).

Стресот и видовите на стресори кај здравствените работници коишто работат во болниците и надвор од нив се истражувани во многу земји во светот. Многубројни студии

поврзани со стресот се обиделе да ги наведат последиците од стресот на работа врз здравјето на здравствените работници и нивната благосостојба на работното место (42-45).

Караџинска-Бислимовска и сор. во студијата посветена на врските меѓу стресогените фактори на работното место и квалитетот на грижата од перспектива на здравствените работници спроведена во нашата држава, наведуваат дека помеѓу бројните опасности на работното место, здравствените работници се изложени на психосоцијални опасности коишто произлегуваат од условите и барањата на работното место. Овие фактори се однесуваат на различни аспекти на работата и работната средина, како што е организациската клима или култура, меѓучовечките односи, дизајнот и содржината на активностите на работното место (1). Високите барања на работното место, кога постои мала контрола врз работата предизвикуваат висок стрес кај здравствениот персонал. Напроти тоа, добрите меѓучовечки односи и задоволството од работата може да делуваат како механизми за заштита од влијанието на стресот поврзан со работата (46).

Важно е да се напомене дека во последните неколку години притисокот врз медицинскиот персонал, а особено врз лекарите, се зголеми во многу земји како резултат на различните реформи во здравствената заштита кои влијаат на автономијата на лекарите, наметнувајќи повеќе административни оптоварувања и професионални барања за континуирано усовршување што доведува до повисоко ниво на стрес поврзан со работата (47).

Кнежевиќ во своето истражување за стресот на работа и работната способност на здравствените работници спроведено во клинички, општи и специјални болници во градот Загреб, посочува дека стресот кај здравствените работници најмногу се поврзува со следните работни места: единици на интензивна нега, оддели за изгореници, итна помош и операциони сали (19).

Резултатите од истражувањето спроведено кај ирски лекари, покажуваат дека 56% од лекарите, својата работа ја оценуваат како стресна, односно многу стресна, кај 79% од лекарите, стресот на работа предизвикува незадоволство, а дури 68%, размислуваат за напуштање на струката при што половина од нив сериозно размислуваат околу ова прашање (48). Во истражувањето на Кнежевиќ е утврдено дека две третини од здравствените работници го препознаваат своето работно место како извор на стрес (19). Студијата за стресори на работното место спроведена меѓу здравствени работници во Етиопија во 2018

год, извести за висока преваленца на стрес на работното место кај испитаниците од 68,2% (49). Резултатите, пак, од истражувањето за професионален стрес кај медицинскиот персонал направено во Србија, покажаа дека жените здравствени работници доживуваат поголемо ниво на стрес споредено со мажите (50).

Во студијата за специфични професионални ризици кај здравствените работници – инфективни и психосоцијални штетности спроведена во нашата држава, како најзначајни стресогени фактори на работното место беа издвоени: работата со болни со инфективни болести, работата со болни со непредвидливо однесување, работата со неизлечиви болести, ниското вреднување, малите можности за професионално напредување, како и недостатоците во организацијата на работата (10). Истражувањето направено кај лекари во Ирска ги идентификуваше следните најчести стресогени фактори: итни состојби, дежурства, донесување одлука после ноќно дежурство, рутинска медицинска работа и мала можност за напредување (48). Во студијата фокусирана на професионалниот стрес, професионалното задоволство и работната средина кај медицински сестри вработени во и надвор од болниците, спроведена во Исланд, како доминантни стресори беа утврдени: премногу работа што треба да биде завршена, слаба комуникација, недоволна ефикасност, недостаток на ресурси за работа и неможност за дистанцирање од проблемите во домот (51).

Синдромот на согорување кај здравствените работници е иследуван во многу студии (52-57). Истражувањата покажале дека највисоко ниво на стрес поврзан со работата и синдром на согорување кај здравствените работници доживува персоналот кој работи на хирургија (58), во општа пракса (59, 60), на психијатрија (61, 62), детска психијатрија, интерна медицина, интензивна нега и онкологија (50, 63).

Феноменот на стрес поврзан со работата и синдромот на согорување кај здравствените работници се истражувани и во нашата држава, главно од страна на Институтот за медицина на трудот во РСМ – Скопје. Искуствата поврзани со синдромот на согорување кај здравствените работници во нашата земја укажуваат на неопходноста од разбирање на нивните согледувања за врската меѓу стресот на работа и квалитетот на пружената грижа за пациентите, особено во специфичниот социо-економски контекст на државата (1). Истражувањето спроведено во рамки на проектот ORCAB утврдува постоење на директна поврзаност помеѓу условите на работното место, организациските фактори и синдромот на согорување и покажува дека согорувањето влијае на намалување на

способноста на здравствените работници да овозможат најдобар квалитет на здравствена грижа и услуги за пациентите, зголемувајќи го ризикот од правење грешки во работата (64). Резултатите од студијата на Мијакоски и сор., спроведена во нашата држава со цел да се проценат барањата на работното место, синдромот на согорување и тимската работа кај здравствените работници вработени во општа болница, во два временски периоди (2011 и 2014 година) покажаа дека димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и деперсонализација) биле позитивно корелирани со сите видови барања на работа, додека тимската работа била негативно корелирана со димензиите на синдромот на согорување и барањата на работа во двата наврати (2011 и 2014 година) (65). Студијата откри повисоки просечни вредности на емоционална исцрпеност и деперсонализација во 2014 година, што може да се објасни со зголемените барања на работа помеѓу анализираните временски периоди, при што е заклучено дека високите барања на работа, ги трошат менталните и физичките ресурси на работниците, што резултира со прекумерно оптоварување и емоционална исцрпеност (65).

Според авторите Carta и сор., продолженото работно време, сменската и ноќната работа, одговорноста при донесување одлуки, интеракцијата со пациентите и нивните семејства и емоционалната исцрпеност придонесуваат кон повисока стапка на ментални нарушувања и психосоматски болести кај здравствените работници (66). Бројните истражувања спроведени кај популацијата на медицински сестри, утврдија поврзаност на одредени болести со стресот на работа, како што се емоционална исцрпеност, физичка исцрпеност и болка во долниот дел на грбот (67-69). Авторите Stordeur и D'Hoore истакнуваат дека ограничената можност за донесување одлуки и високите барања на работа, може да бидат поврзани со појава на коронарни заболувања и ментални нарушувања кај медицинските сестри (68). Резултатите од студијата на Брасаровска и сор. за стресот на работа и синдромот на согорување во нашата земја, покажаа дека 50% од испитуваните медицински сестри од хируршка дејност доживеале емоционални промени. (70). Така, во земјите во транзиција, зголемен е бројот на медицинските сестри кои ги напуштаат своите работни места (71).

1.4.1. Влијанието на пандемијата КОВИД-19 врз појавата на стресот и синдромот на согорување кај здравствените работници и ефекти врз здравствените системи

Проблемот со психосоцијалните штетности кај здравствените работници уште повеќе се влоши како резултат на глобалната јавно-здравствена криза предизвикана од пандемијата со КОВИД – 19. Општо земено, КОВИД-19 е акутна болест која може да заврши со смрт поради прогресивни респираторни компликации (71). Работењето на првите линии во услови на здравствена криза води кон акумулирање на трауматични искуства што има значителни последици врз благосостојбата на здравствените работници (72). Дополнително, здравствените работници се соочија со физичка и ментална исцрпеност, односно со синдром на согорување, поради етичките и моралните предизвици при донесување на брзи и тешки одлуки за живот или смрт под притисок и без соодветна поддршка од стандардизирани протоколи за лекување, болка заради губење на пациентите и соработниците, како и страв од сопствено заразување со вирусот или заразување на членовите од семејството (73). Недостатокот на здравствен персонал, долгите смени без соодветни периоди на одмор, недостигот од лична заштитна опрема резултираа со замор и непридржување кон мерките за превенција и контрола на инфекцијата (74). Во прегледот на постоечката литература за синдромот на согорување меѓу здравствените работници во услови на пандемија со КОВИД-19, истражувачите Leo и сор. посочија дека преваленцата на синдромот на согорување била повисока во одделенијата за интензивна нега и одделенијата за суб-интензивна нега, како и кај медицинските сестри (75). Gramaglia и сор. спроведоа истражување со цел да го утврдат влијанието на пандемијата со КОВИД-19 врз менталното здравје на здравствените работници во Италија, со посебен фокус на синдромот на согорување, при што беа откриени повисоки нивоа на синдром на согорување кај жените, кај помладите здравствени работници (на возраст <30 години), како и кај оние кои често ги менувале работните обврски и семејните навики (76). Во текот на септември 2020 година, 233 здравствени работници одговориле на он-лајн анкета за тестирање на влијанието на демографските карактеристики, изложеноста на КОВИД-19 и психолошките ресурси во одредувањето на стресот и синдромот на согорување за време на итната состојба на КОВИД-19, така што работниците на првата линија пријавиле повисоки оценки за стрес, емоционална исцрпеност и деперсонализација во споредба со колегите кои работеле во единици кои не биле директно вклучени во третманот и грижата за пациентите заболени со

КОВИД-19 (72). Проспективната лонгитудинална студија, кај здравствените работници од 9 земји на Југоисточна Европа, со вклучени околу 4500 испитаници обезбеди податоци за синдромот на согорување и барањата/ресурсите на работното место кај здравствените работници за време на пандемијата КОВИД-19. Така, високо ниво на емоционална исцрпеност било евидентирано кај здравствените работници од Босна и Херцеговина, Бугарија, Молдавија, Црна Гора, РС. Македонија и Хрватска, а пониско ниво на емоционална исцрпеност кај здравствените работници од Израел и Романија. Високо ниво на деперсонализација е регистрирано во Босна и Херцеговина, Молдавија, РС. Македонија, Хрватска и Турција, а пониско ниво на деперсонализација во Израел, Србија и Романија (77).

Како најчести стресогени фактори кај здравствените работници во услови на пандемијата КОВИД-19 се посочени следните: страв од заразување со вирусот, пренесување на вирус на членовите на семејството и на соработниците, строги безбедносни мерки (оптоварување од употреба на лични заштитни средства, физичка изолација, постојана будност, строги процедури), големи барања на работното место (продолжено работно време, зголемен број пациенти, неефикасен треман-неможност секогаш да се помогне, сменска и ноќна работа, редуциран здравствен персонал, да се биде во тек со најновите информации), насилство на работа, стигматизација, намалени капацитети (хумани и информациски) и недостиг од професионална и социјална поддршка (78).

Реорганизацијата на медицинските одделенија и здравствениот кадар за да се обезбеди приоритетна грижа за пациентите заболени со КОВИД-19 доведе до значително влошување на квалитетот на лекување и превенција на хроничните заболувања (79, 80).

Во текот на пандемијата со КОВИД-19, критичните фактори како што се неочекуваниот, неконтролираниот и брз пораст на новозаболени и смртни случаи, сериозниот ризик од инфекција, продолжената употреба на лична заштитна опрема, принудната социјална изолација и одвојувањето од семејствата, придонесоа кон драстично зголемување на инциденцата на психолошки нарушувања кај здравствените работници, посебно кај оние од првите редови (81-83). Покрај тоа, несоодветните или неприменувани мерки за превенција доведоа до зголемување на опасноста од влошување на општата здравствена состојба, емоционални проблеми, ментални нарушувања, развој на пост-трауматско стресно растројство (84). Пандемијата со КОВИД-19 резултираше со

многубројни негативни последици за здравствените работници како што се психолошки и психосоматски проблеми, влошување на физичкото здравје, зголемен стрес на работното место и дома, намалена социјална интеракција и комуникација, помалку време за семејството и пријателите, чувство на осаменост и страв од загуба на работата (78). Истражувањата покажаа дека медицинските сестри и техничарите доживуваат повисоки нивоа на психички стрес во споредба со лекарите, додека синдромот на согорување беше повисок кај лекарите отколку кај медицинските сестри и техничарите (85, 86). Стапката на депресивно растројство кај здравствените работници е драматично повисока во однос на општата популација и е во тесна врска со високите нивоа на стрес поврзан со работата (87). Brower во студијата посветена на стигмата поврзана со менталното здравје кај лекарите објавена во 2021 година, укажува на тенденцијата на лекарите да ги кријат своите тешкотии поради стигмата поврзана со менталната болест, но и поради стравот дека тоа ќе влијание на нивната кариера (88). Овие ментални состојби кај здравствените работници се поврзани со дополнителни негативни дејствија, вклучително и 25% зголемени шанси за злоупотреба или зависност од алкохол и двојно зголемен ризик од самоубиствени идеи, како што посочуваат Kalmoe и сор. во своето истражување (89). Dutheil и сор. во 2019 година изнесоа податоци за вкупна стандардизирана стапка на смртност за самоубиства кај лекарите од 1,44, при што е утврдена повисока стапка кај жените од 1,99, а зголемен ризик е забележан кај анестезиолозите, психијатрите, општите лекари и општите хирурзи (90). Од друга страна, индиректниот ефект на синдромот на согорување може да се манифестира преку намалување на квалитетот на системите за здравствена заштита во смисла на придржување кон упатства, лоша комуникација, медицински грешки и безбедност на пациентите. Оттука, синдромот на согорување претставува критично прашање што генерира неефикасност во здравствените организации (75).

1.5. Животен стил кај здравствените работници

Животен стил подразбира дејствија преземени од поединци (ризични или протективни однесувања) коишто може да влијаат на нивното здравје (91). Протективниот животен стил се однесува на редовна физичка активност, здрав начин на исхрана и доволен сон што може да го подобри здравјето на поединците, додека ризичен животен стил се однесува на пушење, консумирање алкохол, недостаток на физичка активност, нездраво однесување во

исхраната (консумација на брза храна) и самолекување со средства против болки (аналгетици), користење на таблети за спиење и/или различни седативи.

Како што беше погоре кажано, стресогените фактори на работа ги исцрпуваат менталните и физичките ресурси на вработените и доведуваат до појава на синдром на согорување, како и до низа здравствени проблеми, но исто така, можат да придонесат за зголемување на веројатноста за учество во ризични здравствени однесувања, односно за водење ризичен начин на живот.

1.5.1. Епидемиолошки податоци за поврзаноста на појавата на стресот на работа и синдромот на согорување со животниот стил кај здравствените работници

Односите на животниот стил, синдромот на согорување и барањата на работа се проучувани во бројни студии спроведени кај здравствените работници. Така, во студијата на Мијакоски направена во нашата држава, е утврдено дека емоционалната исцрпеност, емоционалните барања, работното место на хирурзите, другите доктори и инструментарките од двете болници опфатени со истражувањето и бројот на работните часови во текот на неделата имале предиктивна вредност за почести ризични и поретки протективни животни навики (91). Раупе и сор. откриле дека стресот на работа е поврзан со поретко вежбање и зголемено консумирање на храна со висока содржина на липиди кај вработените (92).

Резултатите од истражувањето за синдромот на согорување и животниот стил кај здравствени работници во итна помош покажуваат дека синдромот на согорување е поврзан со нездрав начин на исхрана и намалена физичка активност, како и прекумерна консумација на алкохол кај овие здравствени работници (93). Постојат голем број докази кои сугерираат дека високите нивоа на перципиран стрес се поврзани со зголемената преваленца на пушење (94). Прегледот на литературата во кој беа опфатени 40 квалитативни студии потврди дека пушењето е главен начин за „управување со стресот“ (95). Во истражувања спроведени кај медицински сестри во одделенијата за интензивна нега и професионалци за ментално здравје идентификувана е поврзаност помеѓу синдромот на согорување и пушењето (96, 97). Дополнително, во нашата држава е утврдено дека хирурзите од Универзитетска клиника за хирургија пушат значително повеќе цигари и пијат сигнификантно повеќе кафиња во текот на денот во споредба со хирурзите од општа

болница (91). Во истражувањето за синдромот на согорување и животниот стил кај здравствените работници од седум европски земји (Грција, Турција, Португалија, Романија, Бугарија, Хрватска и Македонија) беше детектирана значајна позитивна поврзаност на синдромот на согорување со поголема консумација на брза храна, помала фреквенција на физичка активност, поголема консумација на алкохол и почеста употреба на лекови против болки во целиот примерок (2623 доктори, медицински сестри и специјализанти), при што здравствените работници од Турција, Грција и Бугарија пријавиле најнеповолни искуства (98). Студијата на Мијакоски и сор., од 2018 година, спроведена кај 79 анестезиолози во нашата земја, покажа дека постои поврзаност помеѓу синдромот на согорување и пушењето, злоупотребата на лекови, како и консумацијата на алкохол во „социјални“ услови (надвор од дома), притоа откривајќи дека анестезиолозите кои се соочиле со преголем обем на работа во болницата, временски притисоци или недостиг на персонал и залихи имале тенденција кон нередовни оброци (99).

Сепак, сè уште е мал бројот на студии коишто ги проучуваат односите помеѓу стресот поврзан со работата, синдромот на согорување и животниот стил кај работниците во нашата земја, но уште помал е бројот на студиите кои ги проучуваат овие односи кај здравствените работници (91).

1.6. Стратегии и програми за промоција на протективен животен стил и справување со стресот кај здравствените работници

Практикувањето на протективен животен стил е значајно за сите, но тоа е особено важно за здравствените работници, бидејќи тие се клучни актери во промовирањето на здрав начин на живот кај другите групи, пред сè пациентите. Ризичните однесувања на здравствените работници во голема мера влијаат не само на нивното здравје, туку и на дадените услуги за унапредување на здравјето на нивните пациенти. Zhu et al. објавија дека лекарите и медицинските сестри со нормална тежина имале поголема веројатност од оние со прекумерна тежина да ги советуваат и да им дадат насоки на пациентите со прекумерна тежина за намалување на тежината (100). Lobelo et al. истакнуваат дека навиките за физичка активност на самите лекари влијаат на нивните клинички ставови и препораки кон пациентите во однос на физичката активност (101). Покрај тоа, прегледот на литературата за факторите кои влијаат на ангажманот на европските лекари од општа пракса во

откажувањето од пушење покажа дека општите лекари кои самите пушеле многу поретко ги советувале своите пациенти да престанат со пушење (102).

Еден од начините за подобрување на здравствената состојба на здравствените работници е промоција на здравјето на работното место. Според дефиницијата наведена во Декларацијата од Луксембург (Luxembourg Declaration), промоција на здравјето на работното место подразбира „заеднички напори на работодавачите, вработените и општеството за подобрување на здравјето и благосостојбата на вработените што може да се постигне преку комбинација од активности поврзани со подобрување на работната организација и работната средина, промовирање на активно учество, поттикнување на личен развој“(103).

Според тоа, од исклучителна важност е да се изнајдат стратегии за вклучување на здравствените работници во активности кои го промовираат нивното здравје, како и усвојувањето на здрави животни навики. Ваквите програми за унапредување на здравјето насочени кон здравствените работници е предвидено да влијаат на намалување на стресот на работното место, спречување на појавата на синдром на согорување и подобрување на здравјето на здравствените работници (104, 105). Претходните студии покажаа дека интервенциите на работното место можат да придонесат кон зголемување на кондицијата кај здравствените работници, намалување на ризикот од дијабетес и намалување на ризикот од кардиоваскуларни заболувања (106). Како такви, здравствените системи треба да поддржуваат и промовираат здрави животни навики кај своите работници преку зголемување на пристапот до објекти кои нудат можности за физичка активност и здрав начин на исхрана, како и достапни алтернативи за здрава храна на работа (107).

Меѓутоа, истражувањата покажуваат дека ефективноста на промоција на здравјето на работното место не зависи само од работодавците (до кој степен создаваат услови погодни за здрав начин на живот и спроведуваат соодветни активности), туку и од вработените, т.е. дали се мотивирани да учествуваат во овие активности и дали сериозно ја сфаќаат важноста на здравиот начин на живот (108). Така, многу е важно да се дознае со какви пречки се соочуваат здравствените работници во процесот на промена на животниот стил и што ги мотивира да избираат здрави навики. Mittal и сор. истакнаа дека здравствените работници немаат мотивација за практикување на протективен животен стил и ги наведоа нивниот

целокупен замор и недостатокот на капацитети на работа како најчести причини поради кои тие не учествуваат во поголема физичка активност (109).

Дефинирањето стратегии за справување со стресот поврзан со работата и синдромот на согорување кај здравствените работници е релевантна тема на истражување. Постојат повеќе начини преку кои може да се влијае на намалување на ризикот од стрес поврзан со работата, односно примарна, секундарна и терциерна превенција (23). Во 2016 година, West и сор. направија мета-анализа на интервенции за спречување и намалување на синдромот на согорување кај лекарите, кои беа фокусирани и на поединци и на организации (110).

Од избувнувањето на пандемијата КОВИД-19, бројните докази за појава на синдромот на согорување кај здравствените работници, отворија дискусии за тоа како да се реши ваквиот проблем во овој специфичен контекст. Така, во однос на поединечните мерки, промоцијата на здравје на индивидуално ниво (физичка активност, физичка релаксација, урамнотежена исхрана, добра хигиена на спиење) се предлага како основен начин на одбрана на здравствените работници, особено кога периодот за опоравување е ограничен и бара продолжени напори за целосно закрепнување. (111).

2. МОТИВ ЗА ИЗРАБОТКА НА СТУДИЈАТА

Прегледот на релевантната литература дава значајни информации за појавата на стресот поврзан со работата, синдромот на согорување и животниот стил кај здравствените работници. Бројните истражувања во областа на медицината на трудот во Република Северна Македонија го евалуираа проблемот на стресот кај здравствените работници од повеќе аспекти, но посебен интерес и нов сеопфатен пристап, претставува проценката на поврзаноста помеѓу стресот на работа, синдромот на согорување и животниот стил кај оваа група работници. Оттука, произлегува и мотивот за изработка на ваква студија.

Студијата ќе придонесе за креирање на превентивни мерки за намалување на стресот на работното место и воведување на програми/стратегии од страна на работодавачите за контрола на стресот, намалување на стресогените фактори на работа и промоција на протективен животен стил кај здравствените работници, со цел унапредување на здравјето на здравствените работници, а во интерес на подобрување на грижата и квалитетот на услугите за пациентите.

3. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

3.1. Главна цел

Главна цел на истражувањето е утврдување на поврзаноста помеѓу стресот на работа и синдромот на согорување со животниот стил кај здравствените работници во нашата земја.

3.2. Специфични цели

- 3.2.1. Идентификување на стресогените фактори коишто водат до појава на стрес поврзан со работата кај здравствените работници
- 3.2.2. Утврдување на влијанието на демографските карактеристики и карактеристиките на работата врз појава на стрес поврзан со работата и синдром на согорување кај здравствените работници
- 3.2.3. Идентификување на барањата и ресурсите на работното место кај здравствените работници и нивното влијание врз појавата на синдром на согорување
- 3.2.4. Идентификување на карактеристиките на животниот стил кај здравствените работници
- 3.2.5. Утврдување на поврзаноста помеѓу стресогените фактори на работа, синдромот на согорување и веројатноста за појава на ризичен животен стил кај здравствените работници

4. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

4.1. Епидемиолошки дизајн

Истражувањето претставува дескриптивно - аналитичка студија на пресек (cross sectional study) спроведена кај здравствени работници вработени во здравствените установи на територијата на нашата држава, во периодот јуни - октомври 2022 година.

4.2. Одредување на примерокот

Во студијата беа вклучени 415 испитаници кои пополнија он-лајн прашалници креирани преку Google Forms. Учесниците беа информирани за целите на истражувањето, а нивното учество беше анонимно и на доброволна основа. Потоа, тие беа категоризирани во три групи во зависност од нивните работни задачи во рамките на здравствената дејност.

Првата група беше составена од здравствени работници (доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти) во болничка дејност, односно 199 испитаници.

Втората група беше составена од здравствени работници (доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти) во вонболничка дејност, односно 164 испитаници.

Третата група беше составена од вработени во здравствениот сектор кои не се здравствени работници (помошно-технички и административен персонал), односно 52 испитаници.

4.2.1. Критериуми за вклучување

Прва група: доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти кои се директно вклучени во болничка дејност

Втора група: доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти кои не се директно вклучени во болничка дејност односно работат во вонболничка дејност

Трета група: помошно-технички и административен персонал

4.2.2. Критериуми за исклучување

Прва група: доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти кои не се директно вклучени во болничка дејност; помошно-технички и административен персонал

Втора група: доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари/лаборанти кои се директно вклучени во болничка дејност; помошно-технички и административен персонал

Трета група: здравствени работници

4.3. Методи - основни инструменти на истражувањето (прашалници)

Со цел да се детерминира појавата на стресот поврзан со работата и синдромот на согорување, како и нивната поврзаност со животниот стил кај здравствените работници, беа применети неколку стандардизирани и специјално дизајнирани прашалници за добивање на релевантни податоци од интерес на истражувањето.

- **Прашалник за демографски податоци, податоци за карактеристиките на работата и идентификување на стресогени фактори**

Станува збор за специјално дизајниран прашалник за потребите на истражувањето преку анализа на литературата и на методите користени во други слични студии со кој беа собрани податоци за полот, возраста, степенот на едукација, брачната состојба, профилот-опис на работното место, видот на дејност, установа во која работат, работниот стаж на сегашното работно место, видот на договор за вработување, бројот на работни часови во текот на неделата, работата во ноќна смена, работата со пациенти болни од КОВИД-19 кај анализираниот примерок (23).

- **Прашалник за барањата на работното место**

Сознанијата и информациите за барањата на работното место беа добиени со употреба на овој прашалник, специјално дизајниран за спроведување на актуелното истражување, преку преглед и анализа на користени инструменти во студии од областа (112), составен од 28 прашања што се однесуваат на различните видови барања на работното место: *физички* (брзото темпо на работа, одговорноста за голем број пациенти, недостигот на персонал, недостигот на опрема и материјали за работа, оптоварувањето со административни активности и дополнителни задачи во услови на пандемија со КОВИД-19), *организациски* (строгата хиерархиска поставеност на претпоставените, лошата комуникација помеѓу одделите, нејасните и двосмислени улоги и работни задачи, честите промени на правилата и прописите во здравствената установа, влијанието на медиумите за лошата слика на здравствените работници од конкретната установа и проблематична комуникација меѓу одделите во услови на пандемија со КОВИД-19), *емоционални* (недостигот на соработка со колегите, големата конкуренција помеѓу колегите, проблемите

во комуникацијата со пациентите, несоодветното справување со негативните чувства во текот на работата, стравот дека ќе се направи грешка во текот на работата и конфликтот меѓу барањата во домашната и работната средина, несоодветно справување со негативните чувства за време на пандемијата со КОВИД-19) и *когнитивни барања на работното место* (недостигот на повратни информации за резултатите од работата, донесувањето одлуки под временски притисоци, недоволното учество во донесувањето на одлуките, обврската за обучување на нововработените, како и на донесувањето одлуки при недостиг на потребните информации и донесување одлуки под временски притисоци за време на пандемијата со КОВИД-19). Притоа, испитаниците дадоа бодови за секоја изјава според Ликертова скала на којашто има пет оценки од 1 за „многу ретко“ до 5 за „секогаш“. Дадените бодови за изјавите беа собрани и беше пресметана просечна вредност за физичките, организациските, емоционалните и когнитивните барања на работното место.

- **Прашалник за ресурсите на работното место**

Овој прашалник којшто беше специјално дизајниран за потребите на истражувањето преку анализа на релевантна литература и методи користени во други слични студии, обезбеди собирање податоци за најзначајните ресурси на работното место, односно тимска работа (меѓусебна поддршка на луѓето во установата, работа како тим за брзо завршување на задачите со временски рокови, меѓусебно почитување, помош од страна на другите оддели кога еден оддел е премногу зафатен), поддршка од страна на претпоставените (почитување од страна на претпоставениот, поддршка и помош од претпоставениот при одредени потешкотии во работата, добар однос со претпоставениот и разбирање од страна на претпоставениот) и плата (задоволство од висината на платата во установата, висината на плата е доволна за работата што се извршува, фер плата во споредба со платите на другите луѓе во одделот, со заработената платата се обезбедува комфорен живот). Испитаниците го посочија нивното согласување преку оценување на понудените изјави за секој од трите ресурси (1= воопшто не се согласувам, 2= не се согласувам, 3= ниту едно, ниту друго, 4= се согласувам, 5= потполно се согласувам), потоа бодовите беа собрани, беше пресметана просечна вредност и на тој начин беа добиени средни оценки за понудените ресурси.

- **Прашалник за синдромот на согорување - Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Стандардизираниот прашалник за синдромот на согорување - Maslach Burnout Inventory (MBI) (33) беше употребен за испитување на синдромот на согорување. Синдромот на согорување беше оценет преку неговите две димензии (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата), од причина што во претходно спроведените студии коишто се однесуваат на оваа проблематика, со испитување на трите димензии на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност, негативен став кон работата и редукција на личниот успех) беше утврдено дека третата димензија (редукција на личниот успех) покажува слаба корелација со двете други димензии и се развива независно и паралелно, така што не е земена во обзир во ова истражување. Испитаниците за секое прашање од прашалникот се изјаснија со оценување (вреднување) на одговорите на 7-степената Ликертова скала, односно колку често им се јавуваат такви чувства поврзани со нивната работа, а можните одговори се движеа од 0 за „никогаш“ до 6 за „секој ден“. За секоја компонента на синдромот на согорување одговорите беа собрани поединечно и секој испитаник доби соодветен резултат за секоја од компонентите.

- **Прашалник за животниот стил и здравствената состојба**

За проценка на животниот стил беше употребен прашалникот Health Behaviours Questionnaire којшто е дизајниран и стандардизиран за примена кај здравствените работници од страна на Moutsou и сор. во 2010 година (93). Со негова помош беа добиени информации за животниот стил (протективен и ризичен), а беше дополнет и со прашања за здравствената состојба на испитуваните здравствени работници.

Коефициентот на сигурност - Cronbach alpha

Веродостојност на мерниот инструмент се однесува на точноста и конзистентноста на инструментот т.е. станува збор за метричка карактеристика која покажува до кој степен може да се очекуваат исти или слични резултати со користење на истиот мерен инструмент во други истражувања. Изборот на веродостоен мерен инструмент е клучен доколку сакаме да добиеме сигурни, точни и репрезентативни податоци.

За утврдување на веродостојноста во актуелното истражување беше користен методот за мерење на внатрешна конзистентност (internal consistency) на прашалниците

преку пресметка на коефициентот на сигурност - Cronbach alpha. Прифатливи вредности на коефициентот Cronbach alpha се оние над 0,70. Оттука, добиените вредности на коефициентот на сигурност за прашалниците во истражувањето коишто се движат од 0.910 до 0.907, укажуваат на нивна прифатлива веродостојност, доследност и сигурност.

I. Прашалник за синдромот на согорување - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.910	.912	18

II. Прашалник за барањата на работното место

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.909	.910	28

III. Прашалник за ресурси на работното место

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.907	.908	12

4.4. Статистичка анализа

Статистичката анализа беше изработена во статистички програми: STATISTICA 12.0; IBM SPSS Statistics 20.0; Собраните податоци беа обработени со помош на следните статистички методи:

- Базите на податоците беа формирани со примена на специфични компјутерски програми за таа намена. Нивната обработка беше извршена со помош на стандардни дескриптивни и аналитички биваријатни и мултиваријатни методи.
- Атрибутивните статистички серии беа анализирани со одредување на коефициент на односи, пропорции, стапки и со утврдување на статистичката значајност меѓу откриените разлики- Тест на разлики- Difference тест.
- Нумеричките серии беа анализирани со мерки на централна тенденција и со мерки на дисперзија на податоците. Кај нумеричките серии кај кои не постои

одстапување од нормалната дистрибуција, сигнификантноста на разликата ќе се тестира со Student-ов t - тест (t) , ако се регистрира одстапување од нормалната дистрибуција ќе се тестира со Mann-Whitney U-test

- Зависноста помеѓу две варијабли беа пресметани со Pearson Chi-square
- За анализа на Ликертовата скала беше употребена: Mann Whitney test, Kruskal Wallis test, ANOVA , Chi-square тест, Regression Analysis, покрај другите тестови
- Со Shapiro-Wilk`s тест беше испитувана нормалната распределба на варијаблите
- За CI (confidence интервал- 95% CI) беше дефинирана статистичката значајност за ниво на грешка помало од 0,05 (p);
- Резултатите се прикажани табеларно и графички

5. РЕЗУЛТАТИ

5.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците

Во истражувањето земаа учество 415 испитаници вработени во здравствени установи во кои се врши болничка односно вонболничка дејност во нашата држава и беа категоризирани во три групи во зависност од нивните работни задачи во рамките на здравствената дејност: здравствени работници во болничка дејност (48%), здравствени работници во вонболничка дејност (39.5%) и вработени во здравствените установи кои не се здравствени работници, односно помошно-технички и административен персонал (12.5%).

Во табела 1а се прикажани социо-демографските карактеристики и карактеристики на работата на испитаниците.

Табела 1а. Социо - демографски податоци и податоци за карактеристиките на работата на испитаниците

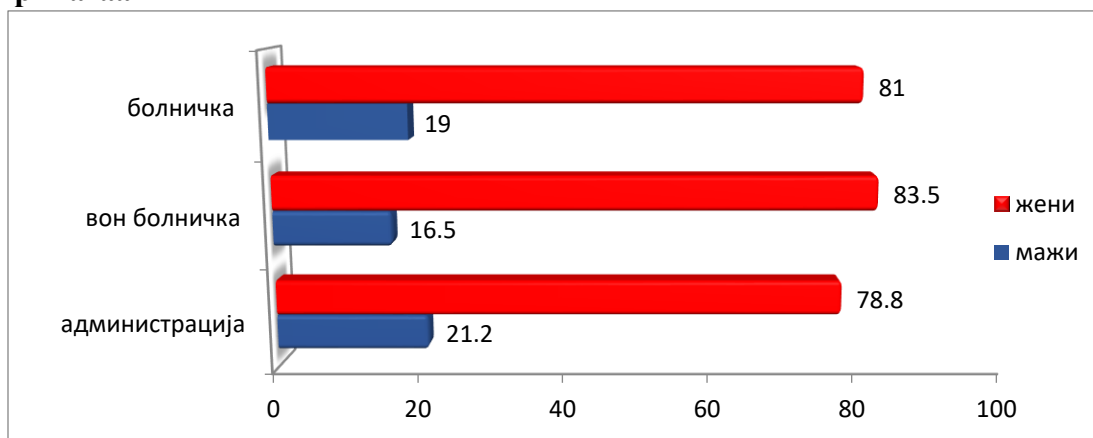
П2 пол	број	%		
Мажи	76	18.3		
Жени	339	81.7		
П3 едукација				
ССС	85	20.5		
тригодишни стручни студии	87	21.0		
ВСС	119	28.7		
Специјализација	87	21.0		
магистериум/докторат	37	8.8		
П4 брачна состојба				
не сте во брак	93	22.4		
во брак/живеете со партнерот	298	71.8		
разведен/а	17	4.1		
вдовец/ица	7	1.7		
П5 опис на нивното работно место				
доктор по општа медицина	57	13.7		
доктор специјалист	48	11.6		
медицинска сестра техничар	83	20.0		
медицинска сестра техничар со високо образование	103	24.8		
администрација/управа	52	12.5		
здравствени соработници	72	17.3		
П6 вид на установа				
Универзитетски клиника	135	32.5		
Клиничка болница	50	12.0		
Општа болница	51	12.3		
Здравствен дом/Примарна здравствена заштита	58	14.0		
Специјалистичка ординација	15	3.6		
Друго	106	25.5		
П7 оддел каде работат				
Администрација	52	12.7		
Превентива	80	18.9		
примарна здравствена заштита	26	6.2		
Хируршки	82	19.4		
Интернистички	101	24.3		
Дијагностика	58	13.9		
Ургентно	16	3.8		
П8 дејност				
Администрација	52	12.5		
Вонболничка	164	39.5		
Болничка	199	48.0		
П14 ноќна смена				
Да	130	31.3		
Не	289	69.1		
П14 дали работеле со КОВИД пациенти				
Да	286	68.2		
Не	129	31.1		
Просек	просек	минимум	максимум	Стд.Дев.
П1 возраст	41.0	20.0	67.0	10.96536
П8 вкупен работен стаж	15.6	0.1	42.0	10.90366
П9 работен стаж на сегашното работно место	11.2	0.1	40.0	9.742126
П10 неделна работа	41.3	8.0	1506.0	9.509149

Средната возраст на испитаниците опфатени со истражувањето изнесува 41.0 ± 11.0 година. Најголем процент од испитаниците се од женски пол (81.7%), наспроти испитаници од машки пол 18.3%. Најголем дел од учесниците во студијата се со висока стручна спрема 119 (28.7%). Во однос на работните задачи, односно профилот, повеќето испитаници се медицински сестри со 44,8%, наспроти доктори со 25,3%. Голем дел од испитаниците се вработени во универзитетски клиници 135 (32.5%) и тоа најмногу работат во интернистичка дејност (101). Повеќе од половина од испитаниците директно се грижат за пациентите (52.5%) и не работат во ноќна смена (69,1%). Повеќето испитаници работеле со пациенти болни од КОВИД-19, односно 286 (68,2%). Вкупниот просечен работен стаж на испитаниците изнесува 15.6 години, просечниот работен стаж на сегашното работно место изнесува 11,2 години, а просечниот број на работни часови кај испитаниците во текот на неделата изнесува 41.3 час (табела 1а).

5.1.1. Социо-демографски карактеристики на испитаниците според дејноста на која припаѓаат

Во графикон 1а е прикажана структурата на испитаниците по пол поделени во групи според дејноста на која припаѓаат (здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници вонболничка дејност, помошно-технички и административен персонал).

Графикон 1а. Дистрибуција на испитаниците по пол според дејноста на која припаѓаат

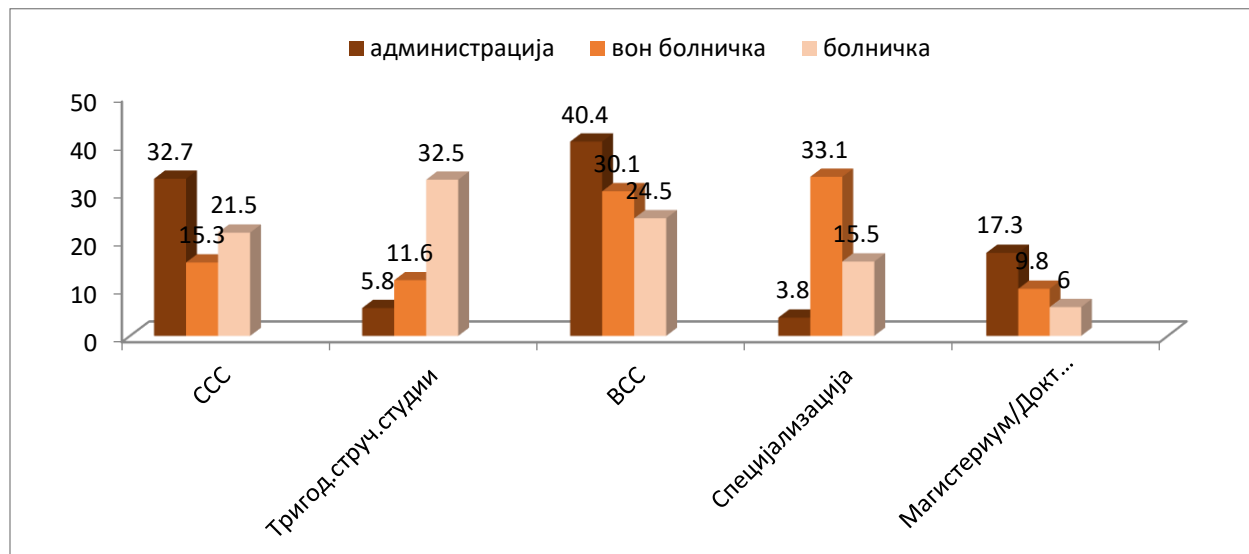


Добиените податоци покажуваат сигнификантно поголем процент на испитаници од женскиот пол во сите три испитувани групи во ранг од 78.8% до 83.5% (графикон 1а).

Процентуалната разлика помеѓу женскиот пол наспроти машкиот пол е статистички сигнификантна во трите испитувани групи.

Во графикон 16 е прикажана структурата на испитаниците според степен на образование кај трите испитувани групи.

Графикон 16. Дистрибуција на испитаниците според степенот на образование во зависност од дејноста на која припаѓаат

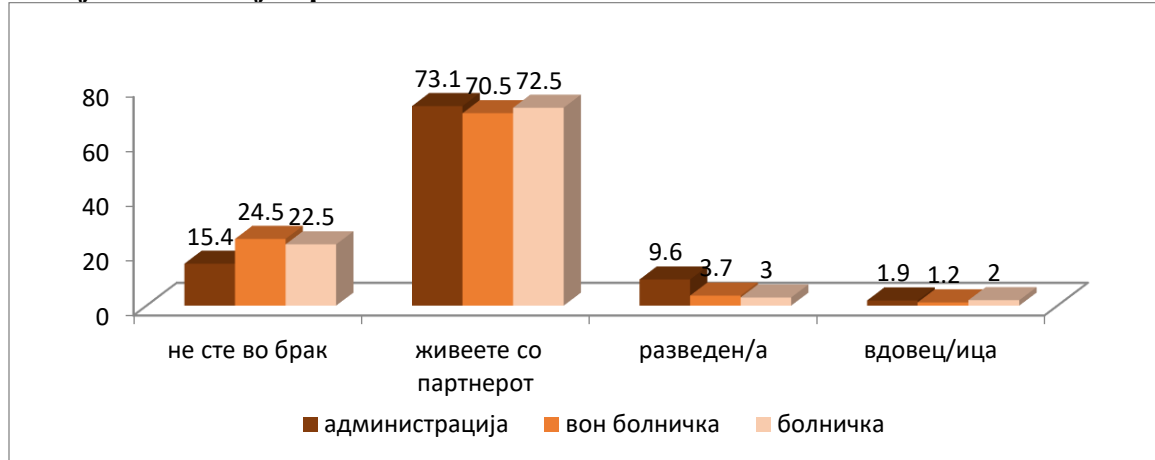


Резултатите покажуваат дека најголем процент од испитаниците во групата администрација се со висока стручна спрема - 40.4% и средна стручна спрема - 32.7%. Понатаму, најголем процент од испитаниците во групата вонболничка дејност се со специјализација - 33.1% и средна стручна спрема - 30.1%. Додека, пак, најголем процент од испитаниците во групата болничка дејност се со тригодишни стручни студии - 32.5% и висока стручна спрема - 24.5%.

Резултатите покажуваат сигнификантна поврзаност помеѓу степенот на образование и дејноста на која припаѓаат испитаниците (Pearson Chi-square: 62.7483, 8, $p=0.000000$) (графикон 16).

Во графикон 1в е прикажана структурата на испитаниците според брачна состојба кај испитуваните групи.

Графикон 1в. Дистрибуција на испитаниците според брачната состојба во зависност од дејноста на која припаѓаат



Од добиените резултати може да се воочи дека над 70% од испитаниците се во брак или живеат со своите партнери. Процентуалната разлика помеѓу брак/живеење со партнер наспроти останатите модалитети на брачна состојба во трите испитувани групи е статистички сигнификантна, односно групите не се разликуваат помеѓу себе по однос на ова прашање (графикон 1в).

Во табела 1б се прикажани просечните вредности на возраста, вкупниот работен стаж, должината на работен стаж на сегашното работно место и бројот на работни часови во неделата на испитаниците според дејноста на која припаѓаат (здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници вонболничка дејност, помошно-технички и административен персонал).

Табела 1б. Просечни вредности на возраста, вкупниот работен стаж, должината на работен стаж на сегашно работно место и бројот на работни часови во неделата кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

	администрација	вонболничка дејност	болничка дејност
	просек ± SD	просек ± SD	просек ± SD
возраст	43.0 ± 10.0	41.6 ± 11.9	40.0 ± 10.3
вкупен работен стаж	16.8 ± 10.1	15.8 ± 11.6	15.2 ± 10.4
должина на стаж на работното место	11.1 ± 8.7	11.3 ± 10.1	11.0 ± 9.7
број на работни часови во неделата	39.4 ± 7.0	40.7 ± 6.6	42.4 ± 11.7

Резултатите од табелата покажуваат највисока просечна возраст од 43 ± 10 години кај испитаниците од групата администрација, а најниска просечна возраст кај испитаниците од групата болничка дејност 40 ± 10.3 , разликата помеѓу трите групи во однос на просечната возраст е несигнификантна за $p < 0.05$ ($F=2.010549$, $p=0.135227$).

Испитаниците од групата администрација се со најдолг просечен работен стаж од 16.8 ± 10.1 години, а со најмал просечен работен стаж се испитаниците од групата болничка дејност од 15.2 ± 10.4 . Разликата помеѓу групите во однос на просечниот работен стаж е несигнификантна за $p < 0.05$ ($F=0.485048$, $p=0.616019$).

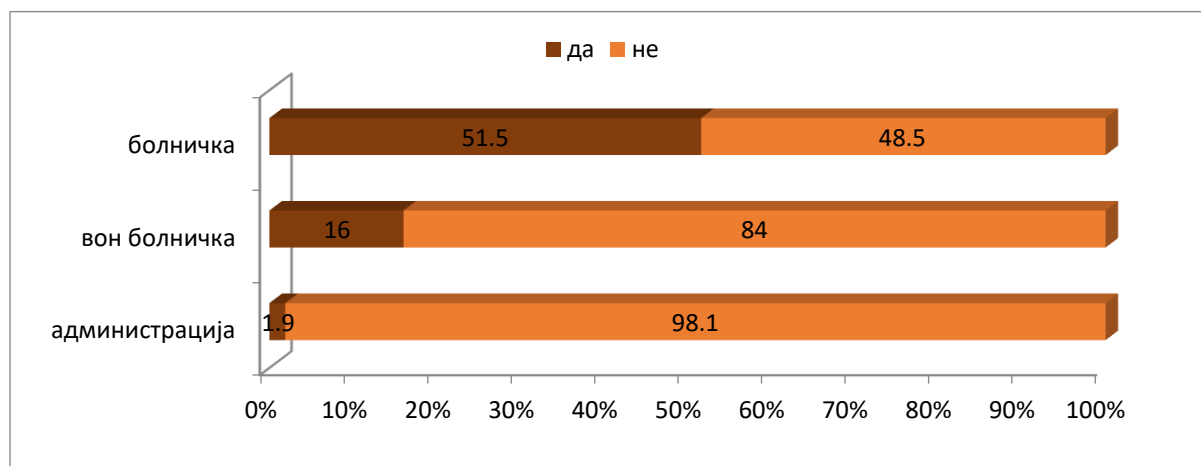
Просечната должина на работниот стаж на испитаниците во однос на сегашното работно место во сите три групи е речиси еднакво (11.1; 11.3 и 11.0 години).

Просечниот број работни часови во текот на неделата е најголем кај испитаниците од групата болничка дејност и тоа 42.4 ± 11.7 , а најкраток кај испитаниците од групата администрација, односно 39.4 ± 7.0 . Разликите кои се регистрираат помеѓу групите се несигнификантни за $p < 0.05$ ($F=2.629029$, $p=0.073359$) (табела 1б).

Испитуваните групи не се разликуваат значајно во поглед на нивната возраст, работниот стаж, работниот стаж на работното место каде работат во моментот и бројот на работни часови во неделата.

Во графикон 1в е прикажана структурата на испитаниците според работењето во ноќна смена кај трите испитувани групи.

Графикон 1в. Дистрибуција на испитаниците според работа во ноќна смена во зависност од дејноста на која припаѓаат



Испитаниците од администрација главно не работеле ноќна смена -98.1%, само еден анкетирани дал потврден одговор, сигнификантно најмал број испитаници од администрацијата работеле ноќна смена во споредба со останатите две групи.

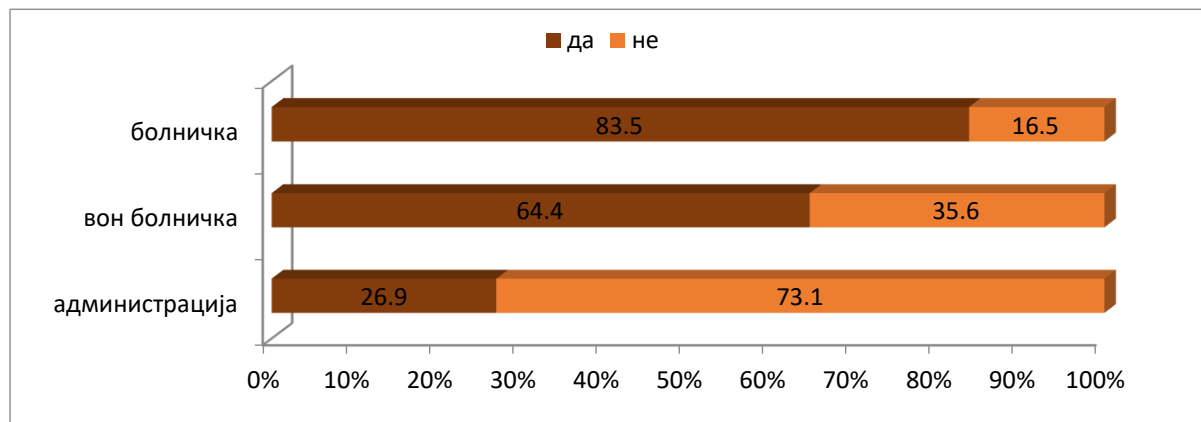
Испитаниците од вонболничка дејност 84.0% не работеле ноќна смена, а 16% испитаници дале позитивен одговор.

Половина од испитаниците од болничка дејност 51.5% работеле ноќна смена, а 48.5% дале негативен одговор (графикон 1в).

Утврдена е сигнификантна поврзаност помеѓу работата во ноќна смена (помеѓу 19 часот и 6 часот) во однос на дејноста на која припаѓаат испитаниците (Pearson Chi-square: 76.6463, $p=0.000000$) (графикон 1в).

Во графикон 1г е прикажана структурата на испитаниците според дејноста на која припаѓаат во однос на работењето со пациенти заболени со КОВИД-19.

Графикон 1г. Дистрибуција на испитаниците според дејноста на која припаѓаат во однос на работењето со пациенти заболени со КОВИД-19



Добиените резултати покажуваат дека испитаниците од групата администрација главно не работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 - 73.1%.

Повеќе од половина од испитаниците од групата вонболничка дејност работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 - 64.4%, а 35.6% од оваа група испитаници не работеле со КОВИД пациенти.

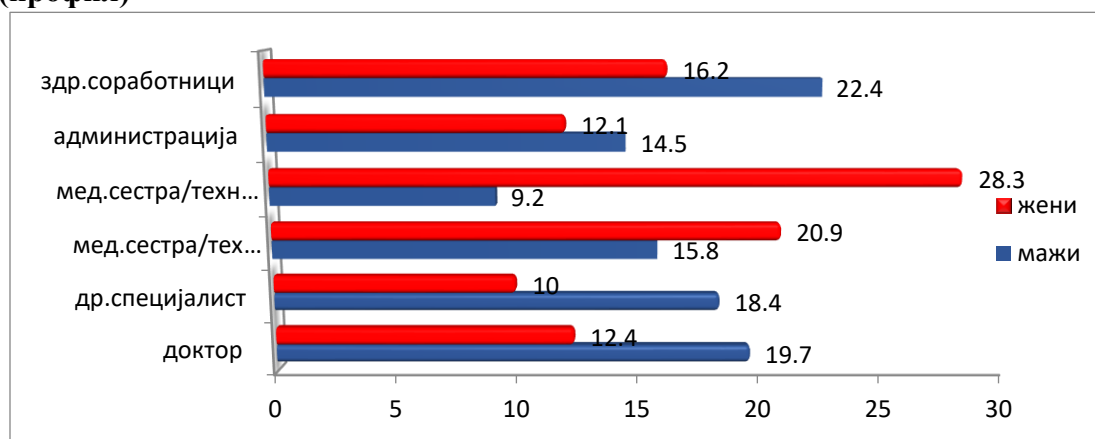
Најголем процент од испитаниците од групата болничка дејност работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 - 83.5% , а само 16.5% од испитаниците не работеле (графикон 1г).

Утврдена е сигнификантна поврзаност помеѓу работата со пациенти заболени со КОВИД-19 и дејноста на која припаѓаат испитаниците (Pearson Chi-square: 64.2026, $p=0.000000$) (графикон 1г)

5.1.2. Социо-демографски карактеристики на испитаниците според работното место (профил)

Во графикон 1а е прикажана структурата на испитаниците по пол поделени во групи според работното место - профил (општи доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари, медицински сестри/техничари со тригодишни студии, здравствени соработници и администрација).

Графикон 1а. Дистрибуција на испитаниците по пол според нивното работно место (профил)



Најголема процентуална застапеност на машкиот пол е кај здравствените соработници - 22.4%, потоа следуваат општите доктори со 19.7% испитаници од машки пол, докторите специјалисти со 18.4% испитаници од машки пол итн. (графикон 1а).

Кај медицинските сестри/техничари, во најголем процент се застапени испитаниците од женски пол со 28.3%, следуваат медицинските сестри/техничари со тригодишни студии со 20.9% испитаници од женски пол и здравствените соработници со 16.2% испитаници од женски пол.

Процентуалната разлика помеѓу женскиот пол наспроти машкиот пол во однос на работното место е статистички сигнификантна за $p<0.05$ (Pearson Chi-square: 17.8088, $p=0.003196$).

Во табела 1б се прикажани просечните вредности на возраста, вкупниот работен стаж, должината на работен стаж на сегашното работно место и бројот на работни часови во неделата на испитаниците според работното место/профилот на испитаниците.

Табела 1б. Просечни вредности на возраста, вкупниот работен стаж, должината на работен стаж на сегашно раб. место и бројот на работни часови во неделата според профилот на испитаниците

	Профил	просек	Стд.Дев.	F/p
<i>возраст</i>	општи доктори	35.3	10.1	F=8.3 p=.000000
	др.специјалисти	46.6	11.2	
	мед.сестри	38.4	11.8	
	мед.сестри со 3год.студии	43.1	8.4	
	администрација	43.0	10.0	
	здравствени соработници	40.4	11.0	
<i>вкупен работен стаж</i>	општи доктори	8.6	9.2	F=10.1 p=.000000
	др.специјалисти	18.6	11.0	
	мед.сестри	14.0	11.0	
	мед.сестри со 3год.студии	19.7	9.7	
	администрација	16.8	10.1	
	здравствени соработници	14.3	11.0	
<i>работен стаж на работното место</i>	општи доктори	5.0	6.5	F=8.6 p=.000000
	др.специјалисти	13.2	8.5	
	мед.сестри	9.7	9.8	
	мед.сестри со 3год.студии	14.6	10.1	
	администрација	11.1	8.7	
	здравствени соработници	11.5	10.4	
<i>број на работни часови во неделата</i>	општи доктори	42.7	8.0	F=2.5 p=.031414
	др.специјалисти	41.9	5.4	
	мед.сестри	42.3	9.8	
	мед.сестри со 3год.студии	42.6	12.6	
	администрација	39.4	7.0	
	здравствени соработници	38.6	8.1	

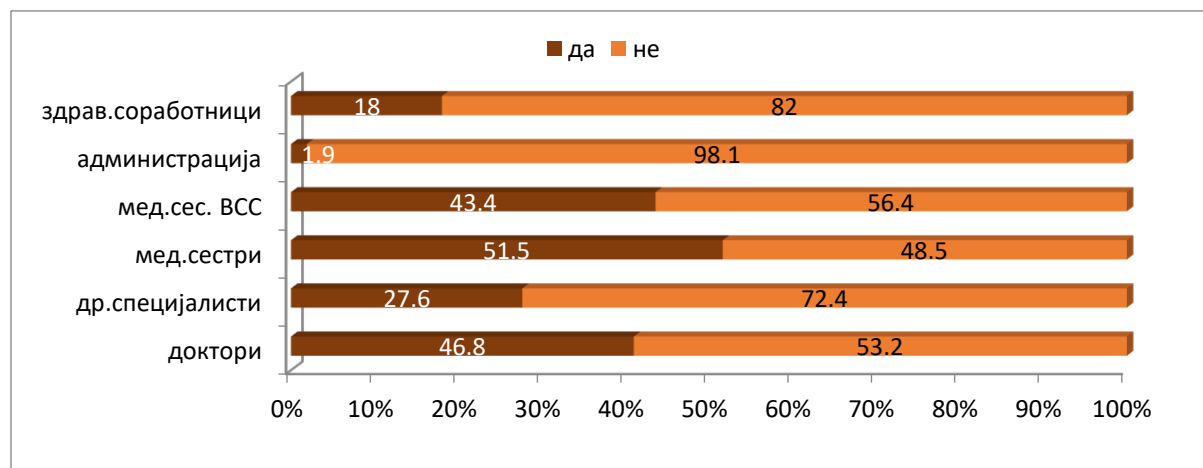
Докторите специјалисти (46.6 ± 11.2) се сигнификантно повозрасни во споредба со општите доктори (35.5 ± 10.1), медицинските сестри/техничари (38.4 ± 11.8) и здравствените соработници (40.4 ± 11) за $p < 0.05$. Од друга страна, медицинските сестри/техничари со три годишни студии (43.1 ± 8.4) и администрацијата (43.0 ± 10.0) се разликуваат значајно во поглед на возраста во однос на општите доктори (35.5 ± 10.1) (табела 1а прилог)

Општите доктори (8.6 ± 9.2) имаат сигнификантно најмал вкупен работен стаж во однос на другите профили за $p < 0.05$ (табела 1б прилог)

Општите доктори, докторите специјалисти и медицинските сестри/техничари со три годишни студии работат сигнификантно поголем просечен број на работни часови во текот на неделата во споредба со здравствените соработници и администрацијата за $p < 0.05$.

Во графикон 1б е прикажана структурата на испитаниците поделени во групи според работното место/профилот во однос на работењето во ноќна смена.

Графикон 1б. Дистрибуција на испитаниците според профил во однос на работењето во ноќна смена

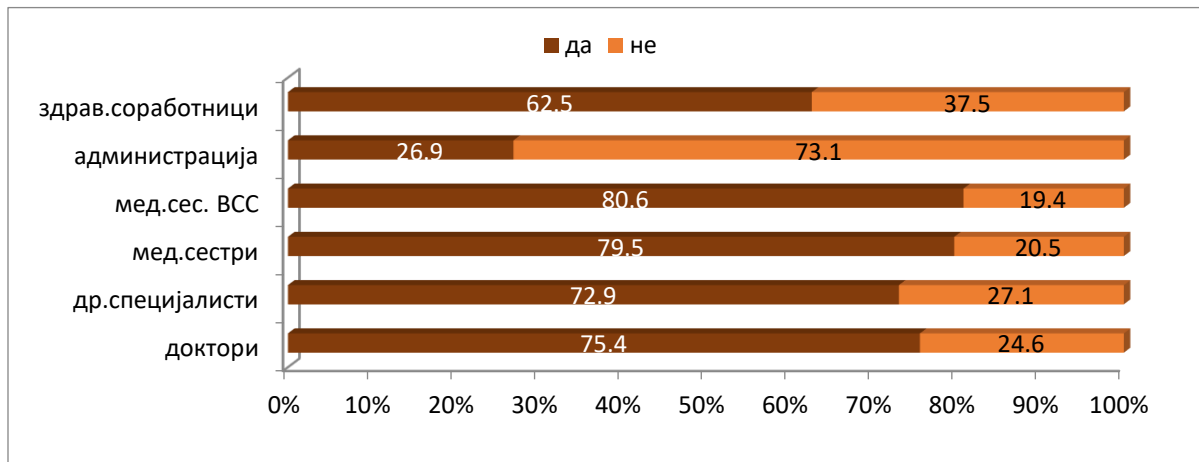


Испитаниците од групата администрација главно не работеле во ноќна смена -98.1%, а само еден испитаник дал потврден одговор. Најголем процент од испитаниците од групата здравствени соработници - 82.0% не работеле во ноќна смена. Понатаму, 27.6% од испитуваните доктори специјалисти работеле во ноќна смена, а 72.4% не работеле. Дополнително, 56.4% од испитуваните медицински сестри/техничари со три годишни студии не работеле во ноќна смена, а 43.4% работеле. Речиси половина од испитаниците општи доктори - 53.2% не работеле во ноќна смена, а 46.8% работеле. Од испитуваните медицински сестри/техничари, пак, 48.5% не работеле во ноќна смена, а 51.5% работеле (графикон 1б).

Утврдена е сигнификантна поврзаност помеѓу работењето во ноќна смена (помеѓу 19 часот и 6 часот) наспроти профилот на испитаниците (Pearson Chi-square: 42.1121, $p = .000000$).

Во графикон 1в е прикажана структурата на испитаниците поделени во групи според работното место/профилот во однос на работата со пациенти заболени со КОВИД-19.

Графикон 1в. Дистрибуција на испитаниците според профил во однос на нивната работа со пациенти заболени со КОВИД-19



Најголем дел од испитаниците општи доктори (75.4 %) и доктори специјалисти (72.9%) работеле со пациенти заболени со КОВИД – 19.

Испитаниците медицински сестри/техничари (79.5 %) и медицински сестри техничари со три годишни студии (80.6%) во најголем процент работеле со пациенти заболени со КОВИД – 19.

Повеќе од половина од испитаниците здравствени соработници (62.5 %), изјавиле дека работеле со пациенти заболени со КОВИД – 19, а само 26.9% од административните работници дале потврден одговор на ова прашање (графикон 1в).

5.2. Барања на работното место

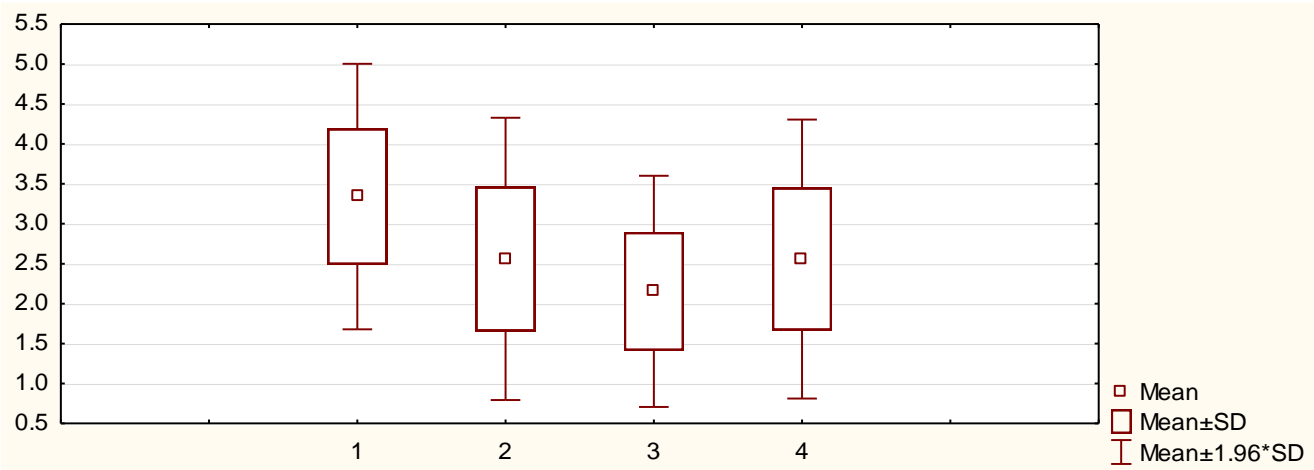
Во следната табела се прикажани просечните вредности на клучните варијабли кај вкупниот примерок - барања на работно место.

Табела 2. Просечни вредности на барањата на работно место во вкупниот примерок

барања на работно место	просек	Стд.Дев.
физички барања	3.3	0.848098
организациски барања	2.5	0.901434
емоционални барања	2.1	0.738392
когнитивни барања	2.5	0.891013

Analysis of Variance
 F=216.8151
 p=0.00

Графикон 2. Просечни вредности на барањата на работно место во вкупниот примерок



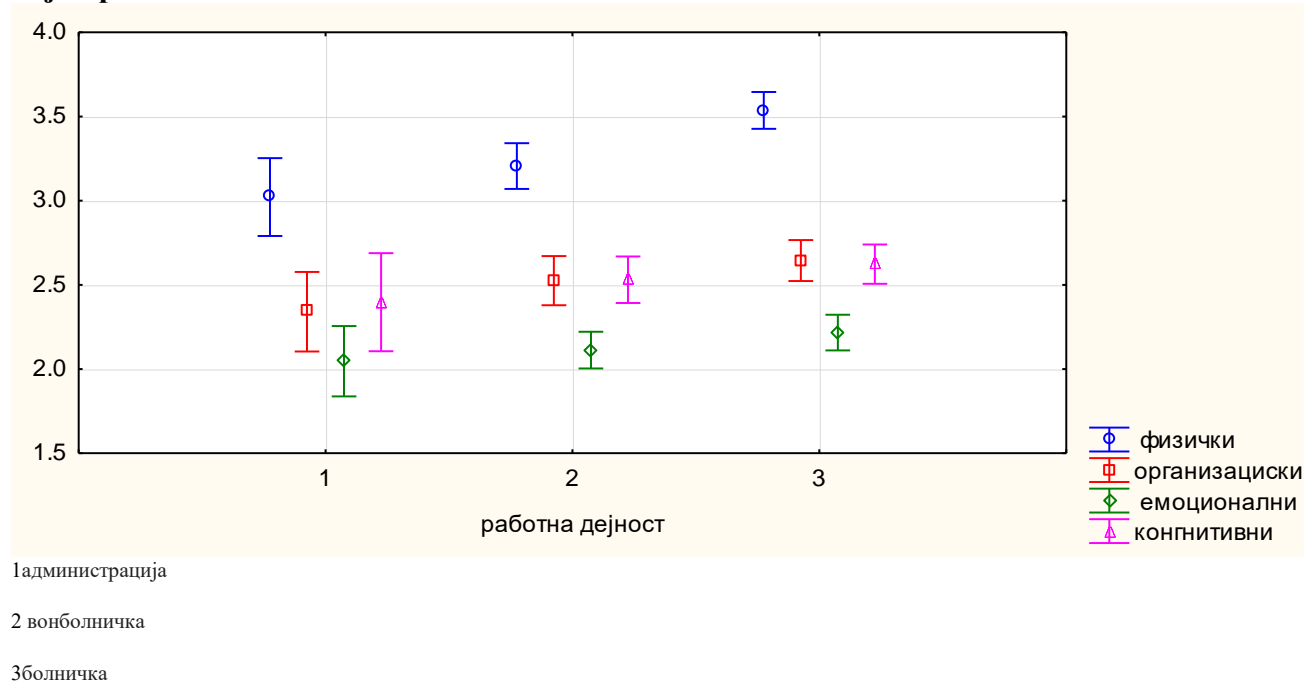
1* физички барања
 2* организациски барања
 3* емоционални барања
 4* когнитивни барања

Резултатите покажуваат сигнификантно највисока просечна вредност на физичките барања (3.3 ± 0.84) споредено со просечните вредности на сите други барања на работното место, со организациските барања средната вредност на разликата изнесува 0,78 ($p=0.00$), со емоционалните барања средната вредност на разликата изнесува 1.2 ($p=0.00$) и со когнитивните барања средната вредност на разликата изнесува 0.78 ($p=0.05$).

Од друга страна, најниска е просечната вредност на емоционалните барања (2.1 ± 0.7) во споредба со просечните вредности на сите други барања на работното место, со физичките барања средната вредност на разликата изнесува -1.2 ($p=0.00$), со организациски барања средната вредност на разликата изнесува -0.4 ($p=0.00$) и со когнитивните барања средната вредност на разликата изнесува -0.4 ($p=0.00$) (табела и графикон 2).

Во следниот графикон (графикон 2а) се прикажани просечните вредности на барањата на работното место според дејноста на која припаѓаат испитаниците (здравствени работници вонболничка дејност и здравствени работници во болничка дејност и помошно-технички и административен персонал).

Графикон 2а. Просечни вредности на барањата на работно место според дејноста на која припаѓаат испитаниците



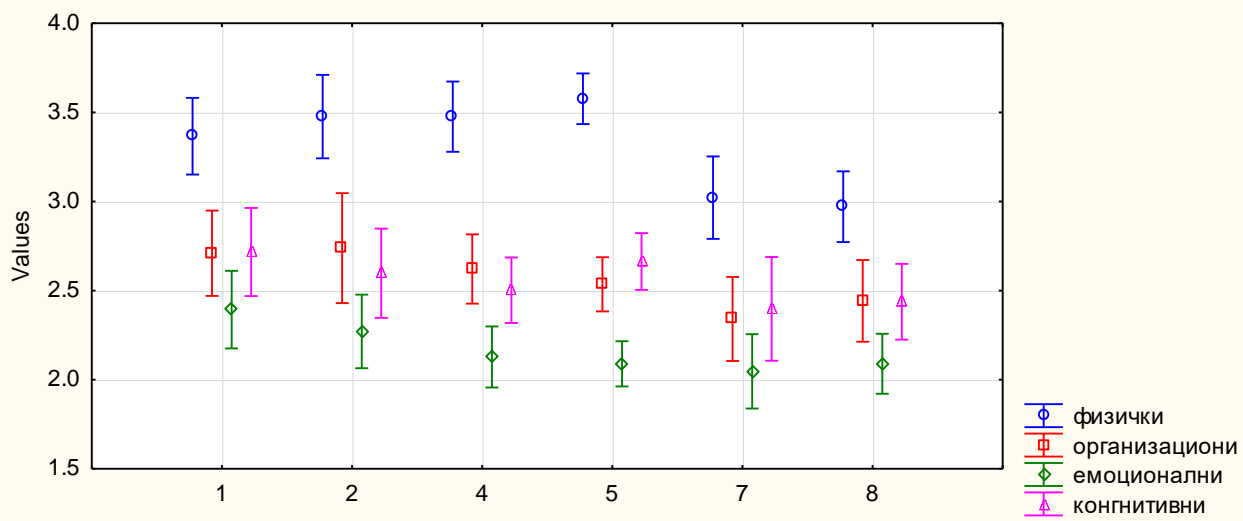
Добиените резултати покажуваат сигнификантно повисока просечна вредност на физичките барања кај испитаниците од групата болничка дејност (3.5) во однос на испитаниците од групата администрација (Multiple Comparisons, $p=0,000205$) и испитаниците од групата вонболничка дејност (Multiple Comparisons, $p=0,000675$).

Дополнително, просечната вредност на организациските барања е сигнификантно повисока кај испитаниците од групата болничка дејност (2.6) во однос на испитаниците од групата администрација (Multiple Comparisons, $p<.05$) и испитаниците од групата вонболничка дејност (Multiple Comparisons, $p<.05$).

Од друга страна, просечната вредност на емоционалните и когнитивните барања е несигнификантно повисока кај испитаниците од групата болничка дејност во споредба со другите две испитувани групи - администрација и вонболничка дејност.

Во следниот графикон се прикажани просечните вредности на барањата на работното место според работното место/профилот на испитаниците.

Графикон 26. Просечни вредности на барањата на работното место според профилот на испитаниците



- 1* општ доктор
- 2* доктор специјалист
- 4* мед.сестра/техничар
- 5* мед.сестра/техничар со 3 год.студии
- 7* администрација
- 8* здравствени соработници

Просечната вредност на физичките барања е сигнификантно повисока кај испитаниците медицински сестри/техничари со тригодишни студии (3.6) во однос на испитаниците административни работници (Multiple Comparisons, $p=0,001758$) и испитаниците здравствени работници (Multiple Comparisons, $p=0,000102$).

Просечната вредност на физичките барања е сигнификантно повисока кај испитаниците медицински сестри/техничари (3.5) во однос на испитаниците административни работници (Multiple Comparisons, $p=0,026660$) и испитаниците здравствени соработници (Multiple Comparisons, $p=0,003856$).

Просечната вредност на физичките барања е сигнификантно пониска кај испитаниците здравствени соработници (3.0) во однос на испитаниците општи доктори и доктори специјалисти (Multiple Comparisons, $p=0,023297$).

Просечната вредност на организациските, емоционалните и когнитивните барања е несигнификантно највисока кај испитаниците општи доктори и доктори специјалисти во споредба со останатите профили испитаници (табела и графикон 26).

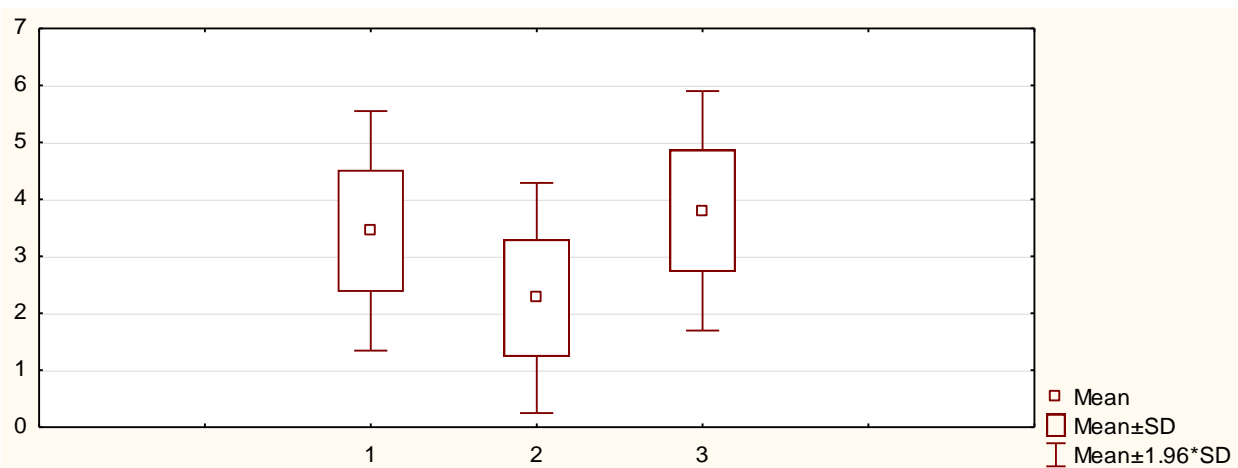
5.3. Ресурси на работното место

Добиените податоци за просечните вредности (средни оценки) на ресурсите на работното место (плата, тимска работа и поддршка од страна на претпоставените) кај вкупниот примерок се прикажани во табела 3.

Табела 3. Средни оценки на ресурси на работно место кај вкупниот примерок

ресурси на работно место	просек \pm SD
тимска работа	3.4 ± 1.073
плата	2.3 ± 1.031
поддршка од претпоставените	3.8 ± 1.072

Графикон 3. Средни оценки на ресурси на работно место кај вкупниот примерок



1* тимска

2* плата

3* поддршка од претпоставениот

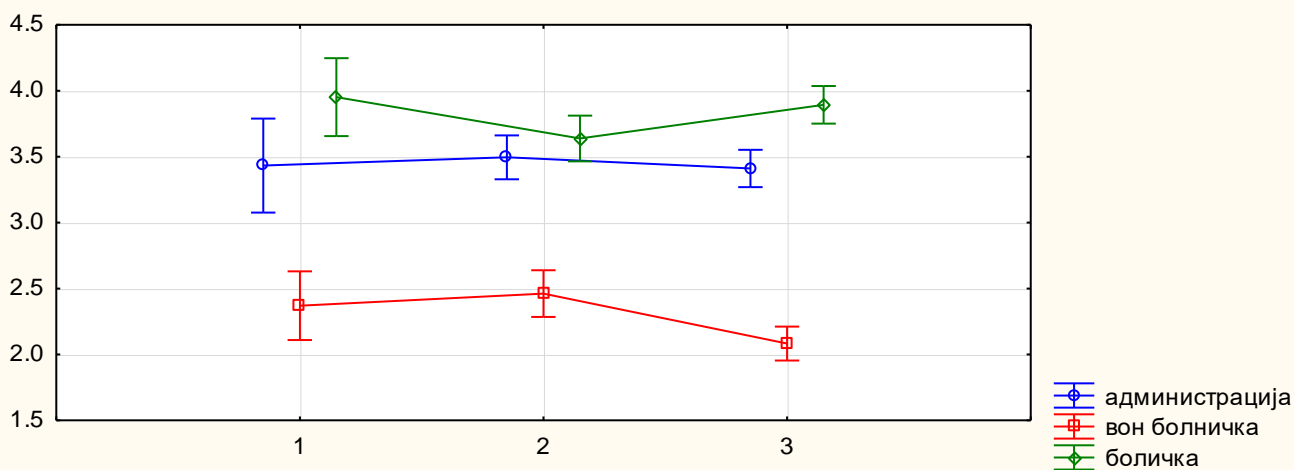
Средната оценка на изјавите на испитаниците за тимската работа изнесува 3.4 и според скалата одговара на „неутралност“. Средната оценка на изјавите на испитаниците за платата е најнизок 2.3 и одговара на „не се согласувам“. Средната оценка на изјавите на испитаниците за поддршка од страна на претпоставените изнесува 3.8, што одговара на „се согласувам“ (табела и графикон 3).

Во следната табела и графикон се прикажани средните оценки на ресурсите на работното место кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат.

Табела 3а. Средни оценки на ресурсите на работното место кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

дејност/ ресурси	администрација	вонболничка	болничка	Kruskal-Wallis test: H (2, N=415)
	просек ± SD	просек ± SD	просек ± SD	
тимска работа	3.4 ± 1.282	2.4 ± 0.936	4.0 ± 1.063	p =.4828
плата	3.5 ± 1.08	2.5 ± 1.149	3.6 ± 1.124	p =.0068
поддршка од претпоставените	3.4 ± 1.009	2.1 ± 0.918	3.9 ± 1.018	p =.00436

Графикон 3а. Средни оценки на ресурсите на работното место кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат



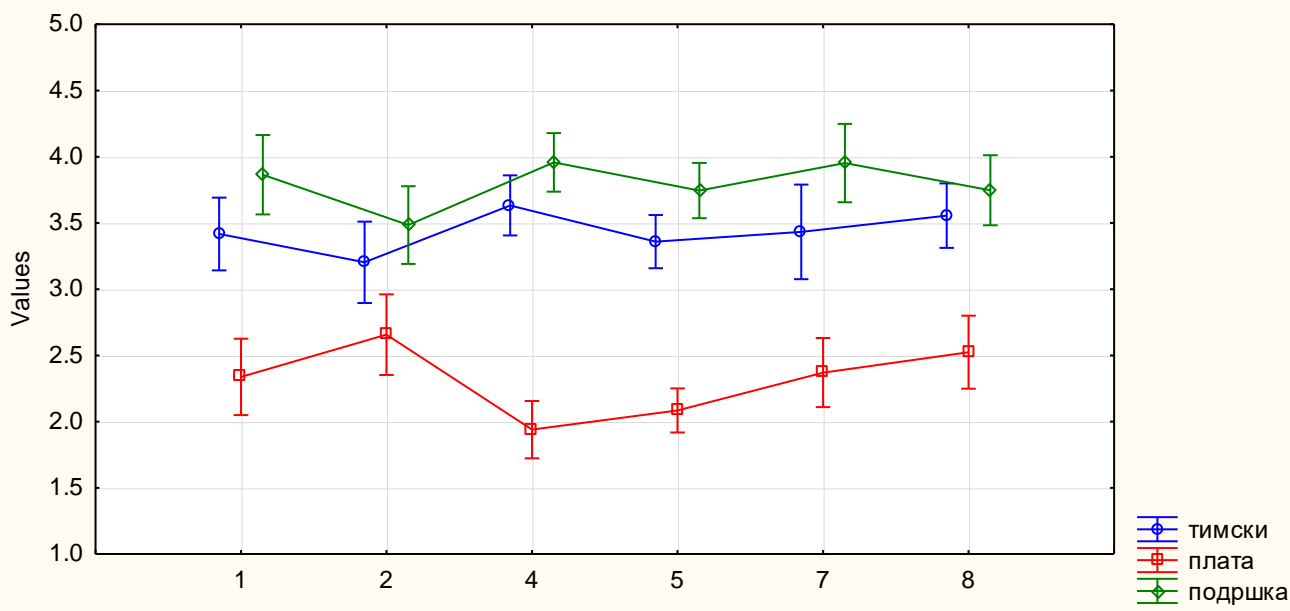
1* тимска
2* плата
3* поддршка

Средните оценки на изјавите на испитаниците за тимската работа на работното место се движат од „не се согласувам“ (2.4) кај испитаниците од вонболничка дејност, преку „неутралност“ (3.4) кај администрацијата, до „се согласувам“ (4.0) кај испитаниците во болничка дејност. Разликата која се регистрира е несигнификантна за $p > 0.05$ (табела и графикон 3а).

Средните оценки на изјавите на испитаниците за платата која ја примаат се движат од „не се согласувам“ (2.5) кај испитаниците од вонболничка дејност, преку администрација – „неутралност“ (3.5) до „се согласувам“ (3.6) кај испитаниците во болничка дејност. Разликата која се регистрира е сигнификантна за $p < 0.05$ (табела и графикон 3а).

Средните оценки на изјавите на испитаниците за поддршката од претпоставените се движат од „не се согласувам“ (2.1) кај испитаниците од вонболничка дејност, преку испитаниците од администрација – „неутралност“ (3.4) до испитаниците од болничка дејност „се согласувам“ (3.9). Разликата која се регистрира е сигнификантна за $p < 0.05$ (табела и графикон 3а).

Графикон 3б. Средни оценки на ресурсите на работното место кај испитаниците според профилот



1* општ доктор

2* доктор специјалист

4* мед.сестра/техничар

5* мед.сестра/техничар со 3 год.студии

7* администрација

8* здравствени соработници

Средните оценки на изјавите за тимската работа на работното место кај испитаниците поделени во групи според профилот, се движат од 3.6 кај медицинските сестри/техничари, преку 3.4 кај општите доктори и администрацијата, 3.3 кај медицинските сестри/техничари со тригодишни студии до 3.2 кај докторите специјалисти, односно во ранг „неутралност“. Разликата која се регистрира е несигнификантна за $p > 0.05$ (графикон 3б).

Средните оценки на изјавите на испитаниците за платата која ја примаат се движи од 1.9 кај медицинските сестри/техничари, 2.1 кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии, понатаму 2.3 кај општите доктори до 2.5 кај здравствените соработници

во ранг „не се согласувам“. Разликата која се регистрира е сигнификантна за $p < 0.05$ (графикон 3б).

Средните оценки на изјавите на испитаниците за поддршката од страна на претпоставените, се движат од 3.5 кај докторите специјалисти, преку 3.7 кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии и здравствените соработници, до 3.9 кај општите доктори и медицинските сестри, во ранг „се согласувам“. Разликата која се регистрира е несигнификантна за $p > 0.05$ (графикон 3б).

5.4. Синдром на согорување

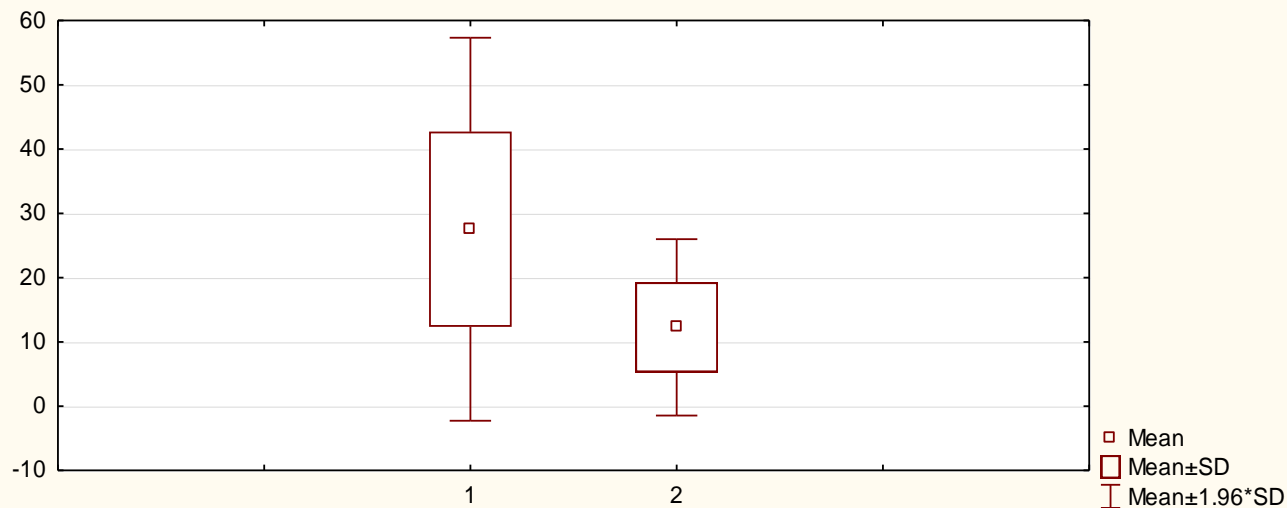
Maslach Burnout Inventory (MBI) беше користен за испитување на синдромот на согорување преку евалуација на неговите две димензии - емоционална исцрпеност и негативен став кон работата. Димензијата емоционална исцрпеност се однесува на чувството на недостаток на енергија, испразнетост/исцрпеност на емоционалните ресурси/сили. Димензијата цинизам или негативен став кон работата претставува интерперсоналната димензија на синдромот на согорување која се однесува на негативниот став кон различни аспекти од работата, пред сè на негативниот однос кон корисниците на услугите, изразен преку чувства на фрустрација, цинизам и лутина.

Во табела и графикон 4 е прикажан просечниот збир на одговорите на испитаниците во однос на димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата).

Табела 4. Просечниот збир на одговорите на испитаниците во однос на димензиите на синдромот на согорување

<i>синдромот на согорување</i>	<i>просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>
емоционална исцрпеност	27.5	15.19975
цинизам или негативен став кон работата	12.3	6.99908

Графикон 4. Просечниот збир на одговорите на испитаниците во однос на димензиите на синдромот на согорување



1* емоционална исцрпеност

2* цинизам или негативен став кон работата

Емоционалната исцрпеност покажува ниско ниво кога збирот на одговорите од скалата за емоционална исцрпеност се наоѓа во интервалот 0-16, средно ниво кога збирот е во интервалот 17-26, а високо ниво на емоционална исцрпеност се регистрира кога збирот на одговорите е поголем или еднаков на 27.

Просечниот збир на одговорите на испитаниците во однос на димензијата на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност изнесува -27.5 (високо ниво) (табела и графикон 4).

Негативниот став кон работата индицира ниско ниво кога збирот на одговорите од скалата за цинизам се наоѓа во интервалот 0-6, средно ниво кога соодветниот збир на одговорите е во интервалот 7-12, а високо ниво на негативен став кон работата постои кога споменатиот збир е поголем или еднаков на 13.

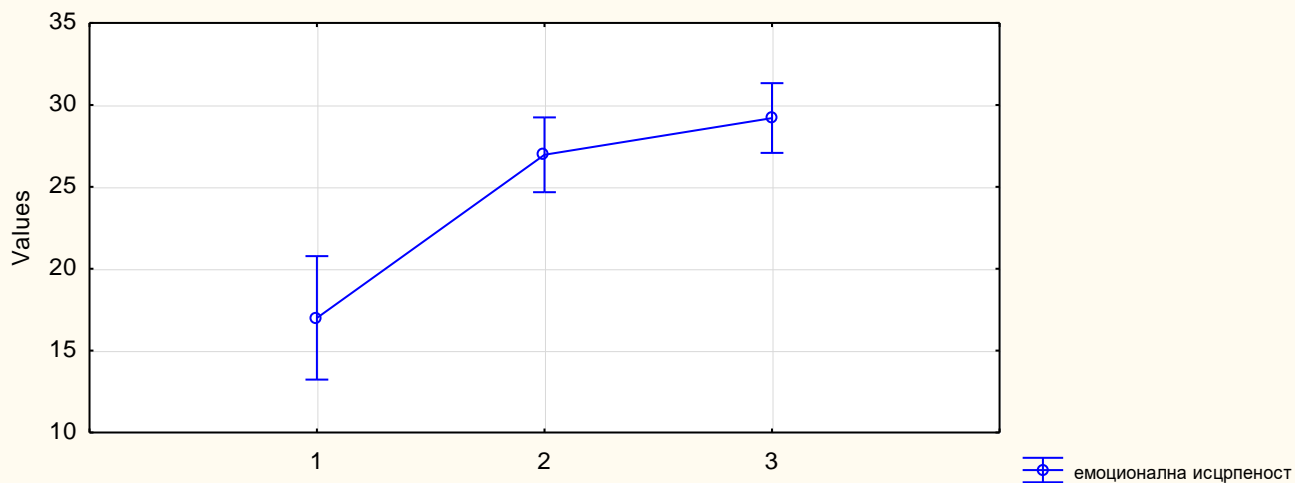
Просечниот збир на одговорите на испитаниците во однос на димензијата на синдромот на согорување - негативен став кон работата изнесува -12.3 (средно ниво) (табела и графикон 4).

Во табела 4а, графикон 4а и графикон 4б се прикажани испитаниците според дејноста на која припаѓаат (здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници во вонболничка дејност и помошно-технички и административен персонал) во однос на димензиите на синдромот на согорување.

Табела 4а. Приказ на испитаниците според дејноста на која припаѓаат во однос на димензиите на синдромот на согорување

<i>дејност/ емоционална исцрпеност</i>	<i>просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	Kruskal-Wallis test: H (2, N= 415) =27.96395 p =.0000
администрација	17.0	13.53427	
вонболничка	27.0	14.80688	
болничка	29.2	15.21883	
<i>цинизам или негативен став кон работата</i>			
администрација	9.9	7.320167	Kruskal-Wallis test: H (2, N= 415) =8.957355 p =.0113
вонболничка	12.0	6.801725	
болничка	13.1	6.955554	

Графикон 4а. Емоционална исцрпеност/ дејност на која припаѓаат испитаниците

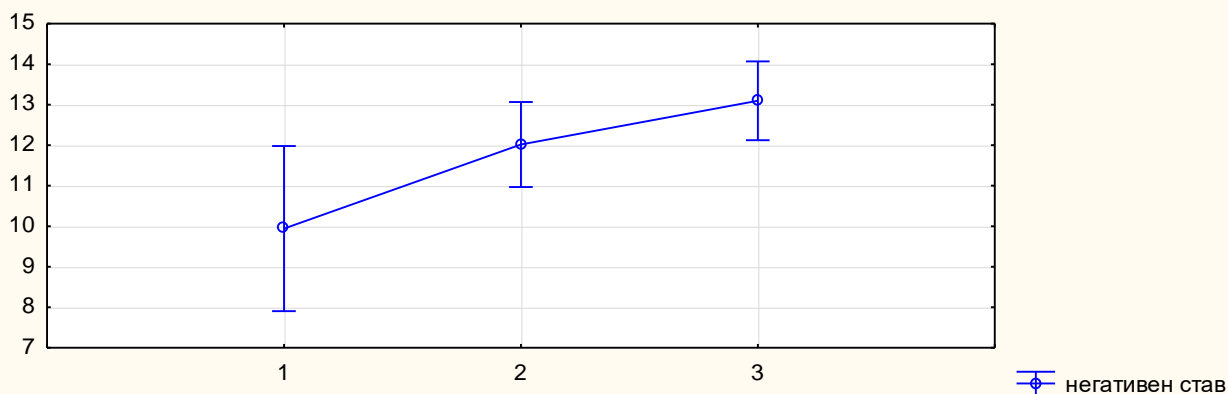


1* администрација
2* вонболничка
3* болничка

Средно ниво на емоционална исцрпеност е детектирано кај администрацијата (17.0), а високо ниво на емоционална исцрпеност е идентификувано кај испитаниците од вонболничка и болничка дејност (27.0 и 29.2) (табела и графикон 4а).

Испитаниците од администрацијата имаат сигнификантно најниско ниво на емоционална исцрпеност во споредба со останатите испитувани групи (здравствени работници во болничка и вонболничка дејност).

Графикон 46. Цинизам или негативен став кон работата/ дејност на која припаѓаат испитаниците



1* администрација
2* вонболничка
3* болничка

Средно ниво на негативен став кон работата е утврдено кај испитаниците од администрација и кај испитаниците од вонболничка дејност (9.9 и 12) и високо ниво на негативен став кон работата кај испитаниците од болничка дејност (13.1) (табела 4а и графикон 4б).

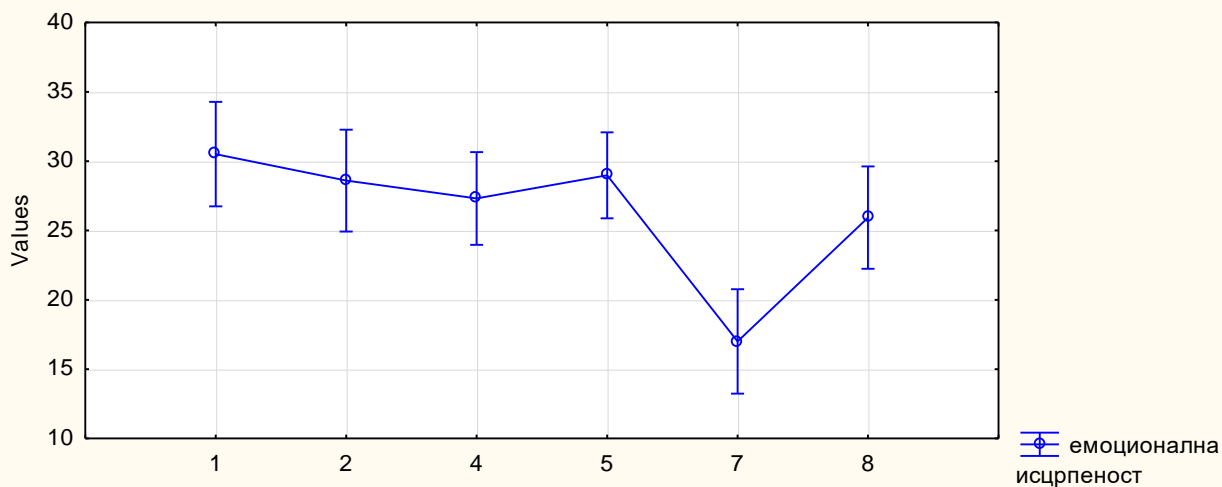
Испитаниците од болничка дејност имаат сигнификантно повисоко ниво на цинизам или негативен став кон работата во споредба со испитаниците од администрацијата.

Во табела 4б, графикон 4в и графикон 4г се прикажани испитаниците според работното место/профил во однос на димензиите на синдромот на согорување.

Табела 4б. Приказ на испитаниците според профил во однос на димензиите на синдромот на согорување

<i>работен профил/ емоционална исцрпеност</i>	<i>просек</i>	<i>Стд.Дев.</i>	Kruskal-Wallis test: H (2, N= 415) =30.28907 p =.0000
општ доктор	30.5	14.20277	
доктор специјалист	28.6	12.64699	
медицинска сестра	27.3	15.30656	
мед. сестра со 3 годишни студии	29.0	15.86955	
администрација	17.0	13.53427	
здравствени соработници	25.9	15.70980	
<i>цинизам или негативен став кон работата</i>			Kruskal-Wallis test: H (2, N= 415) =10.33373 p =.0663
општ доктор	13.4	6.881516	
доктор специјалист	12.8	6.378953	
медицинска сестра	12.7	7.187857	
мед. сестра со 3 годишни студии	13.0	7.195391	
администрација	9.9	7.320167	
здравствени соработници	11.3	6.459456	

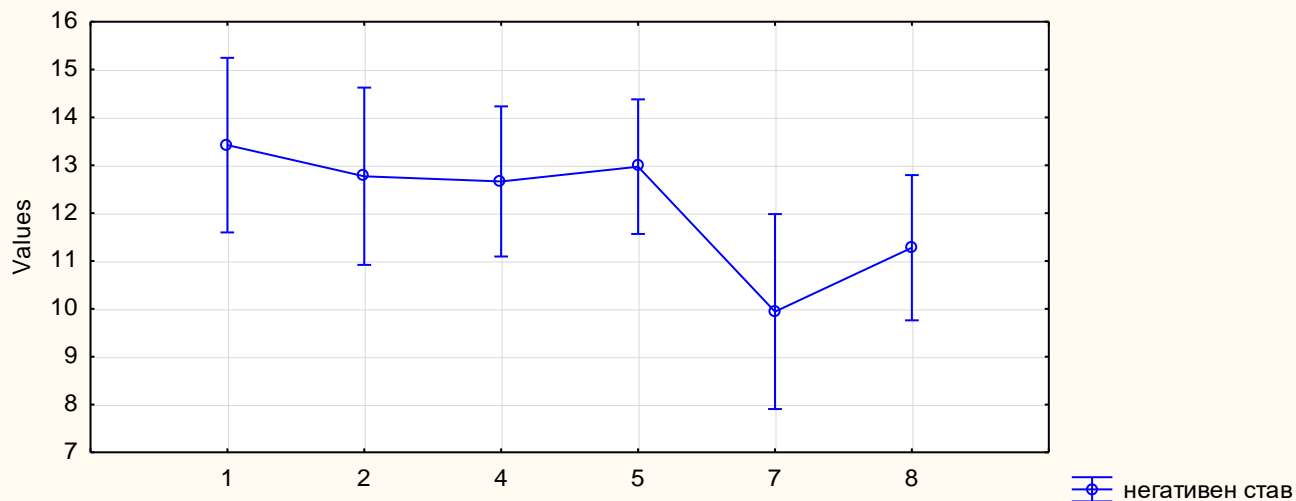
Графикон 4в. Емоционална исцрпеност/ профил на испитаници



- 1* општ доктор
- 2* доктор специјалист
- 4* мед.сестра/техничар
- 5* мед.сестра/техничар со 3 год.студии
- 7* администрација
- 8* здравствени соработници

Средно ниво на емоционална исцрпеност е идентификувано кај администрацијата (17.0) и здравствените соработници (25.9), а високо ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај медицинските сестри/техничари (27.3), докторите специјалисти (28.6), медицинските сестри/техничари со три годишни студии (29.0) и општите доктори (30.5) (табела 4б и графикон 4в).

Графикон 4г. Цинизам или негативен став кон работата/ профил на испитаници



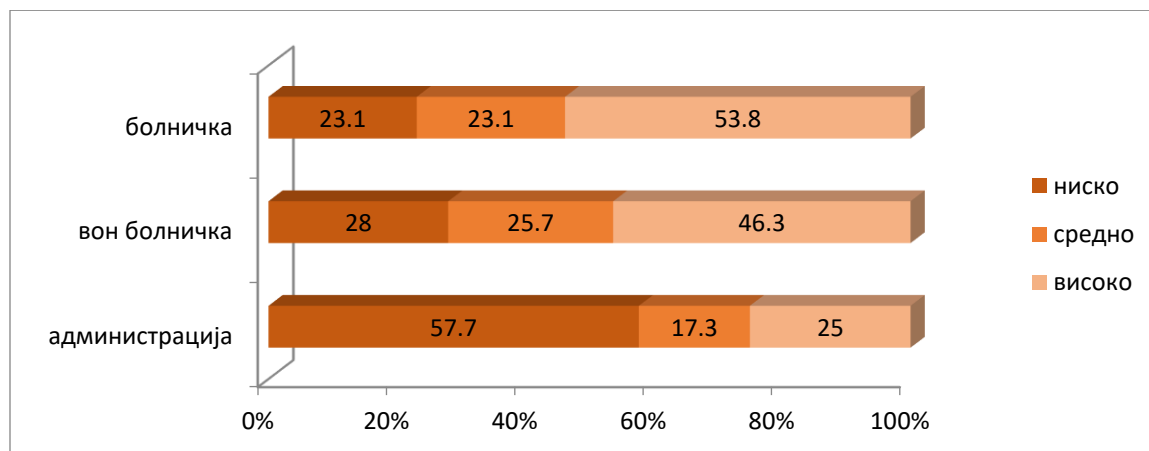
- 1* општ доктор
- 2* доктор специјалист
- 4* мед.сестра/техничар
- 5* мед.сестра/техничар со 3 год.студии
- 7* администрација
- 8* здравствени соработници

Средно ниво на негативниот став кон работата е утврдено кај администрацијата и здравствените соработници (9.9 и 11.3), а високо ниво на негативен став кон работата е идентификувано кај општите доктори, докторите специјалисти, медицинските сестри/техничари и медицинските сестри/техничари со три годишни студии (табела 4б и графикон 4г).

Разликата која се регистрира помеѓу различните профили испитаници во однос на негативниот став кон работата е несигнификантна (табела 4б).

Во графикон 5 е прикажана дистрибуција на испитаниците според нивоата на димензијата на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност во зависност од дејноста на која припаѓаат.

Графикон 5. Дистрибуција на испитаниците според нивоата на емоционална исцрпеност во зависност од дејноста на која припаѓаат



Високо ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е детектирано кај 53.8% од испитаниците во болничка дејност, следуваат испитаниците од вонболничката дејност (46.3%) и испитаниците од администрација (25%).

Средно ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е утврдено кај 25.7% од испитаниците од вонболничка дејност, следуваат испитаниците од болничката дејност (23.1%) и испитаниците од администрација (17.3%) (графикон 5).

Високо/средно ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е регистрирано кај 76.9% од испитаниците во болничка дејност, следуваат испитаниците од вонболничката дејност (71.9%) и испитаниците од администрација (42.3%).

Ниско ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е детектирано кај 57.7% од испитаниците од административна дејност, понатаму следуваат испитаниците од вонболничката дејност (28.0%) и испитаниците од болничка дејност (23.1%).

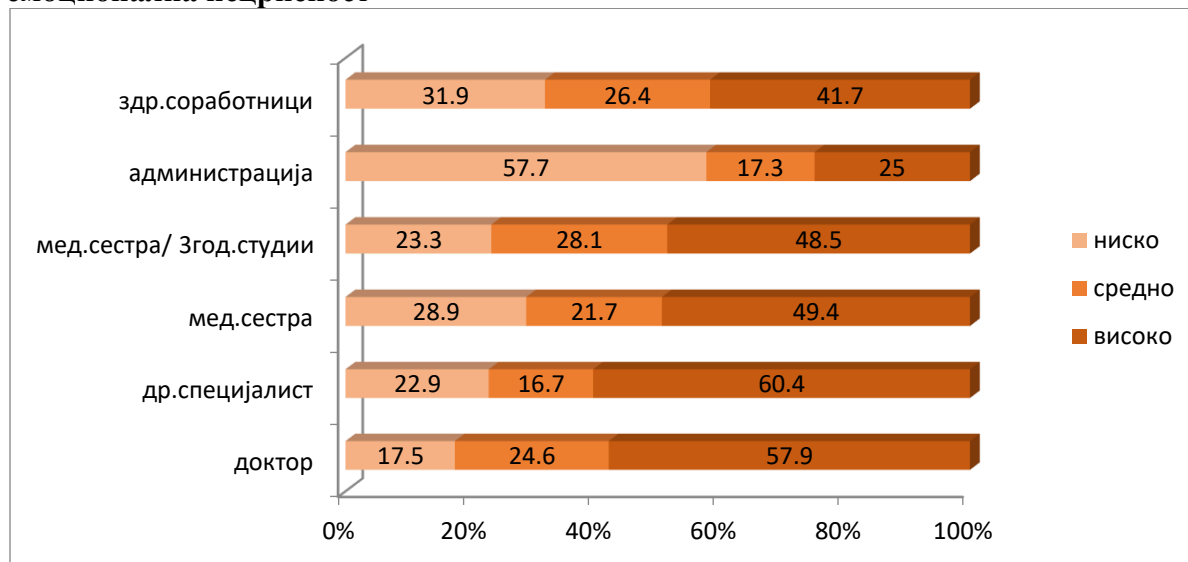
Идентификувана е статистички сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на емоционална исцрпеност и дејноста на која припаѓаат испитаниците (Pearson Chi-square: 25.3792, $p=0.000042$)

Високо ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај значајно поголем број испитаници од болничка дејност (53.8%) во споредба со другите две групи.

Ниско ниво на емоционална исцрпеност е детектирано кај значајно поголем број испитаници од административна дејност (57.7%) во споредба со другите две групи.

Во графикон 5а е прикажана дистрибуција на испитаниците според профилот во однос на нивоата на димензијата на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност.

Графикон 5а. Дистрибуција на испитаниците според профилот во однос на нивоата на емоционална исцрпеност



Високо ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е утврдено кај испитаниците доктори специјалисти (60.4%) и општи доктори (57.9%), потоа следуваат испитаниците медицински сестри/техничари (49.4%), медицинските сестри/техничари со три годишни студии (48.5%) и здравствени соработници (41.7%).

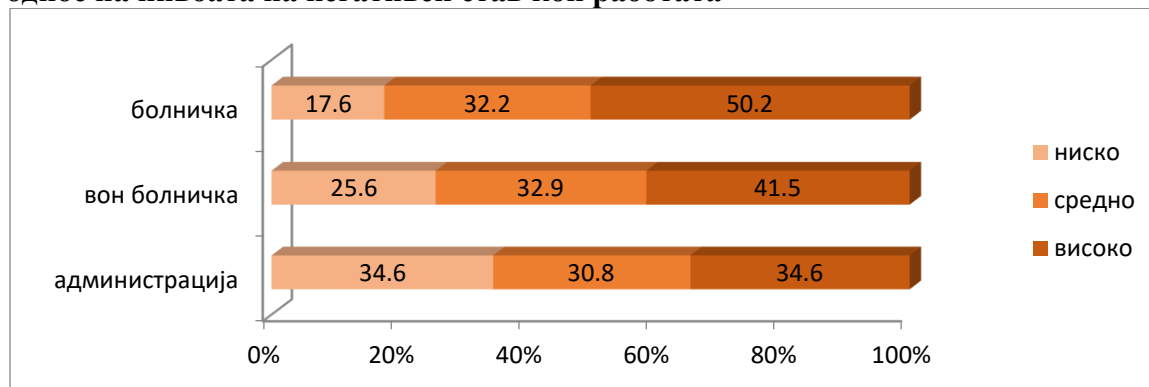
Ниско ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е детектирано кај 57.7% од испитаниците од администрација.

Идентификувана е статистички сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на емоционална исцрпеност и работното место/профилот на испитаниците (Pearson Chi-square: 31.3776, $p=.000508$)

Високо/средно ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е забележано кај 82.5% од општите доктори и 77.1% од докторите специјалисти, следуваат медицинските сестри/техничари со три годишни студии - 76.7%, медицинските сестри/техничари - 71.1% и здравствените соработници - 68.1% (графикон 5а).

Во графикон 6 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според дејноста на која припаѓаат испитаниците во однос на нивоата на димензијата на синдром на согорување - негативен став кон работата.

Графикон 6. Дистрибуција на испитаниците според дејноста на која припаѓаат во однос на нивоата на негативен став кон работата



Високо ниво на негативен став кон работата во најголем процент е утврдено кај 50.2% од испитаниците во болничка дејност, следуваат испитаниците од вонболничка дејност - 41.5% и испитаниците од администрација - 34.6%.

Средно ниво на негативен став кон работата во најголем процент е детектирано кај 32.9% од испитаниците од вонболничка дејност, следуваат испитаниците од болничка дејност - 32.2% и испитаниците од администрација - 30.8%.

Се регистрира статистички сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на негативен став кон работата и групата на која припаѓаат испитаниците (Pearson Chi-square: 10.08589, $p=.038988$)

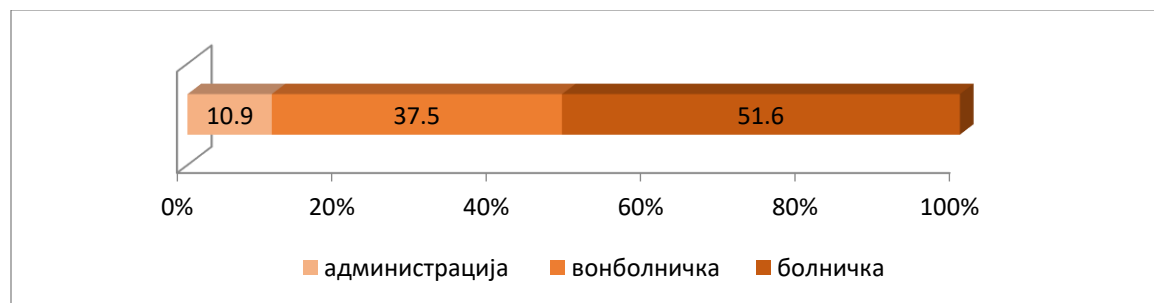
Ниско ниво на негативен став кон работата во најголем процент е идентификувано кај 34.6% од испитаниците од администрација, следуваат испитаниците од вонболничката дејност - 25.6% и испитаници од болничка дејност - 17.6% (графикон б).

Високо ниво на негативен став кон работата е утврдено кај значајно поголем број испитаници од болничката дејност (50.2%) во споредба со другите две групи.

Ниско ниво на негативен став кон работата е детектирано кај значајно поголем број испитаници од административната дејност (17.6%) во споредба со другите две групи.

Во графиконот ба е прикажана присутноста на синдромот на согорување кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат испитаниците (здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници вонболничка дејност, помошно-технички и административен персонал).

Графикон ба. Синдром на согорување кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

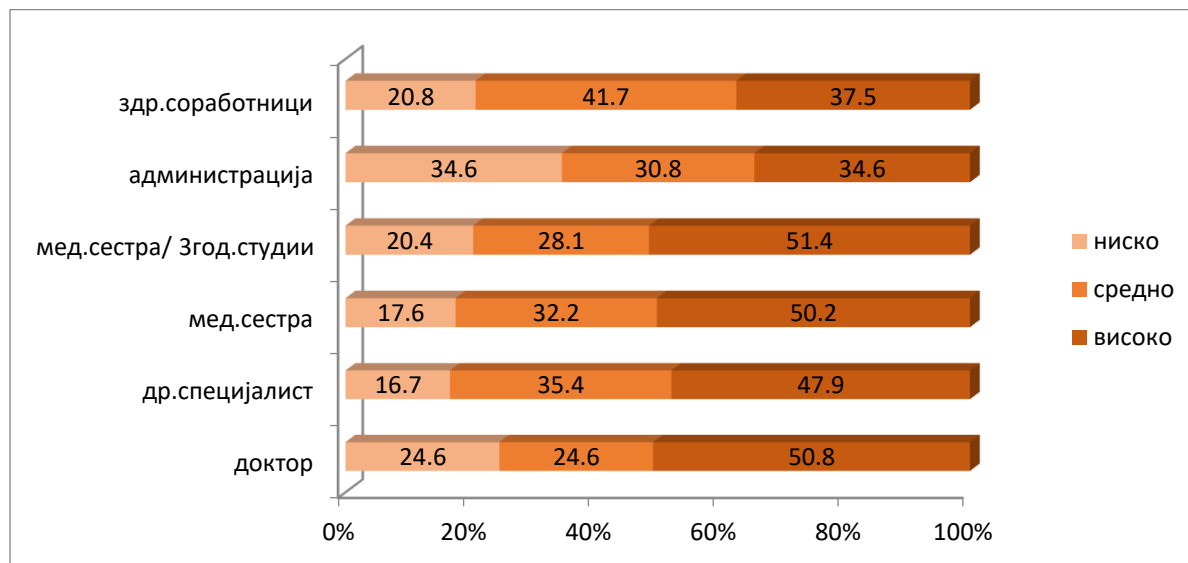


Синдром на согорување е утврден кај 31 (10.9%) испитаници од администрацијата, 107 (37.5%) испитаници од вонболничка дејност и 147 (51.6%) испитаници од болничката дејност (графикон ба).

Појава на синдромот на согорување е детектирана во сигнификантно поголем процент од 51.6% кај испитаниците од болничка дејност во споредба со останатите два модалитети.

Во графикон бб е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според работното место/профил во однос на нивоата на димензијата на синдромот на согорување- негативен став кон работата.

Графикон 66. Дистрибуција на испитаниците според профилот во однос на нивоата на негативен став кон работата



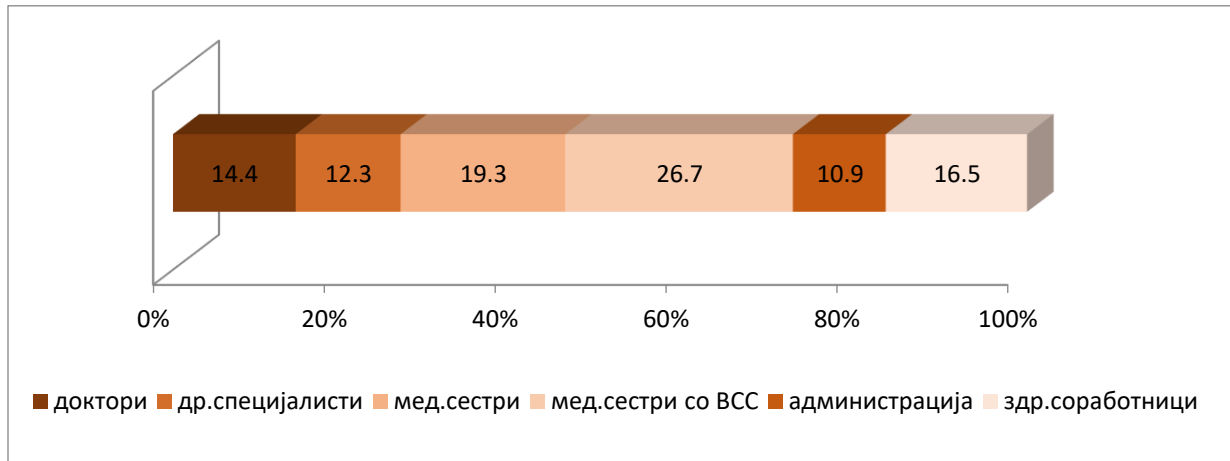
Високо ниво на негативен став кон работата во најголем процент е утврдено кај 51.4% од испитаниците медицински сестри/техничари со три годишни студии, следуваат испитаниците општи доктори (50.8%) и медицински сестри/техничари (50.2), докторите специјалисти (47.9%), а најмал процент се забележува кај административните работници (37.5%).

Не е пронајдена статистички сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на негативен став кон работата и работното место/профилот на испитаниците (Pearson Chi-square: 11.9050, $p=.291464$)

Високо/средно ниво на негативен став кон работата се регистрира кај 83.3% од докторите специјалисти, 75.4% од општите доктори, 82.4% од медицинските сестри/техничари, 79.5% од медицинските сестри/техничари со три годишни студии, а најниско ниво кај административните работници (65.4%). (графикон 66).

Во графиконот 6в е прикажана присутноста на синдромот на согорување кај испитаниците според работното место/профил.

Графикон бв. Синдром на согорување според профилот на испитаниците



Синдром на согорување е утврден кај 31 (10.9%) административни работници, 41 (14.4%) општи доктори, 35 (12.3%) доктори специјалисти, 55 (19.3%) медицински сестри/техничари, 76 (26.7%) медицински сестри/техничари со три годишни студии и 47 (16.5%) здравствени соработници (графикон бв). Појава на синдромот на согорување кај медицински сестри/техничари со тригодишни студии е детектирана во сигнификантно поголем процент од 26.7% е детектирана во споредба со останатите профили (Difference test, $p=0.00$).

5.5. Животен стил и здравствена состојба

Во табела 7 се прикажани одговорите на прашањата поврзани со ризичниот животен стил кај испитаниците.

Табела 7. Одговори на прашањата поврзани со ризичниот животен стил кај испитаниците во однос на дејноста на која припаѓаат

прашања за ризичен животен стил	дејност	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Колку пати во неделата јадете брза храна?	администрација	1.6	1.559649	H (2, N= 415) =13.73945 p =.0010
	вонболничка	2.1	1.931753	
	болничка	2.7	2.369748	
Во просек, колку цигари пушите дневно?	администрација	7.1	11.47249	H (2, N= 415) =3.406528 p =.1821
	вонболничка	5.1	8.76833	
	болничка	6.8	9.41864	
Колку долго пушите-години?	администрација	7.9	12.24880	H (2, N= 413) =.9499851 p =.6219
	вонболничка	6.5	11.01558	
	болничка	6.6	9.65366	
Во просек, колку кафиња пиете дневно?	администрација	2.2	1.165103	

	вонболничка	2.3	2.593313	H (2, N= 415) =9.327237 p=.0094
	болничка	2.4	1.113046	
Во просек, колку дена во неделата пиете алкохол?	администрација	1.3	1.560736	H (2, N= 415) =7.536857 p=.0231
	вонболничка	1.1	1.453658	
	болничка	0.8	1.327152	
Во просек, колку чаши алкохол, секогаш кога пиете?	администрација	1.1	0.995275	H (2, N= 415) =1.411015 p=.4939
	вонболничка	1.2	1.257433	
	болничка	1.1	1.428209	
Колку чаши алкохол пиете на работа?	администрација	0		
	вонболничка	0		
	болничка	0.02	0.283552	
Колку чаши алкохол пиете кога излегувате?	администрација	1.2	1.446247	H (2, N= 415) =.3286366 p=.8485
	вонболничка	1.2	1.422272	
	болничка	1.3	1.657719	

Просечно, испитаниците од *болничка дејност* сигнификантно почесто јаделе брза храна (2.7 пати) и пиеле *сигнификантно повеќе кафе* (2.4 кафиња дневно) во однос на останатите испитаници од *вонболничка дејност* и *администрација*.

Испитаниците од администрација, просечно пушеле несигнификантно поголем број цигари (7.1 цигари дневно) и пиеле алкохол сигнификантно повеќе денови во текот на неделата (1.3 денови) во однос на испитаниците од *болничка* и *вонболничка дејност*. (табела 7).

Во табела 7а се прикажани одговорите на прашањата поврзани со ризичниот животен стил кај испитаниците.

Табела 7а. Одговори на прашањата поврзани со ризичниот животен стил кај испитаниците во однос на работното место/профил

прашања за ризичен животен стил	профил	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Колку пати во неделата јадете брза храна?	општ доктор	2.6	1.848084	H (2, N= 415) =13.23089 p=.0213
	доктор специјалист	2.4	3.154418	
	медицинска сестра	2.4	2.153799	
	мед. сестра со 3 год.студии	2.5	1.973988	
	администрација	1.6	1.559649	
	здравствени соработници	2.0	2.065771	
Во просек, колку цигари пушите дневно?	општ доктор	6.4	10.14512	H (2, N= 415) =13.43715 p=.0196
	доктор специјалист	3.4	7.43435	
	медицинска сестра	8.8	10.16988	
	мед. сестра со 3 год.студии	5.6	8.17029	
	администрација	7.1	11.47249	
	здравствени соработници	4.9	8.88384	
Колку долго пушите-години?	општ доктор	5.0	8.19182	

	доктор специјалист	4.3	9.04302	H (2, N= 413) 8.952418 p =.1110
	медицинска сестра	8.4	10.95216	
	мед. сестра со 3 год.студии	6.8	10.33084	
	администрација	7.9	12.24880	
	здравствени соработници	6.7	11.42301	
Во просек, колку кафиња пиете дневно?	општ доктор	2.4	1.507500	H (2, N= 415) =2.508115 p =.7753
	доктор специјалист	2.2	1.538945	
	медицинска сестра	2.4	1.160244	
	мед. сестра со 3 год.студии	2.6	2.932322	
	администрација	2.2	1.165103	
Во просек, колку дена во неделата пиете алкохол?	општ доктор	1.4	1.372620	H (2, N= 415) =37.26995 p =.0000
	доктор специјалист	1.3	1.443376	
	медицинска сестра	0.6	1.332807	
	мед. сестра со 3 год.студии	0.6	1.108866	
	администрација	1.3	1.560736	
Во просек, колку чаши алкохол, секогаш кога пиете?	општ доктор	1.7	0.969782	H (2, N= 415) =30.32730 p =.0000
	доктор специјалист	1.2	1.136125	
	медицинска сестра	0.9	1.373953	
	мед. сестра со 3 год.студии	1.0	1.201025	
	администрација	1.1	0.995275	
Колку чаши алкохол пиете на работа?	општ доктор	0		H (2, N= 415) =4.763889 p =.4454
	доктор специјалист	0		
	медицинска сестра	0		
	мед. сестра со 3 год.студии	0		
	администрација	0		
Колку чаши алкохол пиете кога излегувате?	општ доктор	1.7	1.398397	H (2, N= 415) = 23.24449 p =.0003
	доктор специјалист	1.1	1.189307	
	медицинска сестра	0.9	1.372241	
	мед. сестра со 3 год.студии	1.2	1.855836	
	администрација	1.2	1.446247	
	здравствени соработници	1.6	1.506377	

Опитите доктори (2.6 пати) и медицинските сестри/техничари со три годишни студии (2.5 пати) просечно јаделе сигнификантно почесто брза храна во однос на администрацијата и здравствените соработници (табела 7а).

Медицинските сестри, просечно пушеле сигнификантно поголем број цигари (8.8 цигари дневно) во однос на останатите профили.

Испитаниците според профилот на работното место не се разликуваат сигнификантно во однос на *просечниот број кафеиња* кои ги пиеле во текот на денот (табела 7а).

Во табела 8 се прикажани одговорите на прашањата поврзани со протективниот животен стил кај испитаниците.

Табела 8. Одговори на прашањата поврзани со протективниот животен стил кај испитаниците во однос на дејноста на која припаѓаат

прашања за протективен животен стил	Дејност	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Колку пати во неделата појадувате?	администрација	6.3	1.502135	H (2, N= 415) =8.865413 p =.0119
	вонболничка	5.5	2.162857	
	болничка	5.4	2.135801	
Во просек, колку пати во денот имате редовен оброк?	администрација	3.1	1.699525	H (2, N= 415) =3.113830 p =.2108
	вонболничка	2.8	1.729792	
	болничка	2.8	1.846558	
Во просек, колку часа спиеете во текот на ноќта?	администрација	6.4	0.950312	H (2, N= 413) =.8448438 p =.6555
	вонболничка	6.3	1.218632	
	болничка	6.2	1.397774	
Колку пати вежбате неделно?	администрација	1.9	2.094307	H (2, N= 415) =4.674516 p =.0966
	вонболничка	1.3	1.695103	
	болничка	1.3	1.684012	

Во однос на протективниот животен стил, резултатите покажуваат дека *испитаниците од болничка дејност сигнификантно поретко појадувале* ($p=0,0119$). Испитаниците од болничка и вонболничка дејност несигнификантно поретко имале редовен оброк (2.8 пати), пократко спиееле (6.2 и 6.3 часови) и помалку вежбале (1.3 пати) во споредба со испитаниците од администрацијата (3.1 пати, 6.4 часови и 1.9 пати) (табела 8).

Во табела 8а се прикажани одговорите на прашањата поврзани со протективниот животен стил кај испитаниците.

Табела 8а. Одговори на прашањата поврзани со протективниот животен стил кај испитаниците според работното место/профил

прашања за протективен животен стил	профил	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Колку пати во неделата појадувате?	општ доктор	4.7	2.371906	H (2, N= 415) =17.20742 p =.0041
	доктор специјалист	5.7	1.921210	
	медицинска сестра	5.4	2.116015	
	мед. сестра со 3 год.студии	5.6	2.111764	
	администрација	6.3	1.502135	
	здравствени соработници	5.8	2.102564	
Во просек, колку пати во денот имате редовен оброк?	општ доктор	2.5	1.559794	H (2, N= 415) =13.31463 p =.0206
	доктор специјалист	2.9	1.681011	
	медицинска сестра	2.6	1.987398	
	мед. сестра со 3 год.студии	2.9	2.005418	
	администрација	3.1	1.699525	
	здравствени соработници	2.9	1.368505	
Во просек, колку часа спиеете во текот на ноќта?	општ доктор	6.2	1.091503	H (2, N= 413) =9. 716559 p =.0837
	доктор специјалист	6.1	1.425261	
	медицинска сестра	6.1	1.335283	
	мед. сестра со 3 год.студии	6.2	0.950312	
	администрација	6.4	1.212142	
	здравствени соработници	6.6	1.368505	
Колку пати вежбате неделно?	општ доктор	1.4	1.752013	H (2, N= 415) =8.456414 p =.1328
	доктор специјалист	1.2	1.606586	
	медицинска сестра	1.1	1.684923	
	мед. сестра со 3 год.студии	1.3	1.710373	
	администрација	1.9	2.094307	
	здравствени соработници	1.5	1.669891	

Резултатите од табелата покажуваат дека *општите доктори* сигнификантно *поретко појадувале* ($p=0,0041$) и имале *поретко редовен оброк* ($p=0,0041$). Медицинските сестри/техничари несигнификантно *пократко спиеле* (6.1 часови) и *помалку вежбале* (1.1 денови) во споредба со испитаниците од другите профили (табела 8а).

Во табела 9 се прикажани одговорите на прашањата поврзани со користење на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците.

Табела 9. Одговори на прашањата за користење на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

прашања за здравствена состојба	Дејност	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Просечно колку дена во неделата користите таблети за спиење?	администрација	0.3	0.269231	H (2, N= 415) =2.193654 p =.3339
	вонболничка	0.4	0.384146	
	болничка	0.5	0.552764	
Просечно колку дена во неделата користите аналгетици?	администрација	1.2	1.710583	H (2, N= 415) =8.778962 p =.0124
	вонболничка	1.0	1.261439	
	болничка	1.8	2.017263	

Просечното користење аналгетици неделно е сигнификантно почесто кај испитаниците од болничката дејност (1.8 денови) во споредба со другите испитувани групи (1.2 денови и 1.0 денови) ($p=0,0124$) (табела 9). Додека, пак, просечната употреба на таблети за спиење во текот на неделата е несигнификантно поголема кај испитаниците од болничка дејност (0.5 денови) во споредба со испитаниците од вонболничка дејност (0.3 денови) и администрација (0.4 денови).

Во табела 9а се прикажани одговорите на прашањата поврзани со користење на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците поделени по групи според работното место/профил.

Табела 9а. Одговори на прашањата за користење на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците според работното место/профил

прашања за здравствена состојба	работно место	просек	СД	Kruskal-Wallis test:
Просечно, колку дена во неделата користите таблети за спиење?	општ доктор	0.4	1.279783	H (2, N= 415) =12.16068 p =.0327
	доктор специјалист	0.5	1.414214	
	медицинска сестра	0.4	1.317060	
	мед. сестра со 3 год.студии	0.7	1.518714	
	администрација	0.3	0.972472	
	здравствени соработници	0.2	1.003515	
Просечно, колку дена во неделата користите аналгетици?	општ доктор	0.8	1.297288	H (2, N= 415) =13.51394 p =.0190
	доктор специјалист	0.9	1.521565	
	медицинска сестра	1.8	2.168589	
	мед. сестра со 3 год.студии	1.6	1.871719	
	администрација	1.2	1.710583	
	здравствени соработници	1.2	1.281794	

Просечната употреба на *таблети за спиење во текот на неделата* е *сигнификантно поголема кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии (0.7)* во споредба со останатите профили.

Просечното *користење аналгетици неделно* е *сигнификантно почесто кај медицинските сестри (1.8) и медицинските сестри/техничари со три годишни студии (1.6)* во споредба со останатите профили (табела 9а).

Во табела 10 се прикажани одговорите на испитаниците според дејноста на која припаѓаат на прашањето поврзано со промената на навиките на полошо за време на пандемијата со КОВИД-19 во однос на навиките пред пандемијата.

Табела 10. Одговори на прашањето во однос на променетите навиките на полошо за време на пандемијата со КОВИД - 19 кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

променети навиките	дејност	број	%
пушење	администрација	6	11.5
	вонболничка	22	13.4
	болничка	34	17.1
консумирање алкохол	администрација	2	3.8
	вонболничка	9	5.5
	болничка	10	5.0
употреба на таблети за болка	администрација	6	11.5
	вонболничка	28	17.1
	болничка	37	18.6
употреба на таблети за спиење	администрација	2	3.8
	вонболничка	15	9.1
	болничка	17	8.5
физичка активност	администрација	22	42.3
	вонболничка	83	50.6
	болничка	103	51.7
начин на исхрана	администрација	5	9.6
	вонболничка	65	39.6
	болничка	99	49.7
не ги промениле навиките	администрација	11	21.1
	вонболничка	28	17.1
	болничка	22	11.0

Во најголем процент, за време на КОВИД – 19 пандемијата, испитаниците ги промениле навиките на полошо во однос на *физичката активност* - администрација (42.3%), вонболничка дејност (50.6%) и болничка дејност (51.7%), процентуалната разлика е несигнификантна за $p > 0.05$.

Во најмал процент, за време на пандемијата со КОВИД - 19, испитаниците ги

промениле навиките на полошо во однос на *консумирање алкохол* - администрација (3.8%), вонболничка дејност (5.5%) и болничка дејност (5.0%), процентуалната разлика е несигнификантна за $p > 0.05$ (табела 10).

Во табела 10а се прикажани одговорите на испитаниците поделени во групи според работното место/профил, на прашањето поврзано со промената на навиките на полошо за време на пандемијата со КОВИД-19 во однос на навиките пред пандемијата.

Табела 10а. Одговори на прашањето во однос на променетите навики на полошо за време на пандемијата со КОВИД - 19 кај испитаниците според работното место/профил

променети навики	дејност	број	%
Пушење	општ доктор	16	28.1
	доктор специјалист	4	8.3
	медицинска сестра	16	19.3
	мед. сестра со 3 год.студии	16	15.5
	администрација	6	11.5
	здравствени соработници	4	5.5
консумирање алкохол	општ доктор	6	10.5
	доктор специјалист	4	8.3
	медицинска сестра	3	3.6
	мед. сестра со 3 год.студии	4	3.9
	администрација	2	3.8
	здравствени соработници	2	2.7
употреба на таблети за болка	општ доктор	7	12.3
	доктор специјалист	7	14.6
	медицинска сестра	21	25.3
	мед. сестра со 3 год.студии	21	20.4
	администрација	6	11.5
	здравствени соработници	8	11.1
употреба на таблети за спиење	општ доктор	7	12.3
	доктор специјалист	4	8.3
	медицинска сестра	5	6.0
	мед. сестра со 3 год.студии	11	10.7
	администрација	2	3.8
	здравствени соработници	5	6.9
физичка активност	општ доктор	31	54.4
	доктор специјалист	28	58.3
	медицинска сестра	39	47.0
	мед. сестра со 3 год.студии	50	48.5
	администрација	22	42.3
	здравствени соработници	38	52.8
начин на исхрана	општ доктор	32	56.1
	доктор специјалист	19	39.6
	медицинска сестра	47	56.6
	мед. сестра со 3 год.студии	57	55.3
	администрација	5	9.6
	здравствени соработници	28	38.9

не ги промениле навиките	општ доктор	9	15.8
	доктор специјалист	9	18.75
	медицинска сестра	8	9.6
	мед. сестра со 3 год.студии	10	9.7
	администрација	11	21.1
	здравствени соработници	14	19.4

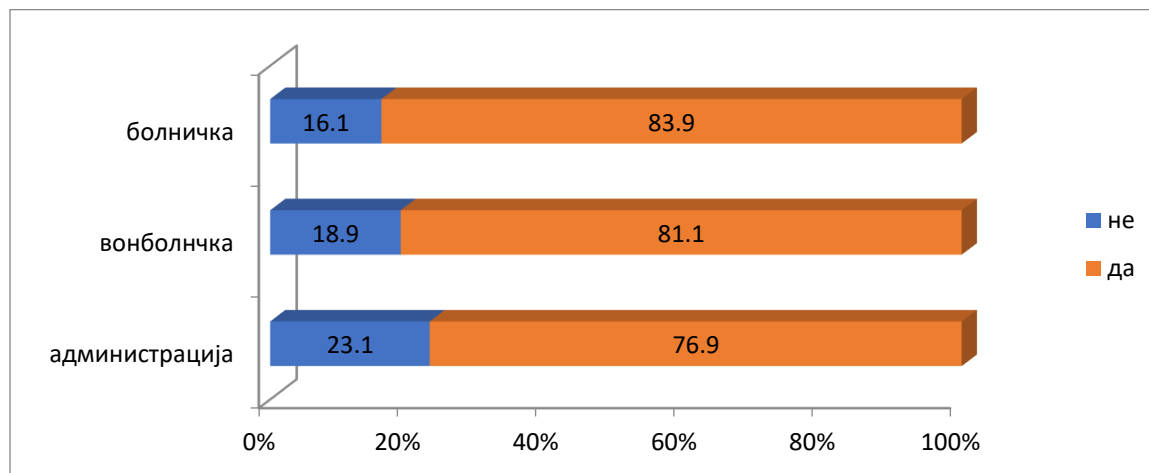
Повеќе од половина од докторите специјалисти (58.3%), општите доктори (54.4%) и здравствените соработници (52.8%), во најголем несигнификантен процент ги промениле навиките на полошо за време на КОВИД - 19 во однос на физичката активност, споредено со останатите профили (табела 9а).

Во табела и графикон 11 се прикажани одговорите на прашањето поврзано со здравствени тегоби кај испитаниците поделени во групи според дејноста.

Табела 11. Одговори на прашањето поврзано со здравствени тегоби кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

сегашни тегоби	администрација		вонболничка		болничка	
	број	%	број	%	број	%
Немам	12	23.1	31	18.9	32	16.1
Главоболки	19	36.5	55	33.5	79	39.7
Проблеми со видот	17	32.7	45	27.4	56	28.1
Проблеми со слухот	4	7.7	8	4.9	11	5.5
Болки во грбот	24	46.1	62	37.8	94	47.2
Болки во рамениот појас и вратот	20	38.5	61	37.2	80	40.2
Болки во горните екстремитети	5	9.6	14	8.5	34	17.1
Болки во долните екстремитети	11	21.1	35	21.3	60	30.1
Тешкотии со дишењето	6	11.5	18	11.0	17	8.5
Проблеми со срцето	2	3.8	19	11.6	22	11.0
Болки во стомакот	3	5.8	16	9.7	22	11.0
Проблеми со кожата	2	3.8	15	9.1	17	8.5
Алергии	7	13.5	34	20.7	16	8.0
Целосен замор	11	21.1	56	34.1	78	39.2
Стрес	17	32.7	59	36.0	92	46.2
Проблеми со спиењето	8	15.4	37	22.6	50	25.1
Вознемиреност	10	19.2	21	12.8	56	28.1
Раздразливост	7	13.5	29	17.7	52	26.1
Намалено расположение	12	23.1	59	36.0	75	37.7
Повреди	0		2	1.2	2	1.0
Други тегоби или заболувања	3	5.8	8	4.9	10	5.0

Графикон 11. Процентуална застапеност на здравствени тегоби кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат



Појавата на здравствени тегоби, во најголем процент е откриена кај 83.9% од испитаниците од болничка дејност, кај 81.1 % од испитаниците од вонболничка дејност и кај 76.9 % од испитаниците од администрација (графикон 11).

Испитаниците од групата администрација, се соочиле со појава на болки во грбот (46.1%), болки во рамениот појас и вратот (38.5%), главоболки (36.5%), стрес (32.7%) и останати тегоби забележани кај помалку од 24.0%.

Испитаниците од групата вонболничка дејност пријавиле појава на болки во грбот (37.8%), болки во рамениот појас и вратот (37.2%), стрес и намалено расположение (36.0%), главоболки (33.5%), целосен замор (34.1%), останати тегоби се регистрирани кај помалку од 24.0%.

Испитаниците од групата болничка дејност се пожалиле на болки во грбот (47.2%), стрес (46.2%), болки во рамениот појас и вратот (40.2%), главоболки (39.7%), целосен замор (39.2%), намалено расположение (37.7%), болки во екстремитетите (30.1%), останатите тегоби се идентификувани кај помалку од 24.0%.

Болки во грбот, во најголем процент се забележани кај медицинските сестри/техничари со тригодишни студии (53.4%), понатаму кај докторите специјалисти (50.0%), медицинските сестри/техничари (47.0%), администрацијата (46.1%), општите доктори (33.3%) и здравствените соработници (29.2%).

Дополнително, *главоболките*, најмногу биле застапени кај медицинските сестри/техничари (45.8%), следат медицинските сестри/техничари со тригодишни студии

(38.8%), администрацијата (36.5%), здравствените соработници (34.7%) и докторите специјалисти (33.3%).

Болките во рамениот појас и вратот, во најголем процент се утврдени кај медицинските сестри/техничари со тригодишни студии (48.5%), понатаму медицинските сестри/техничари (38.5%), администрацијата (38.5%), општите доктори (36.8%) и здравствените соработници (31.9%). Дополнително, *целосниот замор* е најзастапен кај медицинските сестри/техничари (43.4%), следат општите доктори (36.8%), докторите специјалисти (33.3%) и здравствените соработници (29.2%).

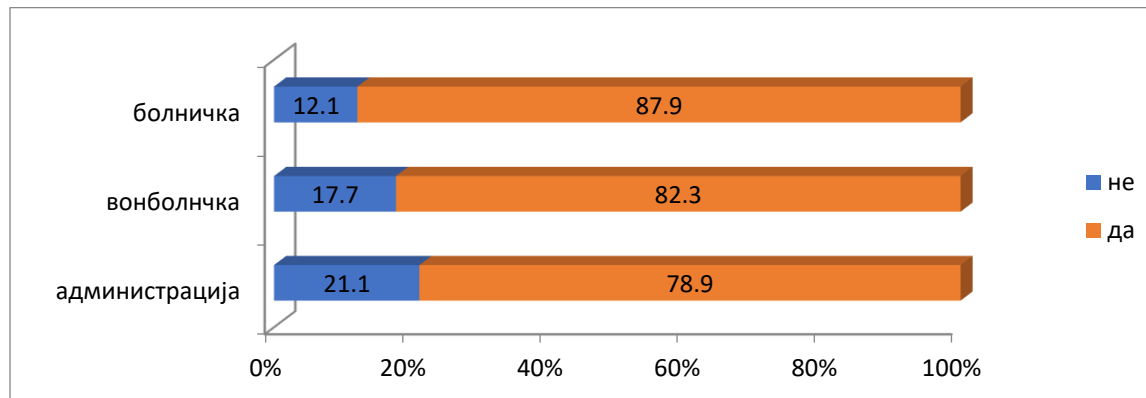
Стресот, пак, во најголем процент е утврден кај општите доктори (54.4%), следат медицинските сестри/техничари (42.2%), медицинските сестри техничари со тригодишни студии (45.6%), администрацијата (32.7%), здравствените соработници (34.7%).

Во табела и графикон 12 се прикажани одговорите на прашањето за здравствени тегоби коишто испитаниците ги поврзуваат со работата според дејноста на која припаѓаат.

Табела 12. Одговори на прашањето за здравствени тегоби поврзани со работата кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат

сегашни тегоби	администрација		вонболничка		болничка	
	број	%	број	%	број	%
Ниту едни од наведените	11	21.1	29	17.7	24	12.1
Главоболки	16	30.8	48	29.3	74	37.2
Проблеми со видот	15	28.8	48	29.3	32	16.1
Проблеми со слухот	1	1.9	5	3.0	13	6.5
Болки во грбот	23	44.2	57	34.7	77	38.7
Болки во рамениот појас и вратот	18	34.6	55	33.5	71	35.7
Болки во горните екстремитети	3	5.8	12	7.3	29	14.6
Болки во долните екстремитети	6	11.5	32	19.5	63	31.6
Тешкотии со дишењето	3	5.8	8	4.9	7	3.5
Проблеми со срцето	2	3.8	6	3.6	15	7.5
Болки во стомакот	2	3.8	5	3.0	10	5.0
Проблеми со кожата	0		6	3.6	16	8.0
Алергии	2	3.8	8	4.9	9	4.5
Целосен замор	16	30.8	74	45.1	103	51.7
Стрес	18	34.6	71	43.3	103	51.7
Проблеми со спиењето	7	1.4	20	12.2	32	16.1
Вознемиреност	8	15.4	44	26.8	52	26.1
Раздразливост	6	11.5	27	16.5	46	23.1
Намалено расположение	6	11.5	47	28.6	51	25.6
Повреди	0		0		9	4.5
Други тегоби или заболувања	2	3.8	4	2.4	3	1.5

Графикон 12. Процентуална застапеност на здравствени тегоби поврзани со работата кај испитаниците според дејноста на која припаѓаат



Наведените здравствени тегоби ги поврзуваат со својата работа, 87.9% од испитаниците во болничка дејност, 82.3% од испитаниците од вонболничка дејност и 78.9% од испитаниците од администрација (графикон 12).

Повеќе од половина од испитаници во групата *болничка дејност* сметаат дека *целосниот замор и стресот* (51.7%) се последица од работата, понатаму следат *болките во грбот* (38.7%), *главоболките* (37.2%), *болките во рамениот појас и вратот* (35.7%).

Испитаниците од групата *вонболничка дејност* во најголем процент сметаат дека последица од работата се: *целосниот замор* (45.1%), *стресот* (43.3%), *болките во рамениот појас и вратот* (33.5%) и *болките во грбот* (34.7%).

Во најголем процент, испитаниците од *администрација*, ги поврзуваат овие здравствени тегоби со работата: *болки во грбот* (44.2%), *стрес и болки во рамениот појас и вратот* (34.6%) и *целосен замор* (30.8%).

Според *работното место/профилот*, испитаниците ги поврзуваат следните здравствени тегоби со својата работа:

- *целосниот замор* кај 50.9% од општите доктори, 43.75% од докторите специјалисти, 48.2% од медицинските сестри/техничари, 55.3% од медицинските сестри/техничари со тригодишни студии, 30.85% од администрацијата, 36.1% од здравствените соработници
- *стресот* кај 47.4% од општите доктори, 31.25% од докторите специјалисти, 50.6% од медицинските сестри/техничари, кај 54.4% од медицинските сестри/техничари со тригодишни студии, 34.6% од администрацијата, 37.5% од здравствените

соработници

- *главоболките* кај 45.6% од општите доктори, 38.5% од медицинските сестри/техничари, 54.4% од медицинските сестри/техничари со тригодишни студии, 34.6% од администрацијата, 37.5% од здравствените соработници
- *болките во рамениот појас и вратот* кај 35.1% од општите доктори, 33.3% од докторите специјалисти, 39.8% од медицинските сестри/техничари со тригодишни студии, 30.8% од администрацијата, 36.1% од здравствените соработници
- *болките во грбот* кај 35.4% од докторите специјалисти, 41.0% од медицинските сестри/техничари, 45.6% од медицинските сестри/техничари со тригодишни студии, 44.2% од администрацијата, 37.5% од здравствените соработници

5.6. Биваријантна анализа

5.6.1. Поврзаност помеѓу барањата на работното место, ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците

Со цел да се процени поврзаноста помеѓу барањата на работното место, ресурсите на работното место и синдромот на согорување во вкупниот примерок беше направена биваријантна анализа на барањата на работното место, ресурсите на работното место и димензиите на синдромот на согорување прикажана во следната табела.

Табела 13. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување, барањата на работното место и ресурси на работното место во вкупниот примерок испитаници

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 емоционална исцрпеност	1.0000	.7955	.4800	.5197	.5610	.5139	-.2821	-.2926	-.1924
	p= ---	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=.000	p=.000	p=.000
2 негативен став	.7955	1.0000	.5133	.4977	.5660	.5150	-.2467	-.3195	-.1826
	p=0.00	p= ---	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=.000	p=.000	p=.000
3 физички барања	.4800	.5133	1.0000	.5935	.4795	.6227	-.2352	-.4152	-.1805
	p=0.00	p=0.00	p= ---	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=.000	p=.000	p=.000
4 организациски барања	.5197	.4977	.5935	1.0000	.5839	.6843	-.4901	-.3926	-.3924
	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p= ---	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=.000	p=.000
5 емоционални барања	.5610	.5660	.4795	.5839	1.0000	.6379	-.3146	-.2260	-.1484
	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p= ---	p=0.00	p=.000	p=.000	p=.002
6 когнитивни барања	.5139	.5150	.6227	.6843	.6379	1.0000	-.4070	-.3010	-.2317
	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p= ---	p=.000	p=.000	p=.000
7 тимска работа	-.2821	-.2467	-.2352	-.4901	-.3146	-.4070	1.0000	.3520	.7432
	p=.000	p=.000	p=.000	p=0.00	p=.000	p=.000	p= ---	p=.000	p=0.00
8 плата	-.2926	-.3195	-.4152	-.3926	-.2260	-.3010	.3520	1.0000	.6970
	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p= ---	p=0.00
9 поддршка од претпоставени	-.1924	-.1826	-.1805	-.3924	-.1484	-.2317	.7432	.6970	1.0000
	p=.000	p=.000	p=.000	p=.000	p=.002	p=.000	p=0.00	p=0.00	p= ---

Резултатите од табелата покажуваат *сигнификантна позитивна умерено јака корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и сите четири видови барања на работното место и статистички сигнификантна умерено слаба негативна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и ресурсите на работното место* (табела 13).

5.6.2. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и социо-демографските карактеристики на испитаниците

Во следната табела е прикажана поврзаноста помеѓу димензиите на синдромот на согорување и социо-демографските карактеристики на испитаниците - возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на сегашно работно место и работни часови во текот на недела.

Табела 14. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и социо-демографските карактеристики на испитаниците

	1	2	3	4	5	6
1 емоционална исцрпеност	1.0000	.7955	-.0081	-.0180	.0024	.0812
	p= ---	p=0.00	p=.869	p=.715	p=.961	p=.098
2 негативен став	.7955	1.0000	.0135	.0003	.0196	.0899
	p=0.00	p= ---	p=.784	p=.995	p=.690	p=.067
3 возраст	-.0081	.0135	1.0000	.9026	.7247	-.0180
	p=.869	p=.784	p= ---	p=0.00	p=0.00	p=.714
4 вкупен работен стаж	-.0180	.0003	.9026	1.0000	.7877	-.0370
	p=.715	p=.995	p=0.00	p= ---	p=0.00	p=.452
5 работен стаж на сегашно место	.0024	.0196	.7247	.7877	1.0000	-.0744
	p=.961	p=.690	p=0.00	p=0.00	p= ---	p=.130
6 раб. часови во тек на недела	.0812	.0899	-.0180	-.0370	-.0744	1.0000
	p=.098	p=.067	p=.714	p=.452	p=.130	p= ---

Помеѓу димензиите на синдромот на согорување и социо - демографските карактеристики е утврдена слаба несигнификантна корелација (табела 14).

5.6.3. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и животниот стил кај испитаниците

За проценка на поврзаноста помеѓу синдромот на согорување, животниот стил (протективен и ризичен) и здравствената состојба кај испитаниците во вкупниот примерок направена е биваријантна анализа на димензиите на синдромот на согорување, животниот стил и здравствената состојба прикажани во следната табела (табела 15 А, Б1 и Б2).

Во табела 15 е прикажана поврзаноста помеѓу димензиите на синдромот на согорување и животниот стил кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 15. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување и животниот стил кај испитаниците во вкупниот примерок

А. протективен животен стил

	1	2	3	4	5	6
1 емоционална исцрпеност	1.000000	0.795462	-0.134657	-0.072498	-0.110920	-0.074636
2 негативен став	0.795462	1.000000	-0.130813	-0.069582	-0.156258	-0.086820
3 појадувате неделно	-0.134657	-0.130813	1.000000	0.257295	0.148387	0.079826
4 редовен оброк	-0.072498	-0.069582	0.257295	1.000000	0.108775	0.118459
5 спиете просечно	-0.110920	-0.156258	0.148387	0.108775	1.000000	0.041292
6. просечно вежбате	-0.074636	-0.086820	0.079826	0.118459	0.041292	1.000000

p<0.05

Б1. ризичен животен стил

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 емоционална исцрпеност	1.000	0.7967	0.15896	0.0203	-0.0035	-0.0050	0.0764	0.11228	0.10758	0.0390	0.024	0.0835
2 негативен став	0.796	1.000	0.2190	0.0232	0.0550	0.0397	0.0420	0.11319	0.12512	0.0643	0.036	0.0602
3 брза храна	0.158	0.219	1.0000	0.1553	0.0286	0.17092	0.01161	0.0524	0.10821	0.002	0.058	0.0361
4 цигари дневно	0.020	0.023	0.1553	1.0000	0.7502	0.21508	0.07979	0.14239	0.22861	0.060	0.053	0.0535
5 години/пушите	-0.003	0.055	0.0286	0.7502	1.0000	0.18049	0.11580	0.02161	0.10895	0.0410	0.005	0.0252
6 кафиња дневно	-0.005	0.039	0.1709	0.2150	0.18049	1.0000	0.04940	0.06707	0.01676	0.0260	0.032	0.0738
7 алкохол неделно	0.076	0.042	0.01161	0.0797	0.11580	0.0494	1.00000	0.53079	0.21088	0.4943	0.344	0.4563
8 чаши алкохол	0.112	0.1131	0.0524	0.1423	0.02161	0.0670	0.53079	1.00000	0.33722	0.4509	0.474	0.7148
9 алкохол/работа	0.107	0.125	0.1082	0.228	0.10895	0.01676	0.21088	0.33722	1.00000	0.1669	0.155	-0.041
10 алкохол после	0.039	0.064	0.0020	0.0600	0.04103	0.0260	0.49434	0.45091	0.16692	1.0000	0.510	0.3338
11 навечер/алкохол	0.024	0.036	0.0588	0.0531	0.00558	0.03206	0.3440	0.4746	0.15575	0.5109	1.000	0.4036
12 алкохол/излегување	0.083	0.060	0.0361	0.0535	0.02527	0.07383	0.4563	0.7148	-0.04108	0.3338	0.403	1.0000

p<0.05

Б2. ризичен животен стил

	1	2	3	4
1 емоционална исцрпеност	1.000000	0.796018	0.141618	0.164077
2 негативен став	0.796018	1.000000	0.152791	0.190129
3.таблети за спиење	0.141618	0.152791	1.000000	0.305472
4.против болка	0.164077	0.190129	0.305472	1.000000

p<0.05

Во однос на димензијата на синдромот на согорување - *емоционална исцрпеност* се забележува:

- *сигнификантна слаба негативна корелација со честотата/бројот на појадоци во текот на неделата и просечната должина на сонот (протективен животен стил) (табела 15 А)*
- *сигнификантна слаба позитивна корелација со бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата, просечениот број чаши алкохол кога испитаниците пиеле и просечниот број на таблети за спиење и аналгетици кои ги земале во текот на неделата (ризичен животен стил) (табела 15 Б1 и Б2).*

Во однос на димензијата на синдромот на согорување – *негативен став кон работата* е утврдена:

- *сигнификантна слаба негативна корелација со честотата/бројот на појадоци во текот на неделата и просечната должина на сонот (протективен животен стил)*

(табела 15 А)

- *сигнификантна слаба позитивна корелација со бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата, просечниот број на чаши алкохол кога испитаниците пиеле и просечниот број на таблети за спиење и аналгетици кои ги земале во текот на неделата (ризичен животен стил) (15 Б1 и 15 Б2)*

Во текот на анализата беше направена и проценка на корелацијата помеѓу барањата на работното место (физички, организациони, емоционални, когнитивни) и животниот стил (протективен и ризичен) (табела 2 прилог) и тоа:

- Откриена е сигнификантна слаба позитивна корелација ($p < 0.05$) помеѓу физичките барања на работното место и бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата ($r = .1860$); бројот на испушени цигари дневно ($r = .0978$); временскиот период на пушње цигари ($r = .0989$); просечниот број на испиени кафиња во текот на денот ($r = .1264$); фреквенцијата на употреба на аналгетици во текот на неделата ($r = .0976$). Се забележува негативна слаба корелација помеѓу физичките барања на работното место и просечната должина на сонот во текот на една ноќ ($r = -.1323$).
- Утврдена е сигнификантна слаба позитивна корелација ($p < 0.05$) помеѓу организациските барања на работното место и бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата ($r = .1594$); просечниот број денови во неделата кога испитаниците консумирале алкохол ($r = .1105$); просечниот број испиени чаши кога испитаниците консумирале алкохол ($r = .1895$).
- Се детектира сигнификантна слаба негативна корелација ($p < 0.05$) помеѓу емоционалните барања на работното место и бројот на денови во неделата кога испитаниците вежбале ($r = -.1075$). Понатаму, утврдена е сигнификантна слаба позитивна корелација ($p < 0.05$) помеѓу емоционалните барања на работното место и бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата ($r = .1781$); бројот на денови кога испитаниците консумирале алкохол ($r = .1042929$); бројот на испиени чаши алкохол кога испитаниците излегувале ($r = .1218$); фреквенцијата на употреба на таблети за спиење во текот на неделата ($r = .1282$); фреквенцијата на користење аналгетици во текот на неделата ($r = .1272$).

Идентификувана е сигнификантна ($p < 0.05$) слаба позитивна корелација помеѓу когнитивните барања на работното место и бројот на оброци во текот на денот/фреквенција на јадење брза храна во текот на неделата ($r = .1056$); бројот на испиени чаши кога испитаниците консумирале алкохол ($r = .1428$); фреквенција на користење аналгетици во текот на неделата ($r = .1004$).

5.6.4. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристики на работата кај испитаниците

Во табела 16 е прикажана поврзаноста помеѓу димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) со демографските карактеристики и карактеристиките на работата кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 16. Поврзаност помеѓу димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристиките на работата кај испитаниците

Синдром на согорување /пол	машки	женски	t-value	p	N1	N2	Std.Dev.1	Std.Dev.2
емоционална исцрпеност	28.8	26.3	1.248052	0.212719	76	339	16.53995	15.01439
негативен став	12.2	12.3	-0.106444	0.915282	76	339	7.20744	6.96230
нокна смена	да	не						
емоционална исцрпеност	29.0	25.7	2.04106	0.041880	285	130	14.99968	15.80200
негативен став	13.2	11.8	-1.79347	0.073630	285	130	6.99557	6.94696
работа со КОВИД	да	не						
емоционална исцрпеност	28.4	23.2	-3.20051	0.001478	129	286	14.58047	15.39167
негативен став	10.3	13.2	-4.00195	0.000074	129	286	6.71928	6.94453
Образование	емоционална исцрпеност		негативен став			Analysis of Variance		
ССС	24.5	85	15.38367	11.8	85	7.399807	p>0.05	
Тригодишни студии	26.4	87	15.72123	12.4	87	6.837383		
ВСС	27.3	119	16.00431	12.1	119	7.231910		
Специјализација	28.1	87	14.17020	12.7	87	6.683313		
Магистериум/Докторат	28.0	37	14.66467	12.9	37	6.659005		
брачна состојба						p>0.05		
не се во брак	26.0	93	14.05617	12.0	93	6.500800		
во брак	27.1	298	15.55243	12.3	298	7.085144		
разведен/а	28.7	17	16.38507	13.8	17	7.603695		
вдовец/ица	20.4	7	19.76408	11.4	7	9.216962		
договор за вработување						p>0.05		
за неопределено време	26.9	373	15.37085	12.3	373	6.998128		
за определено време	23.5	27	14.81520	12.5	27	7.490355		
преку агенција за привремено	11.33	3	11.93035	6.7	3	8.08290		
за учење или обучување	30.2	4	7.41058	12.5	4	5.802298		
Без	39.0	1		12.0	1			
Друго	34.8	7	15.06020	14.4	7	6.373307		

Испитаниците кои работеле во ноќна смена пријавиле сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност (29.0 ± 14.9) во споредба со испитаниците кои не работеле во ноќна смена (25.7 ± 15.8) (табела 16).

Сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај испитаниците кои работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 (28.4 ± 14.6) во споредба со испитаниците кои не работеле (23.2 ± 15.4) (табела 16).

Не е утврдена сигнификантна разлика во емоционалната исцрпеност во однос на демографските карактеристики на испитаниците и останатите карактеристики на нивната работа.

Нивото на негативниот став кон работата е сигнификантно пониско кај испитаниците кои работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 во споредба со испитаниците кои не работеле (табела 16).

5.6.5. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристики на работата кај испитаниците

Во табела 17 е прикажана поврзаноста помеѓу димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) со демографските карактеристики и карактеристиките на работата кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 17. Поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдромот на согорување со демографските карактеристики и карактеристиките на работата кај испитаниците

Ниво	емоционална исцрпеност				негативен став			
	ниско		средно/високо		ниско		средно/високо	
<i>Пол</i>	број	%	број	%	број	%	број	%
Машки	19	17.1	57	18.8	19	20.0	57	17.8
Женски	92	82.9	246	81.2	76	80.0	263	82.2
Образование								
ССС	26	23.4	59	19.5	23	24.2	62	19.4
Тригодишни	25	22.5	62	20.5	19	20.0	68	21.2
ВСС	33	29.7	86	28.4	29	30.5	90	28.1
Специјализација	19	17.1	67	22.1	16	16.8	71	22.2
Магистериум/Докторат	8	7.2	29	9.6	8	8.4	29	9.1
брачен статус								
не се во брак	25	22.5	68	22.4	20	21.0	73	22.8
во брак	79	71.2	218	71.9	70	73.7	228	71.2
разведен/а	4	3.6	13	4.3	4	4.2	13	4.1
вдовец/ица	3	2.7	4	1.3	1	1.0	6	1.9
договор за вработување								
за неопределено	99	89.2	274	90.4	84	88.4	289	90.3
за определено	9	8.1	17	5.6	7	7.4	20	6.2
преку агенција	2	1.8	1	0.3	2	2.1	1	0.3
учење/обучување			4	1.3	1	1.0	3	0.9
Без			1	0.3			1	0.3
Друго	1	0.9	6	2.0	1	1.0	6	1.9
ноќна смена								
Да	32	28.8	97	32.0	21	22.1	109	34.1
Не	79	71.2	206	68.0	74	77.9	211	65.9
со КОВИД пациенти								
Да	66	59.4	219	72.3	50	52.6	236	73.7
Не	45	40.5	84	27.7	45	47.4	84	26.2

Меѓу испитаниците коишто работеле со пациенти заболени со КОВИД-19, сигнификантно е поголема процентуалната застапеност на испитаниците со високо/средно ниво на емоционална исцрпеност наспроти процентуалната застапеност на испитаниците со ниско ниво на емоционална исцрпеност (Pearson Chi-square: 5.92238, $p=0.014950$).

Останатите разлики во процентуалната застапеност на испитаниците со високо/средно ниво на емоционална исцрпеност наспроти испитаниците со ниско ниво на емоционална исцрпеност во однос на пол, брачна состојба, ниво на образование и работа во ноќна смена се несигнификантни (табела 17).

Со анализата не беа утврдени значајни разлики во процентуалната застапеност на испитаниците со високо/средно ниво наспроти испитаниците со ниско ниво на негативен став кон работата, во однос на пол, брачна состојба, ниво на образование и договор за работа.

5.6.6. Поврзаност помеѓу барањата на работното место и нивоата на емоционална исцрпеност кај испитаниците

Во табела 18 е прикажана поврзаноста помеѓу барањата на работното место и нивоата на емоционална исцрпеност кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 18. Поврзаност помеѓу барањата на работното место и нивоата на емоционална исцрпеност кај испитаниците

емоционална исцрпеност								
барања на работа	просек високо(3)	просек ниско(1)	t-value	p	N 3	N 1	Стд.Дев 3	Стд.Дев.. 1
физички	3.6	2.7	9.502549	0.000000	303	112	0.758832	0.796688
организациски	2.8	2.0	8.804688	0.000000	303	112	0.900084	0.589526
емоционални	2.3	1.6	9.447413	0.000000	303	112	0.721575	0.505531
когнитивни	2.8	1.9	9.938318	0.000000	303	112	0.845863	0.665538
негативен став								
физички	3.5	2.7	9.338875	0.000000	320	95	0.758680	0.813739
организациски	2.7	2.0	7.669404	0.000000	320	95	0.892241	0.656526
емоционални	2.3	1.6	8.334832	0.000000	320	95	0.724296	0.524627
когнитивни	2.7	1.9	8.498699	0.000000	320	95	0.846333	0.738446
синдром на согорување								
физички	3.6	2.8	9.871400	0.000000	285	130	0.727214	0.838700
организациски	2.8	2.0	8.648576	0.000000	285	130	0.898456	0.656356
емоционални	2.4	1.7	9.486985	0.000000	285	130	0.718719	0.547235
когнитивни	2.8	2.0	9.531236	0.000000	285	130	0.843595	0.722320

Кај испитаниците со синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата се забележуваат *значајно повисоки вредности на физички, организациски, емоционални и когнитивни барања на работното место*, споредено со испитаниците кај кои не е утврден синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (табела 18).

5.6.7. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и протективниот животен стил кај испитаниците

Во табела 19 е прикажана поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и протективниот животен стил кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 19. Поврзаност на протективниот животен стил кај испитаниците со нивоата на синдром на согорување

емоционална исцрпеност								
протективни	просек високо(3)	просек ниско(1)	t-value	p	N 3	N 1	Стд.Дев 3	Стд.Дев.. 1
појадување	5.3	6.2	-3.55003	0.000430	303	112	2.217419	1.580019
редовен оброк	2.7	3.0	-1.63120	0.103611	303	112	1.750446	1.854332
спиене	6.2	6.4	-1.73905	0.082772	303	112	1.277958	1.265191
вежбање	1.3	1.4	-0.56109	0.575042	303	112	1.794596	1.637887
негативен став								
појадување	5.4	6.1	-2.92608	0.003622	320	95	2.175085	1.693939
редовен оброк	2.8	2.8	-0.14198	0.887164	320	95	1.828673	1.626351
спиене	6.2	6.5	-2.35298	0.019092	320	95	1.302578	1.156025
вежбање	1.3	1.6	-1.28710	0.198782	320	95	1.741186	1.783965
синдром на согорување								
појадување	5.3	6.1	-3.59167	0.000368	285	130	2.231577	1.638898
редовен оброк	2.7	3.0	-1.27715	0.202268	285	130	1.786394	1.769617
спиене	6.2	6.4	-1.76298	0.078643	285	130	1.273907	1.275521
вежбање	1.3	1.5	-1.03480	0.301370	285	130	1.759860	1.735387

Испитаниците кај кои е утврдено присуство на синдром на согорување и високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, *сигнификантно поретко појадувале* во текот на неделата во споредба со испитаниците кај кои не е утврдено присуството на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (табела 19).

5.6.8. Поврзаност помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и ризичниот животен стил кај испитаниците

Во табела 20 е прикажана поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и ризичниот животен стил кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 20. Поврзаност на ризичниот животен стил кај испитаниците со нивоата на синдром на согорување

емоционална исцрпеност								
Ризичен	просек високо(3)	просек ниско(1)	t-value	p	N 3	N 1	Стд.Дев. 3	Стд.Дев.. 1
брза храна	2.4	2.0	1.930680	0.054207	303	112	2.24244	1.83058
цигари дневно	6.5	5.2	1.243796	0.214280	303	112	9.57604	9.14716
пушачки стаж	7.0	5.8	1.071522	0.284563	302	111	10.51740	10.60113
кафиња дневно	2.4	2.3	0.125609	0.900103	303	112	1.99303	1.38757
алкохол неделно	1.1	0.7	1.946804	0.052236	303	112	1.42100	1.38359
чаши алкохол	1.3	0.9	2.659413	0.008132	303	112	1.38482	1.04868
алкохол работа	0.01	0.0	0.607514	0.543844	303	112	0.22979	0.00000
алкохол после работа	0.4	0.2	1.309736	0.191013	303	112	0.85342	0.59275
алкохол навечер	0.3	0.2	0.608384	0.543268	302	112	0.94196	0.61086
алкохол/излегување	1.4	0.9	2.920901	0.003682	303	112	1.60032	1.30238
негативен став								
брза храна	2.4	2.1	1.033599	0.301928	320	95	2.21918	1.878564
цигари дневно	6.5	5.2	1.153952	0.249187	320	95	9.74593	8.442918
пушачки стаж	7.2	5.1	1.660552	0.097566	318	95	10.87015	9.238691
кафиња дневно	2.4	2.2	0.803433	0.422187	320	95	1.97771	1.318573
алкохол неделно	1.0	0.8	1.668011	0.096072	320	95	1.42897	1.356251
чаши алкохол	1.2	0.95	1.994461	0.046759	320	95	1.37544	1.046431
алкохол работа	0.01	0.0	0.544399	0.586461	320	95	0.22361	0.000000
алкохол после работа	0.4	0.2	1.432571	0.152737	320	95	0.84140	0.591655
алкохол навечер	0.3	0.2	0.572887	0.567034	319	95	0.92514	0.621921
алкохол/излегување	1.4	1.0	2.022431	0.043776	320	95	1.59343	1.312785
синдром на согорување								
брза храна	2.4	2.15	1.483042	0.138826	285	130	2.25135	1.88439
цигари дневно	6.4	5.6	0.855377	0.392839	285	130	9.56157	9.27177
пушачки стаж	7.0	6.0	0.891315	0.373282	284	129	10.51599	10.60694
кафиња дневно	2.4	2.3	0.278498	0.780769	285	130	2.03489	1.35574
алкохол неделно	1.0	0.8	1.459229	0.145262	285	130	1.41585	1.40948
чаши алкохол	1.3	0.95	2.394193	0.017102	285	130	1.40615	1.04890
алкохол работа	0.01	0.0	0.674937	0.500093	285	130	0.23694	0.00000
алкохол после работа	0.4	0.2	1.388467	0.165743	285	130	0.86845	0.58815
алкохол навечер	0.3	0.2	0.800727	0.423751	284	130	0.96278	0.59695
алкохол/излегување	1.4	1.0	2.724688	0.006710	285	130	1.62649	1.28477

Испитаниците кај кои е идентификувано присуство на синдромот на согорување, со високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, *пиле* сигнификантно повеќе чаши алкохол и *пиле* сигнификантно повеќе чаши алкохол кога излегувале, во споредба со испитаниците кај кои не е утврдено присуство на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (табела 20).

5.6.9. Поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување и употребата на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците

Во табела 21 е прикажана поврзаноста помеѓу нивоата на димензиите на синдром на согорување - емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (високо/средно и ниско ниво) со употребата на таблети за спиење и аналгетици кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 21. Поврзаност помеѓу нивоата на синдром на согорување и употребата на таблети за спиење и аналгетици

емоционална исцрпеност								
Неделно	просек високо(3)	просек ниско(1)	t-value	p	N 3	N 1	Стд.Дев 3	Стд.Дев.. 1
таблети за спиење	0.5	0.2	2.270728	0.023678	303	112	1.396914	0.934124
аналгетици	1.5	0.9	3.121687	0.001925	301	112	1.873721	1.244518
негативен став								
таблети за спиење	0.5	0.2	2.432159	0.015433	320	95	1.424838	0.629972
аналгетици	1.5	0.9	2.836732	0.004783	318	95	1.822732	1.372013
синдром на согорување								
таблети за спиење	0.5	0.2	2.264340	0.024071	285	130	1.417460	0.946670
аналгетици	1.5	1.0	2.490328	0.013157	283	130	1.839907	1.475723

Испитаниците кај кои е утврдено присуство на синдром на согорување и високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, *сигнификантно почесто употребувале таблети за спиење и аналгетици* во текот на неделата, во споредба со испитаниците кај кои не е детектиран синдромот на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (табела 21).

5.6.10. Поврзаност на нивоата на емоционална исцрпеност со здравствени проблеми поврзани со работата кај испитаниците

Во табела 22 е прикажана поврзаноста помеѓу нивоата емоционална исцрпеност и здравствените тегоби поврзани со работата кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 22. Поврзаност помеѓу нивоата на емоционалната исцрпеност со здравствените проблеми поврзани со работата

<i>емоционална исцрпеност</i>					
здравствени проблеми	високо/средно ниво		ниско ниво		Pearson Chi-square:
	број	%	број	%	
Вкупно	278	79.0	73	21.0	44.2613, p=.000000
Главоболки	113	81.3	26	18.7	7.27706 p=.006984
Проблеми со видот	81	85.3	14	14.7	9.38443, p=.002188
Болки во грбот	125	79.6	32	20.4	5.59259, p=.018037
Болки во рамениот појас и вратот	122	84.7	22	15.3	15.3463, p=.000089
Болки во горните екстремитети	38	86.4	6	13.6	4.45275, p=.034845
Болки во долните екстремитети	87	86.1	14	13.9	11.6729, p=.000634
Целосен замор	174	90.1	19	9.9	53.8123, p=.000000
Стрес	172	89.6	20	19.4	49.7958, p=.000000
Проблеми со спиењето	54	91.5	5	8.5	11.9635, p=.000543
Вознемиреност	97	93.3	7	6.7	28.9011, p=.000000
Намалено расположение	96	92.3	8	7.7	26.2226, p=.000000

Кај испитаниците кои имале високо/средно ниво на емоционална исцрпеност во споредба со испитаниците кај кои е утврдено ниско ниво на емоционална исцрпеност сигнификантно се позастапени следните здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, проблеми со видот, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, болки во горните екстремитети, целосен замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, намалено расположение (табела 22).

5.6.11. Поврзаност помеѓу нивоата на негативен став кон работата и здравствени проблеми поврзани со работата кај испитаниците

Во табела 23 е прикажана поврзаноста помеѓу нивоата на негативен став кон работата и здравствените тегоби поврзани со работата кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 23. Поврзаност помеѓу нивоата на негативниот став кон работата и здравствените проблеми поврзани со работата

здравствени проблеми	негативен став				Pearson Chi-square:
	високо/средно ниво		ниско ниво		
	број	%	број	%	
Вкупно	289	82.3	62	17.7	35.2393, p=.000000
Главоболки	118	84.9	21	15.1	7.17370, p=.007398
Болки во грбот	133	84.7	24	15.3	8.27451, p=.004021
Болки во рамениот појас и вратот	125	86.8	19	13.2	8.27451, p=.004021
Болки во долните екстремитети	91	90.1	10	9.9	12.7620, p=.000354
Целосен замор	169	87.6	24	12.4	22.3478, p=.000002
Стрес	172	89.6	20	10.4	31.5022, p=.000000
Проблеми со спиењето	54	91.5	5	8.5	8.09882, p=.004429
Вознемиреност	96	92.3	8	7.7	18.1630, p=.000020
Раздразливост	74	93.7	5	6.3	15.1638, p=.000099
Намалено расположение	94	90.4	10	9.6	13.8577, p=.000197

Кај испитаниците кои имале високо/средно ниво на негативен став во споредба со испитаниците кај кои е утврдено ниско ниво на негативен став кон работата, сигнификантно се позастапени овие здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, целосен замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, раздразливост, намалено расположение (табела 23).

5.6.12. Поврзаност помеѓу синдромот на согорување и здравствените проблеми поврзани со работата кај испитаниците

Во табела 24 е прикажана поврзаноста помеѓу синдромот на согорување и здравствените тегоби поврзани со работата кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 24. Поврзаност помеѓу синдромот на согорување и здравствените проблеми поврзани со работата кај испитаниците

здравствени проблеми	синдром на согорување		Pearson Chi-square
	високо/средно ниво		
	број	ниско ниво број	
Вкупно	262	89	37.6974, p=.000000
Главоболки	109	30	7.17370, p=.002392
проблеми со видот	77	18	8.77457, p=.003055
Болки во грбот	119	38	5.95356 p=.01468
Болки во рамениот појас и вратот	117	27	16.2101 p=.000057
Болки во долните екстремитети	83	18	11.3147, p=.000769
Целосен замор	162	31	39.0704, p=.000000
Стрес	165	27	49.4966, p=.000000
Проблеми со спиењето	50	59	8.25748, p=.004058
Вознемиреност	92	12	25.2570, p=.000001
Раздразливост	74	5	28.33958, p=.000000
Намалено расположение	91	13	22.8619 p=.000002

Испитаниците кај кои е утврдено присуство на синдром на согорување во споредба со испитаниците кај кои не е утврдено, сигнификантно се позастапени следните здравствени проблеми поврзани со работата: главоболки, проблеми со видот, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, целосен замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, раздразливост, намалено расположение (табела 24).

5.6.13. Поврзаност помеѓу ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците

Во табела 25 е прикажана поврзаноста помеѓу ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците во вкупниот примерок.

Табела 25. Поврзаност на ресурсите на работното место и синдромот на согорување кај испитаниците

емоционална исцрпеност								
	просек високо(3)	просек ниско(1)	t-value	p	N 3	N 1	Стд.Дев. 3	Стд.Дев.. 1
тимска работа	3.3	3.8	-4.47323	0.000010	303	112	1.079161	0.962611
плата	2.1	2.7	-5.42221	0.000000	303	112	0.969124	1.070812
поддршка	3.8	4.1	-4.06032	0.000059	303	112	1.095298	0.926729
негативен став								
тимска работа	3.3	3.8	-3.70780	0.000238	320	95	1.062735	1.036309
плата	2.1	2.8	-6.17777	0.000000	320	95	0.961855	1.070918
поддршка	3.7	4.1	-3.30830	0.001021	320	95	1.075172	1.004518
синдром на согорување								
тимска работа	3.3	3.7	-3.66836	0.000276	285	130	1.072899	1.021586
плата	2.1	2.7	-6.02217	0.000000	285	130	0.956582	1.059333
поддршка	3.6	4.1	-4.02015	0.000069	285	130	1.086466	0.975444

Кај испитаниците кај кои е детектиран синдром на согорување, со високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, *сигнификантно е помала просечната оцена за тимската работа, платата и поддршката од претпоставените* во споредба со испитаниците кај кои не е утврдено присуство на синдром на согорување, со ниско ниво емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (табела 25).

5.7. Мултипла регресиона анализа

Наспроти методот на линеарна корелација со чијашто помош се обезбедуваат информации за врската помеѓу две променливи, мултиплата корелација дозволува истовремена анализа на влијанието на повеќе независни променливи врз една зависна променлива. Во овој контекст, независните променливи имаат улога на предикторски променливи.

Во табела 26 се прикажани резултатите добиени со примена на мултипла регресиона анализа со цел утврдување на поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла - емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, физички барања на работа, емоционални барања на работа, когнитивни барања на работа, организациски барања на работа).

Табела 26. Поврзаност помеѓу вредностите на емоционалната исцрпеност и предикторски варијабли од интерес

a.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.056 ^a	.003	-.007	.892	.003	.318	4	410	.866
2	.097 ^b	.009	-.010	.893	.006	.648	4	406	.629
3	.510 ^c	.260	.238	.776	.251	34.110	4	402	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, договор за вработување

c. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, работен договор, физички, организациски, емоционални, когнитивни барања

б.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	2.240	.319		7.016	.000	1.612	2.867
1 раб. стаж	-.001	.010	-.010	-.076	.939	-.021	.020
1 раб.оддел	.002	.007	.026	.327	.744	-.012	.017
1 раб.недела	.005	.005	.054	1.085	.279	-.004	.014
1 Возраст	-3.570E-005	.009	.000	-.004	.997	-.018	.018
(Constant)	2.179	.431		5.053	.000	1.331	3.027
2 раб. стаж	.002	.011	.027	.203	.839	-.019	.023
2 раб.оддел	.002	.007	.025	.308	.758	-.012	.017
2 раб.недела	.006	.005	.061	1.204	.229	-.004	.015
2 Возраст	-.002	.010	-.021	-.173	.863	-.021	.017
2 Пол	-.022	.116	-.010	-.194	.847	-.250	.205
2 Образование	.047	.036	.066	1.299	.195	-.024	.118
2 брач.статус	-.043	.088	-.027	-.485	.628	-.217	.131
2 раб.договор	.038	.058	.033	.656	.512	-.076	.153
(Constant)	.641	.401		1.598	.111	-.147	1.429
3 раб. стаж	.001	.009	.007	.061	.952	-.018	.019
3 раб.оддел	.001	.006	.007	.102	.919	-.012	.013
3 раб.недела	-.001	.004	-.012	-.276	.783	-.009	.007
3 Возраст	.000	.008	.002	.018	.986	-.016	.017
3 Пол	.010	.102	.004	.100	.920	-.190	.210
3 Образование	.039	.032	.055	1.215	.225	-.024	.103
3 брач.статус	-.027	.077	-.017	-.355	.723	-.178	.124
3 раб.договор	.005	.051	.004	.091	.927	-.096	.105
3 физ.барања	.029	.008	.219	3.648	.000	.013	.044
3 орг.барања	.008	.009	.059	.912	.362	-.010	.026
3 емоц.барања	.034	.010	.195	3.252	.001	.013	.054
3 конг.барање	.022	.012	.133	1.911	.057	-.001	.045

a. Dependent Variable: емоционална исцрпеност

Преку анализа на поединечните варијабли, беа идентификувани *физичките* (Beta =0.219, p=.000) и *емоционалните барања на работното место* (Beta =0.195, p=.001), како значајни позитивни предиктори за емоционалната исцрпеност кај испитаниците (табела 26б).

Во табела 27 е прикажана поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, физички барања на работа, емоционални барања на работа, когнитивни барања на работа, организациски барања на работа).

Табела 27. Поврзаност помеѓу вредностите на негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес

а.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.125 ^a	.016	.006	.839	.016	1.631	4	410	.165
2	.149 ^b	.022	.003	.840	.007	.675	4	406	.609
3	.488 ^c	.239	.216	.745	.216	28.571	4	402	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела, пол, едукација, брачна состојба, договор за вработување

c. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела, пол, едукација, брачна состојба, работен договор, физички, организациски, емоционални, когнитивни барања

б.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд.стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб.недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд.стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб.недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
	бра.статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
	раб.договор	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138
3	(Constant)	.324	.385		.842	.400	-.433	1.081
	возраст	.013	.008	.168	1.604	.109	-.003	.029
	раб. стаж	-.007	.009	-.090	-.768	.443	-.025	.011
	одд.стаж	.004	.006	.041	.580	.563	-.009	.016
	раб.недела	.001	.004	.010	.229	.819	-.007	.009
	пол	.105	.098	.048	1.072	.284	-.087	.297
	образование	.029	.031	.042	.921	.358	-.033	.090
	бра.статус	-.076	.074	-.051	-1.037	.300	-.221	.068
	раб.договор	.000	.049	.000	.002	.998	-.097	.097
	физ.барање	.032	.008	.259	4.250	.000	.017	.047
	орг.барање	.005	.009	.038	.582	.561	-.012	.022
	емоц.барање	.031	.010	.190	3.113	.002	.011	.050
	когн.барање	.011	.011	.072	1.028	.305	-.010	.033

a. Dependent Variable: негативен став кон работата

Со анализа на поединечните варијабли, се заклучи дека *физичките* (Beta =0.259, p=.000) и *емоционалните барања на работното место* (Beta =0.190, p=.002) имаат значајна позитивна предиктивна вредност за висината на негативниот став кон работата кај испитаниците (табела 27б).

Во табела 28 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, физички барања на работа, емоционални барања на работа, когнитивни барања на работа, организациски барања на работа).

Табела 28. Поврзаност помеѓу вредностите на емоционалната исцрпеност и предикторски варијабли од интерес

а.

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.056 ^a	.003	-.007	.892	.003	.318	4	410	.866
2	.097 ^b	.009	-.010	.893	.006	.648	4	406	.629
3	.357 ^c	.128	.104	.841	.118	18.218	3	403	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела, пол, едукација, брачна состојба, договор за вработување

c. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд.стаж, раб.недела, пол, едукација, брачна состојба, работен договор, ресурси на раб место: тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот,

б.

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд.стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб.недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд.стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб.недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
	бра.статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
3	раб.договор	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138
	(Constant)	.324	.385		.842	.400	-.433	1.081
	возраст	.013	.008	.168	1.604	.109	-.003	.029
	раб. стаж	-.007	.009	-.090	-.768	.443	-.025	.011
	одд.стаж	.004	.006	.041	.580	.563	-.009	.016
	раб.недела	.001	.004	.010	.229	.819	-.007	.009
	пол	.105	.098	.048	1.072	.284	-.087	.297
	образование	.029	.031	.042	.921	.358	-.033	.090
	бра.статус	-.076	.074	-.051	-1.037	.300	-.221	.068
	раб.договор	.000	.049	.000	.002	.998	-.097	.097
тимска работа	-.064	.015	-.324	-4.334	.000	-.092	-.035	
плата	-.106	.014	-.521	-7.426	.000	-.134	-.078	
поддршка	.042	.009	.456	4.761	.000	.024	.059	

a. Dependent Variable: емоционална исцрпеност

Со анализа на поединечните варијабли, е утврдено дека *ресурсите на работа: тимска работа* (Beta = -0.324, p=.000), *плата* (Beta = -0.521, p=.000) и *поддршка од страна*

на претпоставените (Beta = -0.456, p=.000) имаат значајна негативна предиктивна вредност врз висината на емоционалната исцрпеност кај испитаниците (табела 28б).

Во табела 29 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, ресурси на раб место - тимска работа, плата, поддршка од страна на претпоставениот).

Табела 29. Поврзаност помеѓу вредностите на негативен став кон работата и систем на предикторски варијабли од интерес

а

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.125 ^a	.016	.006	.839	.016	1.631	4	410	.165
2	.149 ^b	.022	.003	.840	.007	.675	4	406	.609
3	.409 ^c	.167	.145	.778	.145	23.403	3	403	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, договор за вработување

c. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, работен договор, ресурси на раб место: Тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот,

б

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд. стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб. недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд. стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб. недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
3	бра. статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
	раб. договор	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138
	(Constant)	1.555	.435		3.578	.000	.701	2.409
	возраст	1.555	.435		3.578	.000	.701	2.409
	раб. стаж	.017	.008	.215	1.962	.050	.000	.033
	одд. стаж	-.008	.009	-.098	-.806	.421	-.026	.011
	раб. недела	.005	.006	.052	.701	.484	-.008	.017
	пол	.002	.004	.026	.563	.574	-.006	.011
	образование	.161	.101	.074	1.584	.114	-.039	.360
3	бра. статус	.046	.033	.068	1.395	.164	-.019	.111
	раб. договор	-.110	.077	-.073	-1.424	.155	-.261	.042
	тимска работа	.009	.051	.009	.183	.855	-.091	.109
	плата	-.064	.015	-.324	-4.334	.000	-.092	-.035
	поддршка	-.106	.014	-.521	-7.426	.000	-.134	-.078

a. Dependent Variable: негативен став кон работата

Со анализа на поединечните варијабли, се заклучи дека *ресурсите на работа: плата* (Beta = -0.324, p=.000) и *поддршка од претпоставените* (Beta = -0.521, p=.000) имаат значајна негативна предиктивна вредност врз висината на негативниот став кон работата кај испитаниците (табела 29б).

Во табела 30 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, работа во ноќна смена, работа со пациенти заболени со КОВИД-19).

Табела 30. Поврзаност помеѓу вредностите на негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес

а

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.056 ^a	.003	-.007	.892	.003	.318	4	410	.866
2	.097 ^b	.009	-.010	.893	.006	.648	4	406	.629
3	.250 ^c	.062	.039	.825	.040	8.676	2	404	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, договор за вработување

c. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, одд. стаж, раб. недела, пол, едукација, брачна состојба, работен договор, работа во ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

б

Coefficients ^a								
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд. стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб. недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд. стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб. недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
	бра. статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
VAR00013	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138	

(Constant)	2.406	.444		5.424	.000	1.534	3.278
возраст	.010	.009	.130	1.114	.266	-.008	.027
раб. стаж	-.002	.010	-.026	-.202	.840	-.022	.018
одд.стаж	.003	.007	.033	.422	.673	-.011	.016
раб.недела	.004	.005	.041	.808	.419	-.005	.013
3 пол	.107	.107	.049	.997	.319	-.104	.317
образование	.050	.034	.074	1.483	.139	-.016	.116
бра.статус	-.098	.082	-.065	-1.197	.232	-.258	.063
раб.договор	.023	.054	.022	.434	.665	-.082	.129
ноќна смена	-.098	.096	-.054	-1.022	.307	-.286	.090
КОВИД пациенти	-.334	.094	-.184	-3.545	.000	-.520	-.149

a. Dependent Variable: негативен став кон работата

Со анализа на поединечните варијабли, се заклучи дека *работата со пациенти заболени со КОВИД-19* (Beta = -0.184, p=.000) има значајна негативна предиктивна вредност врз висината на негативен став кон работата кај испитаниците (табела 30б).

Во табела 31 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, болничка дејност, вонболничка дејност, администрација).

Табела 31. Поврзаност помеѓу вредностите на емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес

a

Model	Coefficients ^a							
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	2.240	.319		7.016	.000	1.612	2.867
	возраст	-3.570E-005	.009	.000	-.004	.997	-.018	.018
	раб. стаж	-.001	.010	-.010	-.076	.939	-.021	.020
	одд.стаж	.002	.007	.026	.327	.744	-.012	.017
	раб.недела	.005	.005	.054	1.085	.279	-.004	.014
2	(Constant)	2.179	.431		5.053	.000	1.331	3.027
	возраст	-.002	.010	-.021	-.173	.863	-.021	.017
	раб. стаж	.002	.011	.027	.203	.839	-.019	.023
	одд.стаж	.002	.007	.025	.308	.758	-.012	.017
	раб.недела	.006	.005	.061	1.204	.229	-.004	.015
	пол	-.022	.116	-.010	-.194	.847	-.250	.205
	образование	.047	.036	.066	1.299	.195	-.024	.118
	бра.статус	-.043	.088	-.027	-.485	.628	-.217	.131
	раб.договор	.038	.058	.033	.656	.512	-.076	.153
3	(Constant)	1.719	.488		3.520	.000	.759	2.679
	возраст	.001	.010	.009	.076	.940	-.018	.020
	раб. стаж	.001	.011	.012	.095	.925	-.020	.022
	одд.стаж	.001	.007	.013	.156	.876	-.013	.016
	раб.недела	.004	.005	.047	.930	.353	-.005	.014
	пол	-.022	.115	-.010	-.190	.849	-.249	.205
	образование	.054	.037	.075	1.464	.144	-.018	.126
	бра.статус	-.035	.088	-.022	-.396	.692	-.209	.139
	раб.договор	.041	.058	.036	.711	.478	-.073	.155
	болничка vs вонболничка	.101	.047	.171	2.159	.031	.009	.194
вонболничка vs администрација	-.304	.141	-.113	-2.159	.031	-.581	-.027	
администрација vs болничка	.042	.032	.071	1.300	.194	-.022	.106	

a. Dependent Variable: емоционална исцрпеност

Со анализата е утврдено дека *работата во болничката дејност во однос на вонболничката дејност* (Beta = 0.171, p=.031) има значајна позитивна предиктивна вредност врз висината на емоционална исцрпеност (табела 31) Дополнително, резултатите покажаа дека *профилот на работникот нема значајна предиктивна вредност за висината на емоционална исцрпеност кај испитаниците.*

Во табела 32 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на моменталното раб. место, број на работни часови во текот на неделата, пол, едукација, брачна состојба, договор на работа, болничка дејност, вонболничка дејност, администрација).

Табела 32. Поврзаност помеѓу вредностите на негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес

Model		Coefficients ^a						
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд.стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб.недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд.стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб.недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
	бра.статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
	раб.договор	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138
3	(Constant)	2.204	.435		5.063	.000	1.348	3.059
	возраст	.014	.009	.189	1.603	.110	-.003	.032
	раб. стаж	-.007	.010	-.090	-.691	.490	-.027	.013
	одд.стаж	.004	.007	.042	.523	.601	-.010	.017
	раб.недела	.006	.004	.063	1.251	.212	-.003	.014
	пол	.091	.108	.042	.843	.400	-.121	.304
	образование	.039	.034	.058	1.148	.252	-.028	.107
	бра.статус	-.085	.083	-.057	-1.032	.303	-.248	.077
	раб.договор	.034	.054	.031	.625	.532	-.073	.141
	вон болнички vs администрација	-.100	.045	-.116	-2.204	.028	-.189	-.011
	вонболничка vs болничка	.067	.030	.119	2.204	.028	.007	.126

a. Dependent Variable: негативен став кон работата

Со анализа на поединечните варијабли, се заклучи дека *работата во болничката во однос на административната дејност* (Beta =0.119, p=.028) има значајна позитивна предиктивна вредност врз висината на негативниот став кон работата (табела 32).

Покрај тоа, беше утврдено дека *болничката дејност во однос на вонболничката дејност* (Beta = 0.209, p=.008) има значајна позитивна предиктивна вредност врз висината на негативен став кон работата (табела 32).

Во табела 33 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависната критериумска варијабла – негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес.

Табела 33. Поврзаност помеѓу вредностите на негативен став кон работата и предикторски варијабли од интерес

		Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.919	.300		6.392	.000	1.329	2.509
	возраст	.010	.009	.135	1.179	.239	-.007	.028
	раб. стаж	-.006	.010	-.083	-.651	.515	-.026	.013
	одд.стаж	.005	.007	.057	.708	.479	-.009	.018
	раб.недела	.006	.004	.067	1.362	.174	-.003	.014
2	(Constant)	1.711	.405		4.221	.000	.914	2.509
	возраст	.011	.009	.148	1.254	.211	-.006	.029
	раб. стаж	-.005	.010	-.069	-.527	.598	-.025	.014
	одд.стаж	.005	.007	.057	.710	.478	-.009	.019
	раб.недела	.007	.004	.080	1.607	.109	-.002	.016
	пол	.086	.109	.040	.791	.429	-.128	.300
	образование	.027	.034	.040	.793	.428	-.040	.094
	бра.статус	-.091	.083	-.060	-1.097	.273	-.254	.072
	раб.договор	.030	.055	.028	.555	.579	-.077	.138
3	(Constant)	1.791	.467		3.834	.000	.873	2.710
	возраст	.013	.009	.168	1.425	.155	-.005	.031
	раб. стаж	-.006	.010	-.081	-.624	.533	-.026	.014
	одд.стаж	.004	.007	.042	.519	.604	-.010	.017
	раб.недела	.006	.004	.073	1.446	.149	-.002	.015
	пол	.074	.109	.034	.686	.493	-.139	.288
	образование	.030	.035	.044	.859	.391	-.039	.099
	бра.статус	-.078	.083	-.052	-.940	.348	-.241	.085
	раб.договор	.044	.057	.040	.771	.441	-.068	.156
	администрација vs доктори	-.069	.032	-.108	-2.149	.032	-.131	-.006
	администрација vs др.специјал	-.065	.032	-.102	-2.027	.043	-.127	-.002
	администрација vs мед.сестра	-.063	.032	-.100	-1.956	.051	-.127	.000
	администрација vs мед.сестра III	-.065	.032	-.102	-2.004	.046	-.128	-.001
администрација vs здр.сораб	-.064	.032	-.100	-1.986	.048	-.127	-.001	

a. Dependent Variable: негативен став кон работа

Резултатите покажуваат дека профилот на работникот има значајна предиктивна вредност за нивото на негативниот став кон работата.

Дополнително, со анализа на поединечните варијабли, беше утврдено дека значајна негативна предиктивна вредност за висината на негативниот став кон работата имаат административните работници во однос на опитите доктори, докторите специјалисти, медицинските сестри/техничари со три годишни студии и здравствени соработници чиито профили предвидуваат повисоко ниво на негативен став кон работата (табела 33).

Во табела 34 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу појавата на високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес.

Табела 34. Поврзаност на појавата на високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и предикторски варијабли од интерес

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Возраст	.000	.024	.000	1	.990	1.000	.955	1.047
раб. стаж	-.002	.026	.005	1	.945	.998	.948	1.051
ста одд.	.006	.019	.116	1	.733	1.006	.970	1.044
раб.недела	.015	.014	1.174	1	.279	1.015	.988	1.044
Constant	.342	.858	.159	1	.690	1.407		

a. Variable(s) entered on step 1: вкупен раб. стаж, стаж на оддел, раб.недела

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 2 ^a								
Возраст	-.004	.024	.027	1	.870	.996	.950	1.044
раб. стаж	.005	.027	.038	1	.845	1.005	.954	1.059
ста одд.	.006	.019	.106	1	.745	1.006	.970	1.043
раб.недела	.017	.014	1.394	1	.238	1.017	.989	1.045
Пол	-.056	.298	.035	1	.852	.946	.527	1.698
Образование	.119	.092	1.691	1	.194	1.126	.941	1.348
брачен статус	-.103	.225	.209	1	.647	.902	.581	1.401
раб.договор	.109	.163	.448	1	.503	1.115	.811	1.533
Constant	.160	1.148	.019	1	.889	1.174		

a. Variable(s) entered on step 2: пол, образование, брачен статус, работен договор

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 3 ^a								
Возраст	-.002	.028	.003	1	.956	.998	.945	1.055
раб. стаж	-.004	.032	.014	1	.907	.996	.935	1.061
ста одд.	.004	.023	.026	1	.871	1.004	.960	1.049
раб.недела	-.003	.016	.044	1	.834	.997	.966	1.028
Пол	-.032	.360	.008	1	.930	.969	.478	1.962
Образование	.149	.111	1.787	1	.181	1.161	.933	1.444
брачен статус	.054	.267	.041	1	.839	1.056	.625	1.782
раб.договор	.052	.213	.061	1	.805	1.054	.695	1.598
Физички	.640	.219	8.546	1	.003	1.896	1.235	2.913
Организациони	.260	.243	1.146	1	.284	1.297	.806	2.088
Емоционални	1.137	.297	14.612	1	.000	3.118	1.740	5.585
Когнитивни	.430	.247	3.017	1	.082	1.537	.946	2.495
Constant	-5.128	1.491	11.835	1	.001	.006		

a. Variable(s) entered on step 3: физички, организациски, емоционални и когнитивни барања.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 4 ^a	Возраст	.003	.029	.010	1	.921	1.003	.948	1.060
	раб. стаж	-.010	.033	.085	1	.770	.990	.929	1.056
	ста одд.	.008	.023	.116	1	.733	1.008	.963	1.054
	раб.недела	-.005	.016	.098	1	.754	.995	.964	1.027
	Пол	.003	.363	.000	1	.994	1.003	.492	2.043
	Образование	.186	.115	2.633	1	.105	1.204	.962	1.507
	брачен статус	.036	.272	.018	1	.895	1.037	.609	1.766
	раб.договор	.028	.220	.016	1	.900	1.028	.668	1.581
	Физички	.560	.230	5.943	1	.015	1.751	1.116	2.747
	Организациони	.150	.267	.315	1	.575	1.162	.688	1.962
	Емоционални	1.181	.302	15.329	1	.000	3.258	1.804	5.884
	Когнитивни	.449	.252	3.165	1	.075	1.567	.955	2.569
	Тимска работа	.056	.165	.117	1	.732	1.058	.766	1.462
	Плата	-.269	.154	3.065	1	.080	.764	.565	1.033
	Поддршка	-.083	.173	.230	1	.631	.920	.656	1.291
	Constant	-4.142	1.729	5.740	1	.017	.016		

a. Variable(s) entered on step 4: ресурси- тимска работа, плата, поддршка

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 5 ^a	Возраст	.000	.029	.000	1	.991	1.000	.945	1.059
	раб. стаж	-.010	.034	.083	1	.774	.990	.927	1.058
	ста одд.	.011	.024	.229	1	.632	1.011	.966	1.059
	раб.недела	.002	.017	.012	1	.912	1.002	.969	1.035
	Пол	.015	.363	.002	1	.967	1.015	.498	2.069
	Образование	.202	.117	2.975	1	.085	1.224	.973	1.539
	брачен статус	.030	.273	.012	1	.912	1.030	.604	1.758
	раб.договор	.028	.226	.015	1	.901	1.028	.660	1.603
	Физички	.611	.239	6.537	1	.011	1.842	1.153	2.943
	Организациони	.184	.273	.453	1	.501	1.202	.704	2.053
	Емоционални	1.178	.302	15.228	1	.000	3.247	1.797	5.866
	Организациони	.391	.257	2.313	1	.128	1.479	.893	2.448
	Емоционални	.041	.166	.060	1	.807	1.041	.752	1.442
	Когнитивни	-.308	.157	3.840	1	.050	.735	.540	1.000
	Тимска работа	-.090	.176	.260	1	.610	.914	.647	1.291
	Плата	.707	.341	4.298	1	.038	2.029	1.039	3.960
Поддршка	-.293	.320	.833	1	.361	.746	.398	1.399	
Constant	-5.134	1.967	6.811	1	.009	.006			

a. Variable(s) entered on step 5: ресурси-тимска работа, плата, поддршка.

		Variables in the Equation						95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 6 ^a	Возраст	.005	.029	.030	1	.862	1.005	.949	1.064
	раб. стаж	-.014	.034	.171	1	.679	.986	.922	1.054
	ста одд.	.011	.024	.221	1	.639	1.011	.965	1.059
	раб.недела	.002	.017	.016	1	.901	1.002	.969	1.036
	Пол	.021	.362	.003	1	.954	1.021	.502	2.078
	Образование	.203	.117	2.992	1	.084	1.225	.973	1.541
	брачен статус	.064	.274	.054	1	.817	1.066	.622	1.825
	раб.договор	.049	.231	.045	1	.831	1.051	.668	1.653
	Физички	.606	.238	6.464	1	.011	1.833	1.149	2.924
	Организациони	.191	.274	.485	1	.486	1.211	.707	2.073
	Емоционални	1.174	.302	15.100	1	.000	3.234	1.789	5.844
	Когнитивни	.377	.258	2.134	1	.144	1.457	.879	2.415
	Тимска работа	.036	.165	.046	1	.830	1.036	.750	1.432
	Плата	-.313	.157	3.984	1	.046	.731	.538	.994
	Поддршка	-.103	.177	.336	1	.562	.902	.637	1.277
	раб.ноќе	.843	.362	5.437	1	.020	2.323	1.144	4.718
	раб. со КОВИД	-.189	.332	.326	1	.568	.827	.432	1.585
Constant	-6.243	2.182	8.187	1	.004	.002			

a. Variable(s) entered on step 6: ноќна смена, раб со КОВИД пациенти

Со анализата беше утврдена *сигнификантна предиктивна улога на физичките барања на работното место кои шансата за високо/средно ниво на емоционална исцрпеност кај испитаниците ја зголемуваат за 1.8 пати (expB 1.833(1.149-2.924) и емоционалните барања на работното место кои шансата за високо/средно ниво на емоционална исцрпеност кај испитаниците ја зголемуваат за 3 пати (expB 3.234(1.789-5.844).*

Покрај тоа, идентификувана е *сигнификантна предиктивна улога на работењето во ноќна смена (стресоген фактор) кое шансата за емоционална исцрпеност кај испитаниците ја зголемува за 2 пати (expB 2.323(1.144-4.718) (табела 34).*

Добиените резултати покажаа дека дејноста и профилот на испитаниците не се сигнификантни предиктори за висината на емоционална исцрпеност.

Во табела 35 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу појавата на високо/средно ниво на негативниот став кон работата и предикторски варијабли од интерес.

Табела 35. Поврзаност на појавата на високо/средно ниво на негативниот став кон работата и предикторски варијабли од интерес

Variables in the Equation									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a	Возраст	.030	.026	1.282	1	.257	1.030	.979	1.084
	раб. стаж	-.019	.029	.419	1	.518	.981	.926	1.039
	ста одд.	.016	.020	.594	1	.441	1.016	.976	1.057
	раб.недела	.022	.016	1.897	1	.168	1.022	.991	1.055
	Constant	-.757	.945	.641	1	.423	.469		

a. Variable(s) entered on step 1: вкупен раб. стаж, стаж на оддел, раб.недела

Variables in the Equation									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 2 ^a	Возраст	.033	.027	1.528	1	.216	1.034	.981	1.089
	раб. стаж	-.016	.030	.280	1	.597	.984	.928	1.044
	ста одд.	.016	.021	.602	1	.438	1.016	.976	1.058
	раб.недела	.026	.016	2.449	1	.118	1.026	.994	1.059
	Пол	.251	.306	.676	1	.411	1.286	.706	2.341
	Образование	.079	.098	.643	1	.423	1.082	.893	1.311
	брачен статус	-.261	.237	1.211	1	.271	.771	.484	1.226
	раб.договор	.099	.164	.362	1	.548	1.104	.800	1.523
	Constant	-1.401	1.243	1.270	1	.260	.246		

a. Variable(s) entered on step 2: пол, образование, брачен статус, работен договор

Variables in the Equation									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 3 ^a	Возраст	.047	.030	2.447	1	.118	1.048	.988	1.112
	раб. стаж	-.033	.035	.871	1	.351	.968	.904	1.037
	ста одд.	.015	.024	.364	1	.546	1.015	.967	1.065
	раб.недела	.007	.018	.162	1	.688	1.007	.972	1.044
	Пол	.361	.368	.962	1	.327	1.434	.698	2.949
	Образование	.130	.118	1.228	1	.268	1.139	.905	1.435
	брачен статус	-.163	.279	.342	1	.559	.850	.492	1.467
	раб.договор	.038	.207	.035	1	.853	1.039	.693	1.558
	Физички	.779	.230	11.455	1	.001	2.179	1.388	3.421
	Организациони	.189	.258	.537	1	.464	1.208	.728	2.004
	Емоционални	1.086	.314	11.948	1	.001	2.961	1.600	5.480
	Когнитивни	.256	.260	.969	1	.325	1.291	.776	2.149
Constant	-6.955	1.612	18.627	1	.000	.001			

a. Variable(s) entered on step 3: физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

		Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 4 ^a	Возраст	.057	.031	3.414	1	.065	1.059	.997	1.125
	раб. стаж	-.042	.036	1.351	1	.245	.959	.893	1.029
	ста одд.	.022	.025	.770	1	.380	1.022	.973	1.074
	раб.недела	.002	.018	.009	1	.923	1.002	.967	1.038
	Пол	.467	.377	1.535	1	.215	1.596	.762	3.341
	Образование	.217	.123	3.100	1	.078	1.242	.976	1.581
	брачен статус	-.234	.290	.648	1	.421	.792	.448	1.398
	раб.договор	-.026	.219	.014	1	.907	.975	.634	1.498
	Физички	.588	.240	6.004	1	.014	1.801	1.125	2.883
	организациони	.115	.284	.165	1	.685	1.122	.643	1.957
	Емоционални	1.182	.324	13.322	1	.000	3.260	1.728	6.149
	Когнитивни	.307	.267	1.324	1	.250	1.359	.806	2.291
	Тимска работа	.127	.173	.536	1	.464	1.135	.809	1.593
	Плата	-.558	.167	11.123	1	.001	.573	.413	.795
	Поддршка	.055	.181	.092	1	.761	1.057	.741	1.508
Constant	-6.131	1.853	10.942	1	.001	.002			

a. Variable(s) entered on step 4: ресурси- тимска работа, плата, поддршка

		Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 5 ^a	Возраст	.050	.031	2.549	1	.110	1.051	.989	1.118
	раб. стаж	-.035	.037	.914	1	.339	.965	.898	1.038
	ста одд.	.023	.026	.785	1	.376	1.023	.973	1.075
	раб.недела	.000	.018	.001	1	.980	1.000	.965	1.037
	Пол	.510	.377	1.831	1	.176	1.666	.795	3.488
	Образование	.256	.125	4.203	1	.040	1.292	1.011	1.650
	брачен статус	-.251	.291	.741	1	.389	.778	.439	1.378
	раб.договор	-.052	.214	.060	1	.807	.949	.624	1.444
	Физички	.528	.244	4.691	1	.030	1.695	1.051	2.732
	организациони	.061	.287	.045	1	.831	1.063	.606	1.865
	Емоционални	1.210	.325	13.860	1	.000	3.355	1.774	6.344
	Когнитивни	.341	.272	1.580	1	.209	1.407	.826	2.396
	Тимска работа	.122	.172	.501	1	.479	1.130	.806	1.583
	Плата	-.557	.169	10.822	1	.001	.573	.411	.799
	Поддршка	.035	.183	.037	1	.847	1.036	.724	1.482
раб.ноќе	.202	.368	.302	1	.583	1.224	.595	2.516	
раб. со КОВИД	-.629	.331	3.619	1	.057	.533	.279	1.019	
Constant	-5.236	2.074	6.373	1	.012	.005			

a. Variable(s) entered on step 5: работа ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

Со анализата беше утврдена *сигнификантна предиктивна улога на физичките барања на работното место кои шансата за високо/средно ниво на негативен став кон работата кај испитаниците ја зголемуваат за 2 пати (expB 2.179(1.388-3.421)).* Понатаму, беше идентификувана *сигнификантна предиктивна улога на емоционалните барања на работното место кои шансата за високо/средно ниво на негативен став кон работата кај испитаниците ја зголемуваат за речиси 3 пати (expB 2.961(1.600-5.480)).*

Покрај утврдената *сигнификантна предиктивна улога на физичките и емоционалните барања на работното место (не се менува со додавањето на нови независни варијабли), во однос на ресурсите на работното место, идентификувана е плата која има*

сигнификантна предиктивна улога за редуцирање на шансата за појава на високо/средно ниво на негативен став кон работата ($\exp B$ 0.573(0.413-0.795).

Понатамошната анализата покажа дека и образованието има сигнификантна предиктивна улога за зголемување на шансата за појава на високо/средно ниво на негативен став кон работата за 1.3 пати ($\exp B$ 1.292(1.011-1.650) (табела 35).

Дејноста и профилот на испитаниците не се покажаа како сигнификантни предиктори за високо/средно ниво на негативен став кон работата.

Во табела 36 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу појавата на синдром на согорување и предикторски варијабли од интерес.

Табела 36. Поврзаност на појавата на синдром на согорување и предикторски варијабли од интерес

Variables in the Equation									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a	Возраст	.015	.023	.410	1	.522	1.015	.970	1.061
	раб. стаж	-.010	.026	.152	1	.697	.990	.941	1.041
	ста одд.	.010	.018	.286	1	.593	1.010	.975	1.046
	раб.недела	.021	.014	2.227	1	.136	1.021	.993	1.050
	Constant	-.626	.842	.553	1	.457	.535		

a. Variable(s) entered on step 1: вкупен раб. стаж, стаж на оддел, раб.недела

Variables in the Equation									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 2 ^a	Возраст	.017	.024	.494	1	.482	1.017	.971	1.065
	раб. стаж	-.006	.026	.048	1	.827	.994	.944	1.047
	ста одд.	.009	.018	.236	1	.627	1.009	.974	1.045
	раб.недела	.023	.014	2.650	1	.104	1.023	.995	1.052
	Пол	.103	.281	.135	1	.713	1.109	.639	1.924
	Образование	.074	.088	.717	1	.397	1.077	.907	1.280
	брачен статус	-.249	.215	1.341	1	.247	.780	.512	1.188
	раб.договор	.041	.143	.082	1	.775	1.042	.787	1.378
	Constant	-.825	1.111	.552	1	.458	.438		

a. Variable(s) entered on step 2: пол, образование, брачен статус, работен договор

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 3 ^a	Возраст	.024	.028	.784	1	.376	1.025	.971	1.082
	раб. стаж	-.015	.032	.224	1	.636	.985	.926	1.048
	ста одд.	.007	.022	.105	1	.746	1.007	.965	1.051
	раб.недела	.005	.016	.118	1	.731	1.005	.975	1.036
	Пол	.180	.340	.281	1	.596	1.197	.615	2.331
	Образование	.090	.107	.705	1	.401	1.094	.887	1.348
	брачен статус	-.181	.260	.484	1	.487	.834	.501	1.390
	раб.договор	-.066	.190	.120	1	.729	.936	.645	1.359
	Физички	.699	.210	11.120	1	.001	2.011	1.334	3.033
	Организациони	.189	.223	.721	1	.396	1.209	.780	1.872
	Емоционални	1.088	.274	15.725	1	.000	2.969	1.734	5.083
	Когнитивни	.295	.231	1.632	1	.201	1.343	.854	2.112
	Constant	-5.996	1.436	17.440	1	.000	.002		

a. Variable(s) entered on step 3: физички, организациски, емоционални и когнитивни барања.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 4 ^a	Возраст	.032	.028	1.305	1	.253	1.033	.977	1.091
	раб. стаж	-.023	.032	.502	1	.479	.977	.918	1.041
	ста одд.	.011	.022	.262	1	.609	1.011	.968	1.056
	раб.недела	.002	.016	.015	1	.903	1.002	.972	1.033
	Пол	.242	.346	.489	1	.484	1.274	.647	2.508
	Образование	.165	.111	2.217	1	.137	1.179	.949	1.466
	брачен статус	-.235	.269	.761	1	.383	.791	.467	1.340
	раб.договор	-.145	.200	.527	1	.468	.865	.584	1.281
	Физички	.566	.220	6.609	1	.010	1.761	1.144	2.712
	Организациони	.117	.249	.220	1	.639	1.124	.690	1.830
	Емоционални	1.165	.281	17.211	1	.000	3.207	1.849	5.560
	Когнитивни	.344	.237	2.118	1	.146	1.411	.887	2.244
	Тимска работа	.237	.159	2.214	1	.137	1.267	.928	1.730
	Плата	-.429	.151	8.018	1	.005	.651	.484	.876
Поддршка	-.107	.164	.429	1	.513	.898	.652	1.238	
Constant	-5.288	1.661	10.140	1	.001	.005			

a. Variable(s) entered on step 4: ресурси- тимска работа, плата, поддршка

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 5 ^a	Возраст	.029	.029	1.065	1	.302	1.030	.974	1.089
	раб. стаж	-.022	.033	.432	1	.511	.979	.918	1.044
	ста одд.	.013	.022	.336	1	.562	1.013	.969	1.059
	раб.недела	.006	.016	.118	1	.731	1.006	.974	1.038
	Пол	.250	.345	.525	1	.469	1.284	.653	2.525
	Образование	.181	.113	2.566	1	.109	1.198	.960	1.494
	брачен статус	-.239	.270	.785	1	.376	.787	.464	1.336
	раб.договор	-.151	.201	.568	1	.451	.859	.580	1.274
	Физички	.578	.227	6.465	1	.011	1.783	1.142	2.784
	Организациони	.121	.252	.230	1	.632	1.128	.689	1.847
	Емоционални	1.179	.282	17.489	1	.000	3.250	1.871	5.647
	Когнитивни	.314	.241	1.690	1	.194	1.369	.853	2.196
	Тимска работа	.225	.159	2.008	1	.157	1.253	.917	1.710
	Плата	-.450	.154	8.561	1	.003	.638	.472	.862
	Поддршка	-.111	.165	.450	1	.503	.895	.648	1.237
	раб.ноќе	.434	.323	1.803	1	.179	1.543	.819	2.905
	раб. со КОВИД	-.282	.306	.849	1	.357	.754	.414	1.374
Constant	-5.661	1.859	9.274	1	.002	.003			

a. Variable(s) entered on step 5: работа ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

Преку анализата беше согледана сигнификантната предиктивна улога на зависните варијабли за шансата за појава на синдром на согорување. Двете независни варијабли *физички и емоционални барања на работното место* сигнификантно ја зголемуваат шансата за појава на синдром на согорување за 1.7 пати ($expB$ 1.783(1.142-2.782) и 3 пати ($expB$ 3.241(1.864-5.653), последователно. Од работните ресурси беше идентификувана платата која што сигнификантно ја редуира шансата за појава на синдром на согорување (табела 36)

Дополнително, добиените резултати укажуваат дека *дејноста и профилот на испитаниците не се сигнификантни предиктори за синдром на согорување.*

Во табела 37 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу физичката активност кај испитаниците (протективен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 37. Поврзаност помеѓу физичка активност кај испитаниците и предикторски варијабли од интерес

а.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.081 ^a	.007	-.003	1.755	.007	.682	4	410	.605
2	.192 ^b	.037	.011	1.743	.030	1.811	7	403	.084

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

б.

		Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1.413	.628		2.249	.025	.178	2.648
	Возраст	.010	.018	.065	.570	.569	-.026	.046
	раб. стаж	-.026	.021	-.163	-1.270	.205	-.067	.014
	одд.стаж	.008	.014	.045	.559	.577	-.020	.036
	раб.недела	-.004	.009	-.019	-.391	.696	-.021	.014
2	(Constant)	2.367	.876		2.703	.007	.645	4.089
	Возраст	.014	.018	.089	.773	.440	-.022	.050
	раб. стаж	-.035	.021	-.218	-1.678	.094	-.076	.006
	одд.стаж	.009	.014	.052	.651	.515	-.019	.038
	раб.недела	-.004	.009	-.022	-.441	.659	-.022	.014
	Физички	-.002	.019	-.008	-.111	.912	-.038	.034
	Организациони	-.016	.022	-.058	-.745	.456	-.059	.027
	Емоционални	-.071	.023	-.208	-3.076	.002	-.116	-.025
	Когнитивни	.048	.026	.145	1.822	.069	-.004	.099
	Тимска работа	-.023	.037	-.056	-.613	.540	-.095	.050
Плата	-.025	.036	-.060	-.696	.487	-.097	.046	
Поддршка	.006	.022	.030	.266	.790	-.037	.048	

a. Dependent Variable: физичка активност

Со анализа на поединечните варијабли, се заклучи дека значајна негативна предиктивна вредност имаат емоционалните барања на работното место (Beta = -3.076, $p=.002$) врз физичката активност кај испитаниците (табела 37б).

Во табела 38 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла - број на оброци со брза храна неделно (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 38. Поврзаност помеѓу број на оброци со брза храна неделно и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.292 ^a	.085	.076	2.063	.085	9.558	4	410	.000
2	.384 ^b	.147	.124	2.009	.062	4.174	7	403	.000

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

б

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	4.271	.738		5.783	.000	2.819	5.722
	возраст	-.073	.022	-.375	-3.408	.001	-.116	-.031
	раб. стаж	.020	.024	.102	.830	.407	-.027	.068
	одд.стаж	.002	.017	.008	.099	.921	-.032	.035
	раб.недела	.017	.011	.077	1.628	.104	-.004	.038
2	(Constant)	4.115	1.010		4.075	.000	2.130	6.100
	возраст	-.065	.021	-.331	-3.061	.002	-.106	-.023
	раб. стаж	.013	.024	.065	.535	.593	-.034	.060
	одд.стаж	.003	.017	.012	.166	.869	-.030	.035
	раб.недела	.008	.011	.037	.784	.433	-.013	.029
	физички	.045	.021	.142	2.097	.037	.003	.087
	организациони	-.004	.025	-.011	-.156	.876	-.053	.045
	емоционални	.042	.026	.102	1.600	.110	-.010	.094
	Когнитивни	-.035	.030	-.086	-1.148	.252	-.094	.025
	Тимска работа	-.007	.043	-.014	-.161	.872	-.091	.077
	плата	-.071	.042	-.136	-1.689	.092	-.154	.012
подршка	-.005	.025	-.021	-.195	.846	-.054	.044	

a. Dependent Variable: брза храна неделно

Анализата покажа дека *физичките барања на работното место* ($\beta=2.097$ за $p=0.037$) имаат позитивна предиктивна вредност за бројот на оброци со брза храна во текот на неделата, а *возраста* има негативна предиктивна вредност за бројот на оброци со брза храна ($\beta= - 3.061$ за $p=0.002$) (табела 38а и б).

Во табела 39 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла - просечен број испиени кафиња во текот на денот (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 39. Поврзаност помеѓу просечениот број испиени кафиња во тек на денот и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.060 ^a	.004	-.006	1.853	.004	.371	4	410	.829
2	.204 ^b	.042	.015	1.833	.038	2.279	7	403	.028

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, подршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

Model	Coefficients ^a						
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	2.638	.663		3.976	.000	1.334	3.942
1							
Возраст	-.018	.019	-.109	-.947	.344	-.056	.020
раб. стаж	.025	.022	.147	1.144	.253	-.018	.068
одд.стаж	-.006	.015	-.031	-.386	.700	-.036	.024
раб.недела	.004	.010	.021	.418	.676	-.015	.023
(Constant)	2.984	.921		3.239	.001	1.173	4.795
2							
Возраст	-.011	.019	-.065	-.568	.570	-.049	.027
раб. стаж	.014	.022	.084	.649	.517	-.029	.057
одд.стаж	-.003	.015	-.013	-.167	.867	-.032	.027
раб.недела	.000	.010	.001	.016	.987	-.019	.019
Физички	.046	.019	.168	2.348	.019	.007	.084
Организациони	-.043	.023	-.147	-1.887	.060	-.088	.002
Емоционални	.028	.024	.078	1.158	.247	-.020	.075
Когнитивни	-.016	.027	-.047	-.594	.553	-.070	.038
Тимска работа	.013	.039	.030	.329	.743	-.064	.089
Плата	-.028	.038	-.063	-.737	.461	-.104	.047
Поддршка	-.020	.023	-.099	-.873	.383	-.064	.025

a. Dependent Variable: број на кафиња во тек на денот

Анализата покажа дека *физичките барања на работното место* ($\beta=2.348$ за $p=0.019$) имаат позитивна предиктивна вредност за поголем број испиени кафиња во текот на денот (табела 39а и б).

Во табела 40 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла - просечен број испиени чаши алкохол (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 40. Поврзаност помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла- број на испиени чаши алкохол и предикторски варијабли од интерес

a

Model	Model Summary								
	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.273 ^a	.074	.065	1.269	.074	8.236	4	410	.000
2	.347 ^b	.121	.097	1.248	.046	3.023	7	403	.004

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	2.314	.454					
	возраст	-.032	.013	-.269	-2.430	.016	-.058	-.006
	раб. стаж	-.002	.015	-.016	-.132	.895	-.031	.027
	одд.стаж	.003	.010	.019	.241	.810	-.018	.023
	VAR00012	.004	.007	.032	.680	.497	-.008	.017
2	(Constant)	1.720	.627		2.744	.006	.488	2.953
	возраст	-.034	.013	-.286	-2.605	.010	-.060	-.008
	раб. стаж	.003	.015	.026	.208	.835	-.026	.032
	одд.стаж	.001	.010	.007	.088	.930	-.019	.021
	раб.недела	.002	.007	.016	.339	.735	-.011	.015
	физички	.000	.013	.001	.011	.992	-.026	.026
	организациони	.018	.016	.087	1.161	.246	-.013	.049
	емоционални	.038	.016	.149	2.304	.022	.006	.070
	когнитивни	.001	.019	.006	.079	.937	-.035	.038
	тимска работа	.002	.027	.006	.064	.949	-.050	.054
	плата	.019	.026	.060	.730	.466	-.032	.070
поддршка	-.009	.015	-.063	-.581	.561	-.039	.021	

a. Dependent Variable: број на испиени чаши алкохол

Со анализата беше утврдено дека од системот на предикторски варијабли од интерес, *возраста има сигнификантна негативна предиктивна вредност* ($\beta = -2.605$ за $p = 0.010$) и *емоционалните барања на работното место имаат сигнификантна позитивна предиктивна вредност* ($\beta = 2.304$ за $p = 0.022$) за зависна критериумска варијабла- просечен број испиени чаши алкохол (табела 40б).

Во табела 41 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла – фреквенцијата на употреба таблети за спиење во текот на неделата (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 41. Поврзаност помеѓу фреквенција на употреба таблети за спиење во текот на неделата и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.189 ^a	.036	.026	1.278	.036	3.782	4	410	.005
2	.237 ^b	.056	.030	1.276	.020	1.247	7	403	.276

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, поддршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	-.797	.458				
	возраст	.031	.013	.263	2.333	.020	.005
	раб. стаж	-.004	.015	-.030	-.235	.815	-.033
	одд.стаж	-.011	.011	-.086	-1.092	.275	-.032
	раб.недела	.004	.007	.027	.563	.574	-.009
2	(Constant)	-1.235	.641				
	возраст	.029	.013	.249	2.194	.029	.003
	раб. стаж	3.027E-005	.015	.000	.002	.998	-.030
	одд.стаж	-.012	.011	-.087	-1.097	.273	-.032
	раб.недела	.004	.007	.029	.589	.556	-.009
	физички	-.004	.014	-.023	-.329	.743	-.031
	организациони	-.008	.016	-.041	-.530	.597	-.040
	емоционални	.040	.017	.161	2.403	.017	.007
	когнитивни	.006	.019	.026	.327	.744	-.031
	тимска работа	.003	.027	.011	.126	.900	-.050
	плата	.007	.027	.021	.252	.801	-.046
подршка	-.002	.016	-.016	-.142	.887	-.033	

a. Dependent Variable: денови со таблети за спиење

Со анализата беше согледано дека *возраста* ($\beta=2.194$ за $p=0.029$) и *емоционалните барања* ($\beta=2.403$ за $p=0.017$) имаат позитивна предиктивна вредност за бројот на денови во неделата кога испитаниците користеле таблети за спиење (табела 41).

Во табела 42 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла – фреквенцијата на употреба на аналгетици неделно (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 42. Поврзаност помеѓу фреквенција на употреба на аналгетици неделно и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.127 ^a	.016	.006	1.739	.016	1.663	4	408	.158
2	.244 ^b	.060	.034	1.715	.044	2.652	7	401	.011

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ресурси на работа-тимска работа, плата, подршка од претпоставениот, физички, организациски, емоционални и когнитивни барања

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	1.577	.626		2.517	.012	.345	2.808
	Возраст	-.023	.018	-.144	-1.263	.207	-.059	.013
	раб. стаж	.044	.020	.276	2.165	.031	.004	.084
	одд.стаж	-.010	.014	-.054	-.673	.501	-.038	.018
	раб.недела	.003	.009	.016	.323	.747	-.015	.021
2	(Constant)	1.040	.863		1.205	.229	-.657	2.737
	Возраст	-.019	.018	-.116	-1.022	.308	-.054	.017
	раб. стаж	.039	.021	.243	1.896	.059	-.001	.079
	одд.стаж	-.007	.014	-.039	-.497	.619	-.035	.021
	раб.недела	-.001	.009	-.003	-.069	.945	-.019	.017
	Физички	.021	.018	.083	1.176	.240	-.014	.057
	Организациони	-.042	.021	-.151	-1.952	.052	-.084	.000
	Емоционални	.053	.023	.157	2.350	.019	.009	.098
	Когнитивни	.008	.026	.024	.306	.760	-.043	.058
	Тимска работа	.013	.036	.033	.369	.712	-.058	.085
Плата	-.052	.036	-.124	-1.462	.144	-.123	.018	
Поддршка	.002	.021	.010	.093	.926	-.040	.044	

a. Dependent Variable: неделно користење на аналгетици

Анализата покажа дека емоционалните барања ($\beta=2.350$ за $p=0.019$) имаат позитивна предиктивна вредност за фреквенцијата на употреба на аналгетици неделно (табела 42).

Во табела 43 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла – времетраење на сонот во текот на ноќта (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 43. Поврзаност помеѓу времетраењето на сонот во текот на ноќта и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.118 ^a	.014	.004	1.275	.014	1.440	4	410	.220
2	.194 ^b	.038	.023	1.263	.024	5.033	2	408	.007

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	6.237	.456					
	Возраст	.017	.013	.147	1.284	.200	-0.009	.043
	раб. стаж	-.028	.015	-.240	-1.885	.060	-.058	.001
	одд.стаж	.013	.010	.101	1.262	.208	-.007	.034
	раб.недела	-.009	.007	-.068	-1.379	.169	-.022	.004
2	(Constant)	6.126	.553		11.075	.000	5.039	7.213
	Возраст	.020	.013	.175	1.544	.123	-.006	.046
	раб. стаж	-.031	.015	-.267	-2.104	.036	-.060	-.002
	одд.стаж	.014	.010	.104	1.314	.190	-.007	.034
	раб.недела	-.010	.007	-.075	-1.478	.140	-.023	.003
	ноќна смена	-.294	.146	-.107	-2.009	.045	-.582	-.006
	раб со КОВИД па.	.421	.143	.153	2.953	.003	.141	.701

a. Dependent Variable: колку часа спиете

Резултатите од анализата покажаа дека *работата со пациенти заболени со КОВИД -19* ($\beta=2.953$ за $p=0.003$) има позитивна предиктивна вредност за времетраењето на сонот во текот на ноќта (табела 43).

Во табела 44 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла - просечен број испушени цигари дневно (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 44. Поврзаност помеѓу просечениот број испушени цигари дневно и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.207 ^a	.043	.034	9.308	.043	4.605	4	410	.001
2	.242 ^b	.059	.045	9.254	.016	3.399	2	408	.034

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	-3.360	3.332				
	Возраст	.055	.097	.064	.569	.569	.246
	раб. стаж	.025	.109	.029	.227	.820	.239
	одд.стаж	-.093	.077	-.095	-1.213	.226	.058
	раб.недела	.191	.048	.192	3.962	.000	.286
2	(Constant)	2.711	4.054	.669	.504	-5.258	10.681
	Возраст	.060	.097	.070	.624	.533	.251
	раб. стаж	.037	.109	.043	.343	.732	.251
	одд.стаж	-.108	.076	-.111	-1.412	.159	.042
	раб.недела	.158	.050	.159	3.162	.002	.256
	ноќна смена	-1.783	1.073	-.087	-1.661	.097	.327
раб со КОВИД па.	-1.466	1.044	-.072	-1.403	.161	.588	

a. Dependent Variable: број на цигари дневно

Со анализата беше утврдено дека *просечниот број на работни часови во текот на една недела* ($\beta=3.162$ за $p=0.002$) има позитивна предиктивна вредност за *просечниот број на испушени цигари во текот на денот* (табела 44).

Во табела 45 се прикажани добиените резултати за поврзаноста помеѓу вредностите на зависна критериумска варијабла- фреквенцијата на употреба на аналгетици во текот на неделата (ризичен животен стил) и предикторски варијабли од интерес.

Табела 45. Поврзаност помеѓу фреквенцијата на употреба на аналгетици неделно и предикторски варијабли од интерес

a

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.127 ^a	.016	.006	1.739	.016	1.663	4	408	.158
2	.173 ^b	.030	.016	1.731	.014	2.929	2	406	.055

a. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела

b. Predictors: (Constant), возраст, раб. стаж, работа на оддел, раб.недела, ноќна смена, работа со КОВИД пациенти

		Coefficients ^a						
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	
1	(Constant)	1.577	.626		2.517	.012	.345	2.808
	Возраст	-.023	.018	-.144	-1.263	.207	-.059	.013
	раб. стаж	.044	.020	.276	2.165	.031	.004	.084
	одд.стаж	-.010	.014	-.054	-.673	.501	-.038	.018
	раб.недела	.003	.009	.016	.323	.747	-.015	.021
2	(Constant)	2.625	.761		3.449	.001	1.129	4.120
	Возраст	-.022	.018	-.139	-1.224	.222	-.058	.014
	раб. стаж	.046	.020	.290	2.282	.023	.006	.087
	одд.стаж	-.012	.014	-.068	-.856	.392	-.040	.016
	раб.недела	-.003	.009	-.015	-.297	.767	-.021	.016
	ноќна смена	-.290	.201	-.077	-1.442	.150	-.686	.106
раб со КОВИД па.	-.274	.196	-.073	-1.401	.162	-.659	.111	

a. Dependent Variable: колку неделно користи аналгетици

Со анализата беше согледано дека *работниот стаж* ($\beta=2.282$ за $p=0.023$) има позитивна предиктивна вредност во однос на фреквенцијата на употреба на аналгетици неделно (табела 45).

Во склоп на чекор 6 при линеарната регресија најдобро се согледува сигнификантата предиктивна улога на зависните варијабли за шансата за појава на здравствени тегоби генерално и поединечно поврзани со работата.

- Утврдено е дека работата со КОВИД пациенти, сигнификантно ја зголемува шансата за појава на здравствени тегоби за 2 пати ($\exp B$ 2.281(1.105-4.710))
- Во поглед на полот, женскиот пол сигнификантно ја зголемува шансата за појава на главоболки за речиси 2 пати ($\exp B$ 1.917(1.030-3.565)) (табела 17/II прилог)
- Ноќната смена сигнификантно ја зголемува шансата за појава на проблеми со видот за 2, 5 пати ($\exp B$ 2.559(1.371-4.925)) (табела 17/III прилог)
- Емоционалните барања на работното место ($\exp B$ 1.097 (1.026-1.172)) и негативниот став кон работата ($\exp B$ 1.063(1.000-1.129)) сигнификантно ја зголемуваат шансата за појава на болки во долните екстремитети (табела 17/IV прилог)
- Емоционалната исцрпеност ја зголемува шансата за појава на проблеми со срцето ($\exp B$ 1.062(1.004-1.123)) (табела 17/V прилог)

- Возраста (expB 1.132(1.027-1.248), бројот на работни часови во текот на неделата (expB 1.049 (1.005-1.95), работата во ноќна смена за еден и пол пати (expB 1.714 (1.045-2.812), сигнификантно ја зголемуваат шансата за појава на болки во стомакот (табела 17/VI прилог)
- Емоционалната исцрпеност (expB 1.051(1.026-1.077) ја зголемува шансата за појава на целосен замор (табела 17/VII прилог)
- Когнитивните барања на работното место ја зголемуваат шансата за појава на стрес (expB 1.058(1.005-1.113), а брачниот стаус/ во брак ја редуцира шансата за појава на стрес (expB .464(.287- .750) (табела 17/VIII прилог)
- Брачниот стаус/ во брак ја редуцира појавата на проблеми со спиењето (expB .448(.239- .841) (табела 17/IX прилог)
- Од работните ресурси – платата (expB 1.071(1.000-1.147) и емоционалната исцрпеност (expB 1.053(1.024-1.084) ја зголемуваат шансата за појава на вознемиреност (табела 17/X прилог), а брачниот стаус/ во брак ја редуцира шансата за појава на раздразливост (expB .474(.273- .822) (табела 17/XI прилог)
- Емоционалната исцрпеност (expB 1.068(1.034-1.104) ја зголемува шансата за појава на раздразливост (табела 17/XVIII прилог) и појава на намалено расположение (табела 17/XII прилог)
- Емоционалната исцрпеност ја зголемува шансата за појава на проблеми со кожата (expB 1.068(1.004-1.129) (табела 17/XIII прилог)

6. ДИСКУСИЈА

6.1. Структура на примерокот

Според Законот за здравствена заштита, здравствената дејност претставува дејност од јавен интерес, што се врши во здравствени установи како јавна служба со која се обезбедува здравствена заштита на примарно, секундарно и терциерно ниво [2]. Здравствените услуги ги вршат здравствените работници, а определени работи во здравствената дејност можат да вршат и здравствени соработници. Оттука, здравствените работници како лица посветени на зачувување и унапредување на здравјето преку лекување

и грижа за болните и повредените имаат витална улога во процесот на имплементација на мерките и активностите за здравствена заштита.

Учесници во актуелното истражување се 415 вработени во здравствени установи во кои се врши болничка односно вонболничка дејност во нашата држава категоризирани во три групи во зависност од нивните работни задачи во здравствените установи: здравствени работници во болничка дејност (199 испитаници), здравствени работници вонболничка дејност (164 испитаници) и вработени во здравствените установи кои не се здравствени работници, односно помошно-технички и административен персонал (52 испитаници).

Болничката здравствена дејност согласно Законот за здравствена заштита опфаќа дијагностика, лекување, здравствена нега и акушерска нега, медицинска рехабилитација и палијативна нега, која заради здравствената состојба на пациентот или видот на интервенцијата не е можно да се врши како специјалистичко-консултативна здравствена дејност на секундарно ниво или со третман во домот. Здравствените работници вработени во болниците се на првите линии на одговор во здравствените системи. Поради ангажираноста во пружање директна грижа за пациентите, тие се соочуваат со висок обем на работа, особено за време на здравствени кризи како што се пандемиите. Работното опкружување кај овие здравствени работници може да биде стресно, што пред сè, се должи на продолжените работни часови, работата во смени, ноќната работа, работата за време на викенди и празници, како и високите очекувања за квалитетот на грижата и негата за пациентите. Понатаму, изложеноста на инфекции, хемикалии и радијација претставуваат значаен ризик по здравјето на овие здравствени работници. Работата во болниците е динамична и здравствените работници на овие работни места се изложени на висок притисок поради што од нив се бара способност за брзо одлучување, адаптабилност и подготвеност да се справат со итните случаи во секое време. Истовремено, работата со тешко болни или пациенти кои умираат може да претставува големо физичко и емоционално оптоварување за овие здравствени работници.

Од друга страна, здравствените работници кои вршат вонболничка здравствена дејност се фокусирани на превентивна нега, управување со хронични состојби, рехабилитација и поддршка за самостојно живеење. Овие здравствени работници најчесто работат самостојно или во мали тимови, а понекогаш укажуваат услуги и во домовите на пациентите, што може да биде изискувачко од временски и физички аспект. Вонболничкиот

здравствен персонал се соочува со бројни предизвици, вклучувајќи ограничени ресурси и потребата од самостојно одлучување. Исто така, овие здравствени работници за време на работата со пациентите и нивните семејства може да се соочат со социјални и емоционални предизвици, поради што ваквата работа бара висок степен на одговорност, координација и вештини за комуникација.

Административниот персонал во здравствените установи игра критична улога во поддршката на медицинскиот и немедицинскиот персонал и во обезбедувањето на ефикасен тек на работните процеси овозможувајќи соодветен и навремен проток на информации и ресурси во организациите. Административните работници вработени во здравствените установи се занимаваат со широк спектар на задачи од чиешто успешно и навремено извршување зависи непреченото функционирање на дневните активности во организациите. Дел од нивните работни активности се водење на административни работи, планирање, комуникација со други институции, обезбедување логистичка поддршка, управување со финансии итн. Реализацијата на овие работни задачи бара поседување на различни вештини (технички способности, организациски вештини, способност за ефикасна комуникација, способност за работа под притисок и во тим). Оваа работа бара точност, ефикасност и одговорност за чувствителни податоци, но обично не вклучува директен контакт со пациентите на истиот начин како што е случајот со здравствените работници.

Со анализата во актуелното истражување не беа идентификувани статистички сигнификантни разлики помеѓу испитуваните групи (здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници во вонболничка дејност и помошно-технички и административен персонал) во однос на следните демографски карактеристики и карактеристики на работното место: возраст, вкупен работен стаж, должина на работен стаж на работното место и број на работни часови во текот на неделата, што укажува на тоа дека по овие прашања групите се хомогени.

Понатамошната анализа покажа сигнификантна поврзаност помеѓу работата во ноќна смена (помеѓу 19 часот и 6 часот) во однос на дејноста на која припаѓаат испитаниците, што секако произлегува од работните услови и карактерот на работата, при што е утврдено дека повеќе од половина од испитаниците од болничка дејност (51.5%)

работеле во ноќна смена, додека пак 84% од испитаниците од вонболничка дејност и 98,1% од испитаниците од администрација не работеле во ноќна смена.

Понатаму, беше идентификувана сигнификантна поврзаност помеѓу работата со пациенти заболени со КОВИД-19 и дејноста на која припаѓаат испитаниците, при што 83,3% од испитаниците од болничка дејност и 64% од испитаниците од вонболничка дејност работеле со пациенти заболени со КОВИД-19, додека пак испитаниците од администрација главно не работеле со вакви пациенти.

По однос на работното место, односно профилот на испитаниците, 57 од вкупниот број испитаници се доктори по општа медицина, 48 се доктори специјалисти, 83 се медицински сестри/техничари, 103 се медицински сестри/техничари со високо образование, 72 се здравствени соработници и 52 административни работници.

Притоа, со анализата беше утврдено дека здравствените работници (опитите доктори, докторите специјалисти и медицинските сестри/техничари со три годишни студии) работеле сигнификантно поголем просечен број работни часови во текот на неделата во споредба со здравствените соработници и администрацијата.

Покрај тоа, беше идентификувана сигнификантна поврзаност помеѓу работењето во ноќна смена (помеѓу 19 часот и 6 часот) наспроти профилот на испитаниците, при што здравствените работници 51.5% од испитуваните медицински сестри/техничари, 46,8% од испитуваните опити доктори, 43.4% од испитуваните медицински сестри/техничари со три годишни студии и 27.6% од испитуваните доктори специјалисти) работеле во ноќна смена, додека пак најголем дел од здравствените соработници и администрацијата не работеле во ноќна смена.

Дополнително, беше утврдена и сигнификантна поврзаност помеѓу работата со пациенти заболени со КОВИД – 19 и профилот на испитаниците. Така, 80,6% од медицинските сестри/техничари со три годишни студии, 79,5% од медицинските сестри/техничари, 72,9% од докторите специјалисти, 75,4% од опитите доктори, 62,5% од здравствените соработници и 26,9% од администрацијата работеле со пациенти заболени со КОВИД-19.

Според добиените наоди може да се заклучи дека работата во ноќна смена е тесно поврзана со дејноста на која припаѓаат испитаниците и нивниот профил, при што е утврдено дека најголем процент од испитуваните здравствени работници од болничка дејност

работеле во ноќна смена споредено со испитаниците од вонболничка дејност и администрација. Понатаму, значаен дел од здравствените работници, без разлика дали се од болничка или вонболничка дејност, биле директно вклучени во грижата за пациенти заболени со КОВИД-19. Споредбено, општите доктори, докторите специјалисти, медицинските сестри/техничари и медицинските сестри/техничари со три годишни студии, работеле значително повеќе часови отколку здравствените соработници и административните работници, што укажува на зголемена оптовареност со работата кај испитаниците од овие профили.

6.2. Барања на работното место

Како што беше повеќепати кажано, здравствените работници имаат централна улога во здравствените системи, што секако глобално се потврди во услови на пандемија со КОВИД-19, кога недостигот на здравствен персонал беше пријавен како најчеста причина за нарушувања во обезбедувањето на основните здравствени услуги (113). Во Глобалната стратегија за човечки ресурси за здравје: работна сила 2030 (GSHRH) беа наведени проценки за големината на здравствена работна сила на светско ниво во 2013 година и проекциите до 2030 година, при што беше проценет глобален недостиг од 18 милиони здравствени работници до 2030 година и констатирана нееднаквост во дистрибуцијата на здравствените работници, особено во земјите со ниски приходи (114). Дефицитот од здравствен кадар како комплексен проблем кој ги засега здравствените системи на многу држави е предизвикан од низа фактори, меѓу кои и различните психосоцијални ризици коишто произлегуваат од барањата на работното место што ја прават медицинската професија особено ранлива на негативните влијанија (115, 116).

Според Bakker и Demerouti, изворите на овие барања може да се најдат во физичките аспекти на работната средина (на пример, високи нивоа на бучава или гужва), социјалните аспекти на работната средина (на пример, меѓучовечки конфликти, навредување од страна на претпоставените) или организациските аспекти на работната средина (на пр. организациски ограничувања, временски притисок) (37). Барањата на работното место изискуваат физички и психолошки (когнитивни и емоционални) напори. Иако тие не се нужно негативни, истите може да се претворат во стресори (стресогени фактори) кога нивното исполнување бара преголем напор и претставува такво оптоварување од кое

вработениот не успева да се опорави соодветно, што може да доведе до негативни здравствени исходи, како што е појавата на синдромот на согорување (38, 39). Имено, високите барања на работното место ја трошат енергијата на вработените исцрпувајќи ги ментално и физички, што секако се одразува на нивната благосостојба. Различни студии ја потврдуваат врската помеѓу барањата на работа и намалената продуктивност (117) и помеѓу стресот поврзан со работата, зголемените медицински грешки (118) и менталното нарушување на здравјето кај здравствните работници, главно депресија и анксиозност (35, 82, 119).

Вработените во различните сегменти на здравствениот сектор се соочени со различни видови барања на работното место: физички, емоционални, организациски и когнитивни. Така, Мијакоски во својата студија наведува дека од видот на здравствената установа (на пр. универзитетска клиника, клиничка болницата, општа болница, здравствен дом и др.) и карактеристиките на работното место, односно профилот на работникот (пр., општ доктор, доктор специјалист, медицинска сестра/техничар, помошно технички и административен персонал и сл.) зависат видовите барања на работното место. Разликите во работниот процес, задачите на работното место, организацијата на работата, како и опасностите на кои се изложени работниците од различни профили во системот на здравствена заштита во голема мера зависат од начинот на кој се обезбедува грижата за пациентите - директна грижа (доктори, медицински сестри, психолози, социјални работници, лабораториски техничари и сл.) или индиректна грижа (сметководители, возачи, администратори, мајстори, одржувачи на опремата, дистрибуција на лекови, одговорни за планирање на услуги, па дури и ракувачи со медицински отпад) (91).

Во актуелното истражување, најпрво беше идентификувана *просечната вредност на физичките барања на работното место на ниво на целокупниот примерок, којашто е сигнификантно повисока во споредба со просечните вредности на сите други барања на работното место* (органizaциски, емоционални и когнитивни). Овој наод покажува дека испитаниците во својата работа биле најизложени на брзото темпо на работа, големата одговорност за голем број пациенти, недостигот на персонал, недостигот на опрема и материјали за работа, оптоварувањето со административни активности и дополнителни задачи во услови на пандемија со КОВИД-19 кај здравствените работници.

Влијанието и изложеноста на физичките барања на работното место кај

здравствените работници е утврдена и во други студии. Во тој контекст, добиените сознанија од истражување спроведено во две болници (универзитетска хируршка клиника и општа болница) во нашата држава, упатуваат на заклучок дека физичките барања кај испитаниците од двете болници биле значајно повисоки споредено со останатите барања на работното место (91). Во студија направена со цел да се проценат барањата на работното место, синдромот на согорување и тимската работа кај здравствените работници вработени во општа болница во нашата земја во два временски периоди, биле идентификувани константно повисоки нивоа на физичките барања на работното место (зголемен обем на работа, зголемен број на опслужени пациенти и сложени процедури за администрација) споредено со нивоата на останатите барања на работното место во двата периода кога била спроведена студијата (2011 и 2014 година) (65).

Добиените резултати од актуелното истражување, во зависност од дејноста на која припаѓаат испитаниците, покажуваат *сигнификантно повисока просечна вредност на физичките и организациските барања кај испитаниците од групата болничка дејност во однос на испитаниците од групата администрација и испитаниците од групата вонболничка дејност*, што значи дека здравствените работници од болничката дејност споредено со помошно-техничкиот и административен персонал и здравствените работници од вонболничка дејност се повеќе изложени на физичките и организациските барања на работното место. Дополнително, утврдената *просечна вредност на емоционалните и когнитивните барања е несигнификантно повисока кај испитаниците од болничка дејност во споредба со другите две испитувани групи*. Добиените наоди се конзистентни со тврдењето на Hall и сор. во однос на болниците коишто претставуваат инхерентно стресни организации каде здравствените работници се изложени на различни стресогени фактори што можат негативно да влијаат на квалитетот на грижа за пациентите, како и на нивната лична благосостојба (120).

Понатаму, од аспект на профилот на испитаниците, резултатите од сегашното истражување покажуваат дека *просечната вредност на физичките барања кај испитаниците медицински сестри/ техничари со три годишни студии и медицински сестри/ техничари се сигнификантно повисоки во однос на испитаниците административни работници и здравствени соработници*. Секако, добиените резултати се конзистентни со студијата на Thara и сор. посветена на барањата на работа, ресурсите на

работа и здравствените резултати кај медицинските сестри во приватниот и јавниот здравствен сектор во Шведска, каде беше наведено дека професијата медицинска сестра е поврзана со висок работен ангажман, а пандемијата со КОВИД-19 уште повеќе го нагласи фактот дека медицинските сестри на светско ниво се изложени и особено ранливи на факторите што може негативно да влијаат на нивното здравје (121). Така, податоците од извештајот посветен на масовната траума доживеана од страна на медицинските сестри на глобално ниво од 2021 година покажуваат дека медицинските сестри биле еден од најпогодените колективи за време на пандемијата, а кумулативниот број на пријавени смртни случаи од КОВИД-19 кај медицинските сестри во 59 земји на крајот на 2020 година изнесувал 2262 (122). Во услови на брзото темпо на работа, висока одговорност за голем број пациенти, како и оптоварување со бројни административни активности и дополнителни задачи, од здравствените работници, посебно медицинските сестри, се очекува постојана физичка вклученост и когнитивна будност со цел да се осигура врвна нега за пациентите (123). Дополнително, евидентен е недостигот од медицински сестри на глобално ниво (124). Carpele и сор. во својата студија за предвидување на побарувачката и понудата на работна сила според видот на образование, посочуваат дека во периодот од 2010 до 2030 година, ќе бидат потребни приближно 100.000 нови медицински сестри во Норвешка (125). Според тоа, неопходно е да се посвети поголемо внимание на адекватното екипирање на медицинските сестри во насока на ублажување на негативните последици од засилените барања на работа, особено поради интензивирањето на работата (временски ограничувања и извршување на повеќе задачи истовремено). Ова ќе придонесе за намалување на обемот на работа, притисоците и исцрпувањето кај медицинските сестри, што ќе ги поттикне да останат на своите работни места, а ќе има влијание и на идното регрутирање на нови кадри, како што сугерираат Zeytinoglu и сор. во својата студија за задржувањето на медицинските сестри на нивните работни места во болниците и воопшто во професијата (126).

Во актуелното истражување се регистрира *највисока просечна вредност на организациските, емоционалните и когнитивните барања на работното место кај општите доктори и докторите специјалисти споредено со останатите профили*. Очигледно, работниците со овие профили, почесто се соочуваат со проблеми поврзани со строга хиерархиска поставеност на претпоставените, лоша комуникација помеѓу одделите,

нејасни и двосмислени улоги и работни задачи, чести промени на правилата и прописите во здравствената установа, влијание на медиумите за лошата слика на здравствените работници, недостиг на соработка со колегите, голема конкуренција помеѓу соработниците, проблеми во комуникацијата со пациентите, несоодветно справување со негативните чувства во текот на работата, страв дека ќе се направи грешка во текот на работата, конфликтот меѓу барањата во домашната и работната средина, недостигот на повратни информации за резултатите од работата, донесување одлуки под временски притисоци и сл.

Резултатите од истражувањето на Мијакоски покажуваат дека кај хирурзите и инструментарките од двете анализирани здравствени установи (универзитетска хируршка клиника и општа болница) е воочено присуство на највисоки просечни вредности за сите видови барања на работното место (91). Во слична студија посветена на идентификување на разликите во синдромот на согорување, барањата на работа и тимската работа помеѓу македонски и хрватски болнички медицински сестри, хрватските медицински сестри пријавиле повисоки нивоа на организациски барања на работа (на пр., строга хиерархија, двосмислени улоги, проблематична комуникација) и емоционални барања на работа (на пр., недостаток на соработка, голема конкурентност со колегите, емоционална вклученост во работата), додека македонските медицински сестри пријавиле повисоки нивоа на физички барања на работа (на пр., прекумерен обем на работа, временски притисок, недостаток на персонал и материјали) што е очигледно последица на нивната потешка цел - обемот на работа (македонската болница располагала со двојно поголем број на кревети, наспроти бројот на вработени медицински сестри, додека хрватската болница располагала со ист број на кревети и медицински сестри) (127).

6.3. Ресурси на работното место

Здравствените работници на работното место се изложени не само на фактори на ризик и стресогени фактори, туку и на заштитни механизми и ресурси кои им помагаат ефикасно да се справат со стресот поврзан со работата (128). Според авторите Bakker и Demerouti, ресурсите на работното место се однесуваат на аспекти од работната средина кои придонесуваат за личен раст и развој. Ваквите ресурси му овозможуваат на вработениот да ги постигне работните цели, што резултира со добра здравствена состојба и зголемена мотивација (37, 39). Така, резултатите од претходно спроведени студии покажуваат дека во

работните организации коишто обезбедуваат заштитни фактори на работното место, како што се соодветна поддршка од претпоставениот и соработниците, тимска работа, соодветна повратна информација, независност во одлучувањето, добри меѓучовечки односи и сл. се регистрираат ниски нивоа на негативен став кон работата и високи нивоа на работно ангажирање кај вработените, додека отсуството на овие специфични ресурси на работа го зголемува цинизмот и негативниот став кон работата (1, 38,39,65,127,129,130). Авторите Schaufeli and Bakker во својата студија покажаа дека намалувањето на работните ресурси се предиктори на синдромот на согорување (40). Според Bakker и Demerouti, ресурсите може да бидат лоцирани на ниво на организацијата (на пр. плата, можности за напредок во кариерата, безбедност на работното место), меѓучовечки и социјални односи (на пр. поддршка од претпоставениот и соработниците, тимска работа), организацијата на работата (на пр. јасност на улогите, учество во донесувањето одлуки) и на ниво на задача (на пр. повратни информации за изведбата, разновидност на вештините, значење на задачата, автономија) (37).

Во актуелното истражување фокусот беше ставен на следните ресурси: тимска работа, плата и поддршка од страна на претпоставените. Тимската работа претставува специфичен кооперативен процес помеѓу членовите на тимот кој придонесува да се развијат ефективни меѓусебни односи преку споделување знаења и вештини за постигнување на тимските цели (131, 132). Тимската работа е од клучно значење за испораката на услугите за здравствена заштита при што здравствените работници мора да ги координираат своите активности за да обезбедат навремена, сигурна и ефикасна грижа за пациентите (130). Во повеќе студии е утврдено дека ефективната тимска работа влијае на зголемување на задоволството од работата, намалување на влијанието на барањата на работа и има позитивен ефект врз ангажираноста на работното место (127, 133, 134).

Резултатите од спроведеното истражување, во поглед на изјавите поврзани со тимската работа (меѓусебна поддршка на луѓето во установата, работа како тим за брзо завршување на задачите во временски рокови, меѓусебно почитување, помош од страна на другите оддели кога еден оддел е премногу зафатен) покажуваат највисоко ниво на тимска работа кај испитаниците од болничка дејност (4.0), потоа следува администрацијата со неутрален став кон тимската работа (3.4), додека најниско ниво на тимска работа е утврдено кај испитаниците од вонболничка дејност (2.4). Ставовите на испитаниците во однос на

тимската работа од аспект на нивниот профил се највисоки кај медицинските сестри/техничари (3.6), следуваат општите доктори и администрацијата (3.4), медицинските сестри/техничари со тригодишни студии (3.3) и докторите специјалисти (3.2).

Друг значаен ресурс на работното место е нивото на поддршка од страна на претпоставените којшто во голема мера зависи од подготвеноста на претпоставените да понудат емоционална, информативна и физичка поддршка. Поддршката од претпоставениот и соработниците се клучни за успешноста на работата (135). Goussinsky и Livne (136) сугерираат дека поддршката од претпоставениот, ја поттикнува интернализацијата на работните улоги и ги наведува работниците повеќе да се вклучат во длабинско дејствување. Многу студии ја идентификуваа поддршката што доаѓа од претпоставените и соработниците како важна димензија на социјалната поддршка на работното место, којашто од страна на Karasek и Theorell (137) беше дефинирана како „вкупни нивоа на корисна социјална интеракција со соработниците и претпоставените достапни на работното место“ (стр. 69) (135, 138, 139).

Добиените сознанија од претходните студии водат до заклучок дека социјалната поддршка ја зголемува самоефикасноста на медицинскиот персонал и обезбедува чувство на сигурност, а недостатокот на социјална поддршка е поврзана со незадоволство и синдром на согорување (121). Систематскиот преглед на литературата за влијанието на социјалната поддршка во превенција на синдромот на согорување кај медицинските сестри покажа дека социјалната поддршка игра важна улога во подобрувањето на квалитетот на живот и намалувањето на синдромот на согорување (140). Слични наоди се добиени во истражувањата спроведени за време на пандемијата со КОВИД-19 коишто укажуваат дека социјалната поддршка е позитивно поврзана со благосостојбата, но негативно поврзана со синдромот на согорување кај здравствените работници (141, 142).

Резултатите од актуелното истражување, во однос на изјавите поврзани со поддршката од страна на претпоставените (почитување од страна на претпоставениот, поддршка и помош од претпоставениот при потешкотии во работата, добар однос со претпоставениот и разбирање од страна на претпоставениот), покажуваат највисоко ниво на поддршка од страна на претпоставените кај испитаниците од болничка дејност (3.9), следува администрацијата со неутрален став во однос на поддршката од страна на претпоставените (3.4), додека најниско ниво на поддршка од страна на претпоставените се

регистрира кај испитаниците од вонболничка дејност (2.1). Од аспект на профилот, средните оценки на изјавите на испитаниците за поддршката од страна на претпоставените, се движат од 3.5 кај докторите специјалисти, преку 3.7 кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии и здравствените соработници, до 3.9 кај општите доктори и медицинските сестри, што укажува на високо ниво на поддршка од страна на претпоставените.

Во однос на изјавите поврзани со платата (задоволство од висината на платата во установата, висината на плата е доволна за работата што се извршува, фер плата во споредба со платите на другите луѓе во одделот, со заработената платата се обезбедува комфорен живот), резултатите, пак, покажуваат задоволство во однос на платата кај испитаниците од болничка дејност (3.6), следува администрацијата со неутрален став во однос на платата (3.5), додека незадоволство во врска со платата се регистрира кај испитаниците од вонболничка дејност (2.5). Во поглед на профилот на испитаниците, медицинските сестри/техничари (1.9), медицинските сестри/техничари со три годишни студии (2.1), општите доктори (2.3), здравствените соработници (2.5), покажуваат незадоволство во однос на платата која ја добиваат.

6.4. Синдром на согорување кај здравствените работници

Во здравствените системи, и покрај нивните меѓусебни разлики, се детерминираат заеднички причини за појава и развој на синдромот на согорување поврзани со организациските и психосоцијалните фактори на работното место (143). Овие фактори, како што беше погоре објаснето, се причина за појава на високо ниво на стрес поврзан со работата, болести, здравствени проблеми и зголемен ризик за развој на синдром на согорување (144-146).

Синдромот на согорување може да предизвика значајни негативни ефекти на работното место кај здравствените работници, пред сè да влијае влошување на квалитетот на работата. Имено, здравствените работници со синдром на согорување покажуваат намалување на работните перформанси, поголема веројатност за медицински грешки, повисоки стапки на отсуство од работа, помала посветеност и задоволство од работата, зголемен број на боледувања, поголемо лично страдање и зголемен ризик од професионални повреди (147-149). Синдромот на согорување кај здравствените работници

е распространет ширум светот со пријавена збирна преваленца од 51% кај специјализантите и 15%-60% кај медицинските сестри (150, 151). Систематскиот преглед на литературата со вклучени 182 студии објавени помеѓу 1991 и 2018 година со 109.628 лица во 45 земји, покажа значителна варијабилност во проценките на преваленцата на синдром на согорување кај лекарите, која се движи од 0% до 80,5%, што најверојатно се должи на важните разлики во дефинициите на синдромот и применетите методи за проценка (152). Разбирлив е фактот што синдромот на согорување и неговите придружни влијанија кај здравствените работници се посериозни во земјите со низок и среден приход и дополнително ја загрозуваат стабилноста на кревките здравствени системи (153). Така, во неколку студии од земјите со низок и среден приход е пријавен синдром на согорување кај давателите на здравствени услуги, во Бразил (до 88%) (154), Кина (66.5% до 87.8%) (155), Египет (67.7%) (156) и Супсахарска Африка (157).

Синдромот на согорување кој се јавува како резултат на продолжената изложеност на хроничните емоционални и интерперсонални стресори на работното место заедно со изложеноста на дополнителни опасности на работното место, го дефинираат три димензии: емоционална исцрпеност, цинизам или негативен став кон работата и намалени лични достигнувања (33), а во актуелното истражување, поради претходно споменатите причини, синдромот на согорување е оценет само преку неговите две димензии - емоционална исцрпеност и цинизам или негативен став кон работата. Според тоа, резултатите од тековното истражување покажаа дека просечниот збир на одговорите на испитаниците во вкупниот примерок во однос на димензиите на синдромот на согорување: *емоционална исцрпеност изнесува - 27.5*, што укажува на *високо ниво на емоционална исцрпеност и негативниот став кон работата изнесува - 12.3*, односно *средно ниво на негативен став кон работата*.

Со понатамошната анализа е констатирано *високо ниво на емоционална исцрпеност кај испитаниците од болничка дејност (29.2) и испитаниците од вонболничка дејност (27.0)*, додека, пак, *средно ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај администрацијата (17.0)*. Добиените резултати покажуваат дека испитаниците од администрација имале сигнификантно најниско ниво на емоционална исцрпеност споредено со останатите испитувани групи. *Високо ниво на негативен став кон работата беше утврден кај испитаниците од болничка дејност (13.1)*, а *средно ниво на негативен*

став кон работата беше идентификуван кај испитаниците од вонболничка дејност (12) и администрација (9.9). Имено, сигнификантно повисоко ниво на негативен став кон работата беше идентификувано кај испитаниците од болничка дејност во споредба со испитаниците од администрација.

Со мултиплата регресиона анализа беше утврдено дека *работата во болничката дејност во однос на вонболничката дејност има сигнификантна предиктивна вредност за повисока емоционална исцрпеност*, што укажува на тоа дека здравствените работници вработени во болничката дејност се соочуваат со значително повисоки нивоа на емоционална исцрпеност во споредба со здравствените работници од вонболничката дејност или администрација. Ова покажува дека условите на работа, притисоците и интензитетот на работните задачи во болничката средина ги прават здравствените работници подложни на поголем стрес и емоционално оптоварување. Понатаму, *работата во болничката дејност во однос на вонболничка и административната дејност има значајна позитивна предиктивна вредност за висината на негативниот став кон работата*. Ова може да сугерира дека предизвиците и стресот со кои се соочуваат здравствените работници во болниците можат да влијаат не само на исцрпување на нивните емоционални ресурси/сили, туку и на нивната ангажираност и задоволство од работата. Добиените наоди се во согласност со наодите од студијата на Hussenoeder и сор. спроведена кај интернисти од болничка и вонболничка дејност, при што лекарите кои работеле во болнички услови покажале повисоко ниво на емоционална исцрпеност, негативен став кон работата и синдром на согорување споредено со лекарите во амбулански услови (158).

Понатаму, со анализата во тековното истражување е идентификувана *појава на синдром на согорување кај испитаниците од болничка дејност во сигнификантно поголем процент од 51.6%, во споредба со останатите две групи*. Фактот дека лекарите кои работат во болнички услови покажуваат повисоки резултати на синдром на согорување од нивните колеги кои работат во амбулантски услови е поддржан од слични резултати добиени во студија направена кај уролози во Германија (159). Доколку го земеме предвид развојот на синдром на согорување којшто најпрво започнува со емоционална исцрпеност, додека пак, негативниот став кон работата се јавува како резултат на исцрпеноста на емоционалните ресурси/сили, од добиените резултати во актуелното истражување, станува јасна потребата за итни интервенции што ќе придонесат кон намалување на симптомите на синдром на

согорување кај здравствените работници во болничка дејност, како и за превенција и спречување на понатамошниот развој на синдромот на согорување кај здравствените работници од вонболничка дејност и администрација.

Дополнително, добиените сознанија во однос емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата кај *различни профили испитаници*, укажуваат на појава на *средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата кај администрацијата и здравствените соработници*, а *високо ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата кај опитните доктори, докторите специјалисти, медицинските сестри/техничари и медицинските сестри/техничари со три годишни студии*.

Исто така, детектирана е *сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на емоционална исцрпеност и работното место/профилот на испитаниците*. *Високо/средно ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај повеќе од две третини од здравствените работници (82.5% од опитните доктори, 77.1% од докторите специјалисти, 76.7% од медицинските сестри/техничари со три годишни студии, 71.1% од медицинските сестри/техничари) и кај 68.1% од здравствените соработници*, додека пак, *ниско ниво на емоционална исцрпеност во најголем процент е детектирано кај 57.7% од испитаниците од администрација*.

Од друга страна, *не е забележана статистички сигнификантна поврзаност помеѓу нивоата на негативен став кон работата и работното место/профилот на испитаниците*. *Високо/средно ниво на негативен став кон работата е детектирано кај најголем процент од здравствените работници (83.3% од докторите специјалисти, 75.4% од опитните доктори, 82.4% од медицинските сестри/техничари, 79.5% од медицинските сестри/техничари со три годишни студии) и во најмал дел кај административните работници (65.4%)*.

Синдром на согорување е утврден кај 41 (14.4%) општи доктори, 35 (12.3%) доктори специјалисти, 55 (19.3%) медицински сестри/техничари, 76 (26.7%) медицински сестри/техничари со три годишни студии, 47 (16.5%) здравствени соработници и 31 (10.9%) административни работници. Достапни се докази коишто сугерираат дека кај медицинските сестри и лекарите постои повисок ризик од појава на синдром на согорување во споредба со помошниот персонал (160-164).

Конечно, резултатите од актуелното истражување покажаа дека појавата на синдромот на согорување е утврдена во сигнификантно поголем процент од 26.7% кај медицински сестри/техничари со тригодишни студии во споредба со останатите профили. Литературата ги потврдува добиените резултати од истражувањето, укажувајќи на предиспозицијата за појава на синдром на согорување кај медицинскиот персонал, посебно истакнувајќи ја таа тенденција кај медицинските сестри (165-167).

Имено, утврдените наоди од тековното истражување покажуваат дека испитуваните доктори специјалисти, општи доктори, медицински сестри/техничари, а особено медицинските сестри/техничари со тригодишно образование се подложни на поголем стрес и притисок на работното место во текот на реализирањето на работни задачи, што може негативно да се одрази на нивната благосостојба и општо задоволство од работата. Од друга страна, испитуваните здравствени соработници и административниот персонал, кои генерално се помалку изложени на директен контакт со пациентите, известиле за средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, што може да сугерира дека иако и тие се соочуваат со одреден стрес на работното место, нивниот стрес е помалку интензивен во споредба со оној кај здравствените работници.

Овие сознанија упатуваат на потребата за итни мерки и активности за имплементирање на специфични стратегии и интервенции за поддршка на здравствените работници, особено на оние кои се во првите линии и се соочуваат со најголемите нивоа на стрес и емоционална исцрпеност. Таквите стратегии може да се однесуваат на подобрување на условите на работа, обезбедување на соодветни обуки за справување со стресот, како и зголемување на достапноста и користењето на програми за психолошка поддршка.

6.5. Модел на барања - ресурси на работа (JD-R)

Моделот Job Demands-Resources (JD-R) којшто е употребен во тековното истражување е еден од најчесто применуваните модели за процена на стрес поврзан со работата во психологијата за безбедност и здравје при работа, како корисна рамка за концептуализација на синдромот на согорување и благосостојбата на повеќе нивоа на анализа (168). Според моделот на Demerouti и Bakker, карактеристиките на работата може да се категоризираат или како барања на работното место или како ресурси на работното место при што и двете категории се важни предиктори на благосостојбата на вработените и

организациските резултати. Главната предност на JD-R моделот во однос на други модели т.е. фокусот на овој модел на широк опсег на барања и ресурси на работното место, дозволува истиот да биде лесно применлив на различни организациски поставувања (37). Моделот JD-R е изграден врз два основни психолошки процеси кои играат улога во развојот на напорот и мотивацијата за работа (39). Првиот е таканаречен процес на нарушување на здравјето, ситуација во која превисоките барања на работното место ги исцрпуваат менталните и физичките ресурси на вработените и затоа може да доведе до синдром на согорување, здравствени проблеми и предвремено напуштање на професијата. Вториот основен процес е мотивациски претставен преку ресурсите на работното место - внатрешни (поттикнуваат раст, учење и развој) или надворешни (претставуваат инструменти за постигнување на работните цели) коишто имаат мотивациски потенцијал и водат до позитивни работни исходи, како што е работното ангажирање и високите работни перформанси (37, 39). Како такви, ресурсите на работното место не се единствено неопходни за вработените да можат да се справат со барањата на работното место, односно „за да се завршат работите“, туку тие се важни и сами по себе за исполнување на основните човечки потреби (169), како што се потребите за автономија, припадност и компетентност. Имено, од причина што барањата и ресурсите на работното место, претставуваат паралелни двигатели зад благосостојбата на вработените, тие во взаемниот однос ја дефинираат појавата и развојот на синдромот на согорување. Впрочем, и двата процеса, оној создаден од барањата на работа и оној создаден од ресурсите на работа, се случуваат истовремено, а не последователно (170).

Генерално, резултатите од направената анализа во актуелното истражувањето се во согласност со теоријата JD-R, односно добиените резултати од биваријантната анализа покажуваат *сигнификантна позитивна умерено јака корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и сите четири видови барања на работното место.*

Кај испитаниците со утврдено присуство на синдром на согорување, високо/средно ниво емоционална исцрпеност и негативен став кон работата беа идентификувани сигнификантно повисоки вредности на физички, организациски, емоционални и когнитивни барања на работното место, споредено со испитаниците кај кои не беше утврдена појава на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата.

Спроведеното истражувањето ги истакна *физичките и емоционалните барања на работното место*, како значајни позитивни предиктори за висината на емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата. Така, со анализата беше утврдено дека *физичките барања на работното место ја зголемуваат* шансата за појава на *високо/средно ниво на емоционална исцрпеност кај испитаниците за 1.8 пати*. Дополнително, анализата покажа дека *физичките барања на работното место ја зголемуваат* шансата за развој на *високо/средно ниво на негативен став кон работата за 2 пати*, додека пак *емоционалните барања на работното место ја зголемуваат* шансата за развој на *високо/средно ниво на негативен став кон работата кај испитаниците за речиси 3 пати*. Ова покажува дека емоционалните барања на работното место, односно недостигот на соработка со колегите, големата конкуренција помеѓу колегите, проблемите во комуникацијата со пациентите, несоодветното справување со негативните чувства во текот на работата, стравот дека ќе се направи грешка во текот на работата и конфликтот меѓу барањата во домашната и работната средина, несоодветно справување со негативните чувства за време на пандемијата со КОВИД-19, имаат уште поголемо влијание за развојот на негативен став кон работата од физичките барања. Со понатамошната анализа беше утврдено дека *физичките и емоционалните барања на работното место сигнификантно ја зголемуваат* шансата за појава на *синдром на согорување за 1.7 и 3 пати, последователно*.

Понатаму, беше забележано дека испитаниците кои *работеле во ноќна смена пријавиле* сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност во споредба со *испитаниците кои не работеле во ноќна смена*. Исто така, беше утврдена сигнификантната предиктивна улога на *работењето во ноќна смена (стресоген фактор) кое* шансата за појава на *емоционална исцрпеност кај испитаниците ја зголемува за 2 пати*. Овој наод е во согласност со добиените резултати од студијата на Мијакоски каде се потврдува предиктивната улога на работата во ноќна смена врз појавата на високо или средно ниво на емоционална исцрпеност. Имено, испитаниците коишто работеле во ноќна смена биле принудени да се прилагодат на распоредот на работата и несоодветните периоди за одмор, што може да го наруши природниот биоритам и да резултира со негативни последици по нивното здравје и благосостојба (171 -174). Конзистентни на овие се и наодите добиени во студијата за синдром на согорување и работа во смени кај медицинските сестри на авторите

Vidotti V и сор. кои утврдиле дека медицинските сестри кои работеле во ноќна смена, а кои не биле задоволни од квалитетот на нивниот сон, имале поголема веројатност да доживеат емоционална исцрпеност (175). Cheng и Cheng во студијата посветена на поврзаната на работата во ноќни и ротирачки смени со проблемите со спиењето, синдромот на согорување и минорните ментални нарушувања кај машките и женските вработени, истакнаа дека постојаното работење во ноќни смени е поврзано и со зголемен ризик од развој на синдром на согорување и ментални нарушувања (176).

Во актуелното истражување, од вкупниот број испитаници, 286 лица кои сочинуваат две третини од примерокот (68.3%), пријавиле дека работеле со пациенти заболени со КОВИД-19. Наодот сугерира дека голем дел од испитаниците биле на првата линија во борбата против вирусот, што ги изложило на дополнителни притисоци и стресогени фактори на работното место. Соочени со предизвиците од пандемијата, земјите на глобално ниво се обидуваа да ја контролираат ескалацијата на вирусот и да ги заштитат здравствените системи и здравствените работници ширум светот. Впрочем, пандемијата со КОВИД-19 во голема мера придонесе за значителни промени во услугите за здравствена заштита (прекин на рутинските услуги, пренамена на клинички области, прераспоредување на персоналот во непознати клинички средини (177, 178) и рационализирање на услугите (179).

Високата преваленца на синдром на согорување кај здравствените работници стана уште позагрижувачка во овој период, поради високата стапка на смртност на пациентите заболени со КОВИД-19, зголемениот број прекувремени смени, страв од недостаток на соодветна медицинска опрема, вклучувајќи лична заштитна опрема или можност за пренесување на болеста на членовите на семејството (180). Во систематскиот преглед на литературата и мета-анализата направена со цел да се обезбеди комплетна проценка на распространетоста на согорувањето кај различни здравствени работници за време на пандемијата КОВИД-19, изготвен со пребарување на студии до јануари 2021 година, пријавена е здружена вкупна преваленца на синдром на согорување од 52%, што укажува на тоа дека речиси половина од здравствените работници доживеале синдром на согорување за време на пандемијата со КОВИД-19, при што и здравствениот персонал кој не бил директно изложен на КОВИД-19, доживеал синдром на согорување (181).

Резултатите од студијата спроведена од страна на Мрежата на ЈИЕ за здравјето на работниците (SEENWH), во текот на есента 2020 година во земјите од ЈИЕ (Албанија, Босна

и Херцеговина, Бугарија, Хрватска, Израел, Молдавија, Црна Гора, Северна Македонија, Романија, Србија, и Турција), преку он-лајн анкетата насловена како „Стрес на работа кај здравствените работници за време на пандемијата КОВИД-19“, покажаа високо ниво на емоционална исцрпеност и ниско ниво на негативен став кон работата кај здравствените работници (174).

Во таа смисла, со анализата во актуелното истражување беше утврдено дека испитаниците кои *работеле со пациенти заболени со КОВИД-19* имале *сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност и сигнификантно пониско ниво на негативниот став кон работата споредено со испитаниците кои не работеле со пациенти заболени со КОВИД-19*. Наодот од истражувањето укажува на интересен феномен кај здравствените работници за време на пандемијата. Имено, оние кои работеле со пациенти заболени со КОВИД-19, известиле за значително повисоко ниво на емоционална исцрпеност во споредба со оние кои не биле во контакт со пациенти со КОВИД-19. Сепак, групата која работела со пациенти заболени со КОВИД-19, покажала пониско ниво на негативен став кон својата работа, што сугерира дека и покрај изразената исцрпеност, тие сепак пронашле задоволство и смисла во работата. Сето ова, говори за комплексната природа на работата со пациенти во време на пандемија кога тешките услови на работа и емоционалните предизвици се балансираат со професионалното задоволство, силното чувство на посветеност кон помагањето на другите и уважувањето од страна на заедницата.

Понатаму, резултатите од биваријантаната анализа во тековната студија, покажуваат *статистички сигнификантна умерено слаба негативна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и ресурсите на работното место*. Студија на Мијаќоски и сор., спроведена во два временски периода (2011 и 2014 година) оди во прилог на овој наод, односно резултатите покажуваат дека димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) биле негативно корелирани со тимската работа во двата наврата (65).

Во однос на анализираниите ресурси на работното место, просечната оценка за тимската работа, платата и поддршката од страна на претпоставените кај испитаниците кај кои не е регистрирано присуство на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата е сигнификантно поголема во споредба со испитаниците кај кои се регистрира синдром на согорување, со високо/средно ниво на

емоционална исцрпеност и негативен став кон работата. Овој наод го нагласува позитивното влијание на добро структурираните ресурси на работното место што може да придонесе кон намалување на ризикот од развој на синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата. Тимската работа, добрата плата и силната поддршка од претпоставените се важни ресурси на работното место заслужни за зголемување на задоволството од работата. Добиените резултати ја потенцираат важноста од создавање на работно окружување каде преовладува поддршката и соработката што доведува до намалување на ризикот од развој на синдром на согорување и подобрување на благосостојбата на вработените.

Понатамошната анализа на *ресурсите на работа* покажа дека *тимската работа, платата и поддршката од страна на претпоставените имаат значајна негативна предиктивна вредност врз висината на емоционалната исцрпеност кај испитаниците*, додека пак *платата и поддршката од претпоставените имаат значајна негативна предиктивна вредност врз висината на негативниот став кон работата кај испитаниците*. Со други зборови, подобрите услови во овие аспекти (позитивни исходи во тимската работа, повисока плата, и поголема поддршка од претпоставените) се асоцирани со пониско ниво на емоционална исцрпеност, а поголемата поддршка од претпоставените и поголемото задоволство од висината на платата, предвидуваат намалување на негативниот став кон работата.

Покрај тоа, беше идентификувана *сигнификантна предиктивна улога на платата за редуцирање на шансата за развој на високо/средно ниво на негативен став кон работата и синдром на согорување*. Обезбедувањето соодветна плата е поврзано со намален развој на синдром на согорување и во други професии (181). Резултатите од квалитативна студија спроведена во нашата држава ја докажаа мотивирачката, односно заштитната функција на ресурсите на работното место (поддршка од претпоставените и соработниците, тимска работа, независност во одлучувањето, одлични меѓучовечки односи и сл.) во насока на намалување на нивоата на синдром на согорување (130).

Колку повеќе здравствените работници биле задоволни од тимската работа (на пр. поддршка и помош од соработниците), толку поретко се соочиле со појава на синдром на согорување (40, 130, 134, 182).

Дополнително, во прилог на актуелното истражување се и резултатите од студијата спроведена кај медицински сестри вработени во приватниот и јавниот сектор коишто покажаа дека ресурсите на работа во смисла на социјална поддршка и награди се поврзани со пониско ниво на синдром на согорување и повисоко самооценето здравје (121). Бројни студии истакнуваат дека поддршката и наградувањето од страна на претпоставените не треба да бидат занемарени, бидејќи може да придонесат за поголема посветеност на кариерата, подобрување на квалитетот на работата и благосостојбата на здравствените работници (183, 184, 185).

Сето ова, води до заклучок дека кај здравствените работници кои ги перцепираат нивните барања на работа како разумни и кои имаат поголема поддршка од соработниците и претпоставените се забележуваат повисоки нивоа на психолошка благосостојба (127, 129, 186).

Сепак, резултатите од актуелното истражување во поглед на изјавите на испитаниците од болничка дејност покажуваат дека иако кај овие испитаници се утврдени највисоки просечни вредности за ресурсите на работното место (тимска работа, поддршка од страна на претпоставените и плата), појавата на синдром на согорување кај нив беше детектирана во сигнификантно поголем процент споредено со останатите две групи (испитаници од вонболничка дејност и администрација) што веројатно се должи на барањата на работното место кои ги надминуваат капацитетите на оваа група испитаници при што ресурсите не можат да го ублажат синдромот на согорување. Во таа смисла, Наканен и сор (187) користејќи го моделот JD-R за истражување направено кај наставници во Финска, откриле повисоки коефициенти помеѓу барањата на работа и синдромот на согорување, отколку помеѓу ресурсите на работа и ангажманот и утврдиле дека вработените се почувствителни на работните услови кои за нив се претвораат во загуби. Schaufeli & Bakker (40), во своето истражување, заклучија дека „енергетскиот процес е поистакнат споредено со мотивацискиот процес“и изјавија дека „од превентивна гледна точка, намалувањето на барањата на работа треба да се претпочита пред зголемувањето на ресурсите на работа“.

6.6. Животен стил кај здравствените работници

Животниот стил на здравствените работници е од суштинско значење, бидејќи нивната благосостојба директно влијае на способноста да обезбедат квалитетна здравствена нега за пациентите. Однесувањата како што се здрав начин на исхрана, доволен сон, редовна физичка активност, имаат улога во унапредување на здравствената состојба, што подразбира протективен животен стил. Од друга страна, ризичните однесувања како што се недостаток на физичка активност, консумација на брза храна, пушење, консумација на алкохол, употреба на средства против болки (аналгетици), користење на таблети за спиење можат да резултираат со развој на болест. Од таа причина, ваквите однесувања подразбираат ризичен животен стил (91).

Оттука, резултатите од актуелното истражување во однос на протективниот животен стил, покажаа дека *испитаниците од болничка дејност сигнификантно поретко појадувале споредено со испитаниците од вонболничка дејност и администрација*. Понатаму, *испитаниците од болничка и вонболничка дејност несигнификантно поретко имале редовен оброк, пократко спиеле и помалку вежбале во споредба со испитаниците од администрацијата*.

Дополнително, испитаниците од *болничка дејност* просечно пиеле сигнификантно повеќе кафења во текот на денот во однос на испитаниците од администрација и вонболничка дејност. Покрај тоа, во поглед на ризичниот животен стил, утврдена е *сигнификантно почеста просечна употреба на аналгетици во текот на неделата кај испитаниците од болничка дејност споредено со другите две испитувани групи*. Исто така, констатирано е дека испитаниците од администрација просечно пушеле несигнификантно поголем број цигари и пиеле алкохол сигнификантно повеќе денови во текот на неделата во однос на испитаниците од болничка и вонболничка дејност.

Така, прегледот на литературата укажува на примена на зголемена поддршка од различни групи здравствени професионалци за интеграција на услугите за промоција на здравје во клиничките средини. (188-190). Во таа смисла, здравствените работници ангажирани во болничките установи покажале помала тенденција за учество во активности за промоција на здравјето во споредба со вработените во примарната здравствена заштита (191). Оттука, доколку здравствените работници во болниците би можеле самите да

практикуваат протективни здравствени однесувања во своето секојдневие, тие би можеле не само да служат како пример за другите, туку исто така тоа би имало влијание и на нивните ставови, знаења и способности за обезбедување на услуги за промоција на здравјето кај своите пациенти (192). Слично на добиените наоди во актуелното истражување, студијата спроведена од Chiou и сор. за здравствени однесувања и учество во активности за унапредување на здравјето меѓу болничкиот персонал во Тајван, нагласи дека се потребни повеќе напори со цел да се мотивира болничкиот персонал да учествува во активностите за унапредување на здравјето во болниците, особено медицинските сестри, фармацевтите и лекарите. Освен тоа, резултатите од студијата покажаа дека медицинските сестри пријавиле најниско ниво на физичка активност споредено со лекарите, фармацевтите, другиот здравствен персонал и администрацијата (193).

Во тој контекст, утврдените наоди од тековното истражување, според профилот на испитаниците, покажуваат дека *општите доктори*, сигнификантно *поретко појадувале и поретко имале редовен оброк споредено со другите профили*, а *медицинските сестри/техничари несигнификантно пократко спиеле и помалку вежбале споредно со испитаниците од други профили*. Покрај тоа, општите доктори, секогаш кога пиеле, *пиеле сигнификантно повеќе чаши алкохол и консумирале сигнификантно повеќе чаши алкохол кога излегувале, во однос на медицинските сестри/техничари и медицинските сестри/техничари со три годишни студии*. Фреквенцијата на употреба на *таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата била сигнификантно почеста кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии во споредба со останатите профили*. Слични резултати се добиени во истражувањето на Мијакоски каде е утврдено дека хирурзите од Универзитетска хируршка клиника, хирурзите и другите доктори во општата болница (почесто консумираат брза храна и алкохол, повеќе чаши алкохол во моментите кога пијат и кога излегуваат) и инструментарките (почесто консумираат брза храна и повеќе чаши алкохол после работа) покажуваат одредени елементи на ризичен животен стил. Дополнително, во поглед на употребата на *таблети*, детектирана е почеста употреба на *аналгетици* кај инструментарките од Универзитетска хируршка клиника и хирурзите и инструментарките од општата болница во споредба со другите профили од соодветната здравствена установа (91).

6.6.1. Поврзаност на синдромот на согорување и неговите димензии (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) со животниот стил кај здравствените работници

Хроничниот стрес поврзан со работата е идентификуван како фактор кој придонесува за применување на ризичен животен стил кај здравствените работници (179). Истражување направено кај здравствените работници во болници во седум европски земји (Грција, Турција, Португалија, Романија, Бугарија, Хрватска и Македонија) покажа дека синдромот на согорување е сигнификантно позитивно поврзан со почеста консумација на брза храна, поретка физичка активност, поголема консумација на алкохол и почеста употреба на лекови против болки во целокупниот примерок (2623 доктори, медицински сестри и специјализанти) (98). Ова се совпаѓа и со наодите од други истражувања (195, 196). Авторите Guo и сор., во студијата спроведена кај здравствени работници во Кина, утврдиле дека кај здравствените работници коишто се под постојан стрес постои поголема веројатност за почесто консумирање на брза храна, десерти и засладени пијалаци, пушење цигари, консумирање алкохол и физичка неактивност (197).

Во тековното истражување, беше направена биваријантна анализа на димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) и животниот стил (протективен и ризичен) кај испитаниците со намера да се идентификува нивната меѓусебна поврзаност. Така, во однос на протективниот животен стил, најпрво беше утврдена сигнификантна слаба негативна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување - *емоционална исцрпеност и негативен став кон работата со честотата/бројот на појадоци во текот на неделата и времетраењето (должината) на сонот*. Во контекст на ова, истражувањето на Мијакоски покажа дека здравствените работници со синдром на согорување во Универзитетска хируршка клиника поретко појадувале и спиеле помалку часови во текот на една ноќ. Во други студии, констатирано е намалување на квалитет на спиењето и времетраењето на сонот како последица од работните услови - работата во смени (198) и психолошката вознемиреност (199). Постојаниот стрес и/или повторливата анксиозност/депресивно расположение имаат голема улога во нарушувањата на спиењето (200). Така на пример, авторите Al Maqbal и сор. во систематскиот преглед и мета-анализа за преваленцата од стрес, депресија, анксиозност и нарушување на спиењето за време на пандемијата со КОВИД-19 од 2021

година, пријавиле преваленца на нарушување на спиењето од 43% кај медицинските сестри вработени во болниците (201).

Во тој контекст, резултатите од актуелното истражување покажуваат дека *работата со пациенти заболени со КОВИД-19 има предиктивна вредност за должината на сонот во текот на ноќта*. Добиениот наод може да сугерира дека стресот и интензивната работа со пациенти заболени со КОВИД-19 значајно влијаат на сонот на здравствените работници. Ова сознание укажува дека притисокот и психолошките предизвици кои се појавуваат при непосреден контакт со пациентите со КОВИД-19, може да доведат до промени во должината на сонот, потенцијално водејќи кон пократок или прекинат сон. Всушност, здравствените работници кои се изложени на висок стрес поради грижата за пациенти со КОВИД-19, може да имаат потреба од дополнителна поддршка за справување со овие предизвици. Во таа смисла, добиените резултати од истражувања спроведени кај медицинските сестри кои работат во смени, покажуваат дека стресот поврзан со работата го намалува квалитетот на спиењето (202, 203).

Со понатамошната анализа во тековното истражување, беше утврдено дека *испитаниците кај кои беше детектирано присуство на синдром на согорување и високо/средно ниво на димензиите на синдромот на согорување (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата), сигнификантно поретко појадувале во текот на неделата споредено со испитаниците кај кои не беше откриено присуство на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата*.

Во поглед на ризичниот животен стил, беше идентификувана *сигнификантна слаба позитивна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност и негативен став кон работата со бројот на оброци/консумација на брза храна во текот на неделата*. Имено, повисоката емоционална исцрпеност и негативен став кон работата кај испитаниците, водеа до консумирање на поголем број оброци и почесто консумирање брза храна. Овој наод е во согласност со постојните ограничени докази кои сугерираат дека, генерално, здравствените работници не се хранат здраво (204). Следствено, истражувањата покажуваат дека постои поврзаност помеѓу зголемената перцепција на стресот поврзан со работата со зголемениот внес на калории (205, 206), па дури и развој на нарушувања во исхраната (207, 208). Дополнително, Mojtahedzadeh и сор. наведуваат дека гојазноста е последица од условите на работа и перцепцијата на стресот поврзан со работата

во болнички контекст (208). Студиите спроведени во некои здравствени установи укажуваат на различни стапки на прекумерна тежина/дебелина кај здравствените работници во различни земји, како што се Велика Британија - 69.1% (209), Германија - 40.9% (210), Италија - 35.0% (211), Бразил - 45.9% (212) и Јужна Африка - 70.7% (213). Резултатите од студија на пресек на Guo и сор. за животниот стил и стресот како ризик фактори за прекумерна тежина и дебелина кај здравствените работници укажуваат на прилично висока стапка на прекумерна тежина/дебелина кај кинеските здравствени работници (197). Позитивна корелација помеѓу синдромот на согорување и нездравниот начин на исхрана беше утврдена кај работници од итна помош во истражување на Moustou и сор. (93) и кај стоматолозите во студијата на Gortler и сор. (214). Во истражување спроведено кај анестезиолози беа откриени значајни асоцијации помеѓу емоционалната исцрпеност и бројот на редовни оброци дневно (99.) Ваквата поврзаност е докажана и во друго истражување на Мијакоски каде е констатирана позитивна корелација помеѓу емоционалната исцрпеност и фреквенцијата на консумирање брза храна кај испитаници од Универзитетска хируршка клиника и позитивна корелација помеѓу негативниот став кон работата и фреквенцијата на консумирање брза храна кај испитаници од двете испитувани здравствени установи (УХК и општа болница) (91).

Со понатамошна анализа, во тековното истражување беше откриена и *сигнификантна слаба позитивна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност и негативен став кон работата со просечниот број испиени чаши алкохол кога испитаниците пиеле (ризичен животен стил).*

Имено, испитаниците кај кои е идентификувано присуството на синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, пиеле сигнификантно повеќе чаши алкохол и пиеле повеќе чаши алкохол кога излегувале, споредено со испитаниците кај кои не се регистрира синдромот на согорување, со констатирано ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата. Овие наоди се конзистентни со резултатите од претходните истражувања спроведени кај здравствените работници. Така на пример, во студија спроведена кај здравствени работници во седум европски земји беше откриено дека повисокото ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата биле сигнификантно слабо до умерено поврзани со почестата консумација на алкохол (98). Во истражување на Petrelli и сор. спроведено кај вработени во

здравствен сектор биле утврдени највисоки нивоа на консумација на алкохол кај поединците со највисоки нивоа на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата (215).

Значајна корелација помеѓу негативниот став кон работата и фреквенцијата на консумирање алкохол е регистрирана и во студија спроведена кај анестезиолози во нашата земја (99). Во слични студии е откриена поврзаност на синдромот на согорување со зголеменото консумирање алкохол кај стоматолози, хирурзи и вработени во итна помош (93, 214, 216, 217, 218). Досега, добро се истражени штетните последици од прекумерното консумирање алкохол (219).

Анализата направена во актуелното истражување, во поглед на ризичниот животен стил, исто така, откри *сигнификантна слаба позитивна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување - емоционална исцрпеност и негативен став кон работата со просечна употребата на таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата*, односно повисокото ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата кај испитаниците водела до почеста употреба на таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата.

Така, анализата покажа дека испитаниците кај кои е утврдено *присуство на синдром на согорување и високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата* *сигнификантно почесто во текот на неделата* употребувале таблети за спиење и аналгетици во споредба со испитаниците кај кои не е регистриран синдромот на согорување и имаат ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата. Ова секако е во согласност со литературата, употребата на лекови против болки беше откриено како однесување кое е најсилно поврзано со димензиите на синдром на согорување во студија направена кај здравствени работници во седум европски земји. Емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата беше поврзан со зголемената зачестеност на користење нефармацевтски лекови за релаксирање или спиење и лекови против болки кај анестезиолози и други здравствени работници.

Дополнително, испитаниците од актуелното истражување, *кај кои е утврдено присуство на синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, сигнификантно поретко појадувале во текот на неделата*

во споредба со испитаниците кај коишто не е утврдено присуство на синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата.

6.6.2. Променети навики (здравствени однесувања) кај испитаниците за време на пандемијата со КОВИД-19

За време на пандемијата со КОВИД-19, здравствените работници ширум светот пријавија поголеми негативни последици врз менталното здравје во споредба со ситуацијата пред пандемијата (220 – 222). Во систематски прегледи на литературата и мета-анализи беше испитувана распространетоста на ефектите на пандемијата со КОВИД-19 врз менталното здравје кај здравствените работници и беше утврдена здружена преваленца на доживување депресивни симптоми која се движеше од 22% до 33%, симптоми на анксиозност (од 20% до 42%), пост- трауматски симптоми (од 21% до 32%), и несоница (од 39% до 42%) (223-226).

Иако во помал број, направени се и студии кои ги иследуваат промените во здравствените однесувања како последица на пандемијата со КОВИД-19. Така, студија посветена на промените во однесувањето кај општата популација во однос на исхраната за време на пандемија КОВИД-19, открива почесто грицкање и зголемена потрошувачка на храна богата со јаглени хидрати со висока гликемија (227). Во овој контекст, резултатите од истражувањето на Gomes и сор. покажуваат зголемување на телесната тежина кај бразилските уролози, како последица од пандемијата (228). Понатаму, авторите Boucher и сор. наведуваат дека канадските здравствени работници севкупно ги промениле своите здравствени однесувања на полошо споредено со ситуацијата пред пандемијата, при што повеќе од една четвртина јаделе помалку здрава храна (26%), а повеќе од една третина биле помалку физички активни (229).

Во студија на Mojtahedzadeh и сор. спроведена кај здравствени работници од вонболничка дејност, повеќето испитаници не пријавиле никаква промена во здравствените однесувања како последица од пандемијата, додека само некои од нив споменале промени на полошо во однос на исхраната и посочиле дека биле помалку физички активни во тек на пандемијата (211).

Во согласност со литературата се и резултатите од актуелната студија кои покажуваат дека за време на пандемијата со КОВИД - 19, *најголем процент од*

испитаниците ги промениле навиките на полошо во однос на физичката активност и начинот на исхрана и тоа речиси половина од испитаниците од болничка дејност (51.7%) и вонболничка дејност (50.6%), а во помал процент испитаниците од администрација (42.3%).

Понатаму, утврдено е дека најмал процент од испитаниците за време на пандемијата, ги промениле навиките на полошо во однос на консумирање алкохол, при што процентуалната разлика меѓу испитуваните групи е несигнификантна.

Според профилот на испитаниците, *повеќе од половина од докторите специјалисти (58.3%), опитите доктори (54.4%) и здравствените соработници (52.8%), за време на пандемијата со КОВИД-19, ги промениле навиките на полошо во поглед на физичката активност.*

6.6.3. Здравствени проблеми кај здравствените работници

Анализата на здравствените проблеми (главоболки, проблеми со видот, проблеми со слухот, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во горните екстремитети, болки во долните екстремитети, тешкотии со дишењето, проблеми со срцето, болки во стомакот, проблеми со кожата, алергии, целосен замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, раздразливост, намалено расположение, повреди, други тегоби или заболувања) кај испитаниците поделени во групи според дејноста на која припаѓаат, покажа дека со здравствени проблеми не се соочуваат помалку од една петтина од испитаниците од болничка дејност (16.1%), испитаниците од вонболничка дејност (18.9%) и испитаниците од администрација (23.1%).

Понатаму, најголем процент од испитаниците од болничка дејност (87.9%), испитаниците од вонболничка дејност (82.3%) и испитаниците од администрација (78.9%) пријавиле дека претходнонаведените здравствени проблеми ги поврзуваат со својата работа.

Испитаниците од болничка и вонболничка дејност како најчести здравствени проблеми поврзани со работата ги навеле: целосниот замор, стресот, болките во грбот, главоболките и болките во рамениот појас и вратот, а најголем процент од испитаниците од администрација се пожалиле на болки во грбот како последица од работата

Стресот, како здравствен проблем е откриен кај повеќе од половина (54.4%) од

опитните доктори, при што добиените резултати покажаа дека опитните доктори се соочуваат со стрес сигнификантно почесто споредено со останатите иследувани профили.

Дополнително, испитаниците поделени во групи според профилот, ги поврзуваат овие здравствени проблеми со својата работа:

- целосниот замор, стресот, главоболката и болката во рамениот појас и вратот кај општите доктори
- целосниот замор, болките во грбот, болките во рамениот појас и вратот, стресот и намаленото расположение кај докторите специјалисти
- стресот, целосниот замор, болките во грбот и главоболките кај медицинските сестри/техничари
- целосниот замор, стресот, болките во грбот и болките во рамениот појас и вратот кај медицинските сестри/техничари со тригодишни студии
- стресот, целосниот замор, болките во рамениот појас и вратот кај здравствените соработници
- болките во грбот, стресот, болките во рамениот појас и вратот и целосниот заморот кај администрацијата

Добиените резултати од истражувањето се во согласност со литературата - заморот и стресот меѓу здравствените работници е присутен и евидентен. Во извештајот на Австралиската медицинска асоцијација (230) се прикажани резултатите од оценувањето извршено кај вработените во одделите кои се најподложни на ризик од замор, како што е: персоналот на интензивна нега (75%); хирурзите (73%); акушерите и гинеколозите (58%) и лекарите (54%). Во систематските прегледи на литературата беше објавено дека лекарите и специјалистите, рутински работеле долги/нестандардни часови (на пр. смени) (231), а 40% од лекарите кои биле на пракса во САД изјавиле дека работеле повеќе од 80 часа неделно (232). Голема студија на пресек спроведена кај 4.419 австралиски и новозеландски медицински сестри и акушерки покажа дека приближно една третина од медицинските сестри и акушерките работеле 40-49 часа неделно, а 7,5 отсто работеле повеќе од 50 часа неделно (233). Во бројни студии, здравствените работници пријавиле дека се соочиле со стрес, како на пример студии направени во Кина (234), Иран (235) и Обединетото Кралство (236). Во истражување спроведено кај 2.373 американски лекари, речиси 30% од лекарите

пријавиле високо ниво на стрес (237), додека пак над 70% од 11.964 медицински сестри во 2022 година изјавиле дека неодамна доживеале стрес (238). Акутен стрес бил забележан кај 57% лекари, медицински сестри и други здравствени работници во студија на Shechter и сор. спроведена на почетокот на пандемијата со КОВИД-19 (239). Авторите Alleblas и сор. во систематскиот преглед на литературата наведуваат дека различни форми на физички замор се поврзуваат со различни специјалности, па така на пример од 22% до 74% од лапароскопските хирурзи имале мускулно-скелетни тегоби коишто произлегуваат од употребата на лапароскопска опрема (240). Впрочем, студиите покажуваат дека здравствените работници се изложени на поголем ризик од развој мускулно-скелетните нарушувања поврзани со работата и појавата на овие нарушувања се еден од главните здравствени проблеми кај нив, пред сè поради продолжените работни смени, работа со незгодно држење на телото и ракување со материјалите (241). Така на пример, во истражување спроведено во Јапонија беше утврдена преваленца на болки во рамото од 68,1% кај медицинскиот персонал (242). Во тој контекст, исклучително висока преваленца на болки во рамениот појас и вратот беше пријавена кај кинеските здравствени работници вработени во јавните болници, особено кај лекарите и вработените во терцијарните болници (243).

Дополнително, кај здравствениот персонал се забележува и висока преваленца на болки во долниот дел на грбот. Резултатите од систематски преглед на литература покажаа преваленца на болки во долниот дел на грбот од 54,8% кај здравствениот персонал во болниците (244). Во студијата на авторите Akodu и Ashalejo посветена на мускулно-скелетни нарушувања поврзани со работата (WMSDs) и работна способност кај медицински сестри во болничка средина утврдена е најголема инциденца на болки во долниот дел на грбот кај медицинските сестри споредено со здравствените работници други профили (245). Друг чест проблем кај здравствените работници е главоболката. Во студија спроведена од Cristofolini и сор., 37% од здравствените работници пријавиле проблеми со главоболка, при што е утврдено дека висината на емоционална исцрпеност е во позитивна корелација со умерената јачина на главоболките (246). Авторите Salvagioni и сор., во своето истражување наведуваат дека инциденцата на главоболка и мускулно-скелетни болки се појавиле кај 37,31% од лекарите кои доживеале високо ниво на синдром на согорување (247). Karlibel и Aksoy, во студијата направена со цел да се открие врската помеѓу синдромот на согорување,

болките во долниот дел на грбот и вратот кај здравствени работници за време на пандемијата КОВИД-19, детектирале позитивна врска помеѓу болките во долниот дел на грбот и вратот и емоционалната исцрпеност кај здравствените работници, при што утврденото ниво на негативен став кон работата било повисоко кај испитаниците кои имале болки во долниот дел на грбот, споредено со оние кои немале и била забележана поврзаност помеѓу јачината на болката во вратот и димензиите на синдром на согорување (емоционална исцрпеност, негативен став кон работата и недостаток на лични достигнувања) (248).

Аналогно, резултатите од актуелното истражување покажуваат дека кај испитаниците кои имале високо/средно ниво на емоционална исцрпеност во споредба со испитаниците кај кои е утврдено ниско ниво на емоционална исцрпеност сигнификантно се позастапени следните здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, проблеми со видот, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, болки во горните екстремитети, целосен замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, намалено расположение.

Следните здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, целосниот замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, раздразливост, намалено расположение се сигнификантно позастапени кај испитаниците кои имаат високо/средно ниво на негативен став споредено со испитаниците кај кои е утврдено ниско ниво на негативен став кон работата.

Кај испитаниците, пак, кај кои е откриено присуство на синдром на согорување споредено со испитаниците кај кои не е откриено присуство на овој синдром, сигнификантно се позастапени овие здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, проблеми со видот, болки во грбот, болки во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, целосниот замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, раздразливост, намалено расположение.

6.6.4. Поврзаност помеѓу барањата на работното место и животниот стил кај здравствените работници

Во текот на анализата беше направена и проценка на поврзаноста помеѓу барањата на работното место (физички, организациони, емоционални, когнитивни) и животниот стил (протективен и ризичен).

Најпрво, беше откриено дека *повисокото ниво на физички барања на работното место*, односно побрзото темпо на работа, поголемата одговорност за голем број пациенти, недостигот на персонал, недостигот на опрема и материјали за работа, оптоварувањето со административни активности и дополнителни задачи во услови на пандемија со КОВИД-19 кај здравствените работници, води до *почесто консумирање на брза храна, поголем број на испушени цигари во текот на денот, поголем број на испиени кафења, почеста употреба на аналгетици и помало времетраење (должина) на сонот.*

Понатаму, беше утврдено дека *повисокото ниво на организациски барања*, како што се строгата хиерархиска поставеност на претпоставените, лошата комуникација помеѓу одделите, нејасните и двосмислени улоги и работни задачи, честите промени на правилата и прописите во здравствената установа, влијанието на медиумите за лошата слика на здравствените работници од конкретната установа и проблематична комуникација меѓу одделите во услови на пандемија со КОВИД-19 придонесува за *почесто консумирање на брза храна и поголем број денови во неделата кога испитаниците консумирале алкохол, поголем број испиени чаши алкохол кога испитаниците пиеле.*

Дополнително, од добиените резултати, станува јасно дека *повисокото ниво на емоционални барања* т.е. недостигот на соработка со колегите, големата конкуренција помеѓу колегите, проблемите во комуникацијата со пациентите, несоодветното справување со негативните чувства во текот на работата, стравот дека ќе се направи грешка во текот на работата и конфликтот меѓу барањата во домашната и работната средина, несоодветно справување со негативните чувства за време на пандемијата со КОВИД-19, резултира со *помала физичка активност (помал број денови во неделата кога испитаниците вежбале), почеста консумација на брза храна, поголем број испиени чаши алкохол кога испитаниците пиеле и почеста употреба на таблети за спиење и аналгетици.*

На крајот, беше утврдено дека *повисокото ниво на когнитивните барања*, односно недостигот на повратни информации за резултатите од работата, донесувањето одлуки под

временски притисоци, недоволното учество во донесувањето на одлуките, обврската за обучување на нововработените, како и на донесувањето одлуки при недостиг на потребните информации и донесување одлуки под временски притисоци за време на пандемијата со КОВИД-19, води до *почеста консумација на брза храна, поголем број денови во неделата кога испитаниците консумирале алкохол и зголемена фреквенција на употреба на аналгетици.*

Во контекст на добиените резултати од актуелното истражување, врски помеѓу барањата на работното место и здравствените однесувања беа утврдени и во други истражувања направени кај здравствените работници (98, 99). Односите помеѓу барањата на работното место и синдромот на согорување со здравствените однесувања се дел од патолошкиот процес кој влијае на здравјето на работниците. Во рамките на овој процес, високоризичните однесувања се еден од потенцијалните механизми кои го поврзуваат синдромот на согорување со негативните здравствени исходи (249).

7. ЗАКЛУЧОЦИ

Спроведеното истражување кај 415 вработени во здравствени установи во кои се врши болничка односно вонболничка дејност во нашата држава, категоризирани во три групи во зависност од нивните работни задачи во здравствените установи: здравствени работници во болничка дејност, здравствени работници во вонболничка дејност и вработени во здравствените установи кои не се здравствени работници, односно помошно-технички и административен персонал, даде одговори на поставените цели, упатувајќи на низа заклучоци.

- Преку анализа на прашањата коишто се однесуваат на демографските податоци и карактеристиките на работата беа добиени следните заклучоци поврзани со демографските карактеристики на испитаниците и стресогените фактори што водат до појава на стрес поврзан со работата:
 - во однос на демографските карактеристики и карактеристиките на работното место (возраст, вкупен работен стаж, должина на работен стаж на работното место и број на работни часови во текот на неделата), не се утврдени статистички сигнификантни

разлики помеѓу испитуваните групи, што укажува на тоа дека по овие прашања групите се хомогени

- здравствените работници (доктори специјалисти, општи доктори, медицински сестри/техничари, медицински сестри/техничари со три годишни студии) работеле сигнификантно поголем просечен број работни часови во текот на неделата во споредба со здравствените соработници и административните работници
- најголем процент од испитуваните здравствени работници од болничка дејност (општи доктори, доктори специјалисти, медицински сестри/техничари, медицински сестри/техничари со три годишни студии) работеле во ноќна смена, наспроти испитаниците од вонболничка дејност и администрација, односно утврдено е дека работата во ноќна смена е значајно поврзана со дејноста на која припаѓаат испитаниците и нивниот профил
- повеќе од две третини од испитуваните здравствени работници од болничка и вонболничка дејност (доктори специјалисти, општи доктори, медицински сестри/техничари со три годишни студии, медицински сестри/техничари) работеле со пациенти заболени со КОВИД-19, односно дејноста и профилот на испитаниците се значајно поврзани со работата со КОВИД-19 пациенти
- Анализата на прашањата што се однесуваат на идентификување на различните видови барања на работното место (физички, емоционални, организациски и когнитивни) кај испитуваните групи доведе до следните заклучоци:
 - просечната вредност на физичките барања на работното место во вкупниот примерок е значајно поголема во споредба со просечните вредности на сите останати видови барања на работното место, особено кај испитаниците од болничка дејност, кои истовремено се соочуваат со поголеми организациски барања на работа во споредба со испитаниците од вонболничка дејност и администрација
 - просечната вредност на физичките барања кај испитаниците медицински сестри/техничари со три годишни студии и медицински сестри/техничари е сигнификантно повисока во однос на испитаниците административни работници и здравствени соработници, додека пак просечната вредност на организациските, емоционалните и когнитивните барања на работното место е највисока кај општите доктори и докторите специјалисти споредено со останатите профили

- Добиените резултати во однос на прашањата поврзани со ресурсите на работното место (тимска работа, поддршка од страна на претпоставениот и плата) кај испитуваните групи упатуваат на овие заклучоци:
 - највисоки нивоа на ресурси на работното место се утврдени кај испитаниците од болничка дејност, администрацијата е со неутрален став во однос на ресурсите на работното место, а најмало задоволство во поглед на овие ресурси пријавиле испитаниците од вонболничка дејност
 - во зависност од профилот на испитаниците, незадоволство во однос на платата која ја добиваат е идентификувано кај општите доктори, докторите специјалисти, медицинските сестри/техничари и медицински сестри/техничари со три годишни студии
- Утврдените наоди во врска со синдромот на согорување кај испитуваните групи оценет преку неговите две димензии (емоционална исцрпеност и негативен став кон работата) со помош на стандардизираниот прашалник Maslach Burnout Inventory (MBI) водат до следните заклучоци:
 - идентификувано е високо ниво на емоционална исцрпеност и средно ниво на негативен став кон работата кај здравствените работници во вкупниот примерок, особено кај оние од болничка дејност
 - појавата на синдромот на согорување е детектирана во сигнификантно поголем процент од 51.6% кај испитаниците од болничка дејност во споредба со останатите две испитувани групи
 - присуство на синдром на согорување, високо /средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата е утврдено кај најголем процент од испитуваните здравствени работници (доктори специјалисти, општи доктори, медицински сестри/техничари со три годишни студии и медицински сестри/техничари)
 - појавата на синдромот на согорување е детектирана во сигнификантно поголем процент од 26.7% кај медицинските сестри/техничари со тригодишни студии во споредба со останатите профили

- Анализата на добиените резултати за влијанието на демографските карактеристики и карактеристиките на работата врз појава на стрес поврзан со работата и синдром на согорување кај испитуваните групи упатува на следните заклучоци:
 - утврдена е слаба несигнификантна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и демографските карактеристики и карактеристиките на работата (возраст, вкупен работен стаж, работен стаж на сегашно работно место и работни часови во текот на недела)
 - не е идентификувана сигнификантна разлика во висината на емоционална исцрпеност во однос на демографските карактеристики на испитаниците и карактеристиките на нивната работа
 - сигнификантно повисоко ниво на емоционална исцрпеност е утврдено кај испитаниците кои работеле во ноќна смена и оние кои работеле со пациенти заболени со КОВИД-19 во споредба со испитаниците кои не работеле во ноќна смена и со пациенти заболени со КОВИД-19
 - работата во ноќна смена значајно ја зголемува шансата за појава на емоционална исцрпеност кај испитаниците
 - работата со пациенти заболени со КОВИД-19 има значајна негативна предиктивна вредност врз висината на негативен став кон работата кај испитаниците
- Заклучоците коишто произлегоа од анализата за влијанието на барањата и ресурсите на работното место врз појавата на синдром на согорување кај испитуваните групи се следните:
 - сигнификантна позитивна умерено јака корелација е идентификувана помеѓу димензиите на синдромот на согорување и барањата на работното место, што значи дека зголемените барања на работа придонесуваат за појава на синдромот на согорување
 - физичките и емоционалните барања на работното место се значаен предиктор за емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата и значајно ги зголемуваат шансите за развој на синдром на согорување
 - утврдена е сигнификантна умерено слаба негативна корелација помеѓу димензиите на синдромот на согорување и ресурсите на работното место, што укажува дека

- подобрените ресурси можат да помогнат во намалувањето на синдромот на согорување
- просечната оценка на испитуваните ресурси на работното место кај испитаниците кои имаат синдром на согорување, со ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата е сигнификантно поголема во споредба со испитаниците кај кои не е утврден синдром на согорување, со високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата
 - утврдена е значајна негативна предиктивна вредност на ресурсите на работа: плата и поддршка од претпоставените, врз висината на негативниот став кон работата кај испитаниците
 - идентификувана е сигнификантна предиктивна улога на платата за редуцирање на шансата за развој на високо/средно ниво на негативен став кон работата и синдром на согорување
- Проценката на животниот стил и здравствената состојба на испитаниците беше направена со помош стандардизираниот прашалникот Health Behaviours Questionnaire, а добиените резултати упатуваат на следните заклучоци:
 - испитаниците од болничка дејност сигнификантно поретко појадувале, пиеле сигнификантно повеќе кафиња во текот на денот и почесто употребувале аналгетици во текот на неделата споредено со испитаниците од вонболничка дејност и администрација
 - општите доктори сигнификантно поретко појадувале и имале редовен оброк споредено со другите профили и секогаш кога пиеле алкохол, пиеле сигнификантно повеќе чаши, вклучително и кога излегувале, споредено со медицинските сестри/техничари и медицинските сестри/техничари со три годишни студии
 - фреквенцијата на употреба на таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата е сигнификантно почеста кај медицинските сестри/техничари со три годишни студии во споредба со останатите профили
 - најголем дел од испитаниците од болничката и од вонболничката дејност, пред сè голем број доктори специјалисти и општи доктори, за време на пандемијата со КОВИД-19, ги промениле животните навики на полошо, особено во поглед на физичката активност и исхраната

- испитаниците од болничка дејност и вонболничка дејност, како најчести здравствени проблеми поврзани со работата ги навеле: заморот, стресот, болките во грбот, главоболките и болките во рамениот појас и вратот, а најголем процент од испитаниците од администрација се пожалиле на болки во грбот како последица од работата
- Анализата на поврзаноста помеѓу стресогените фактори на работа, синдромот на согорување и веројатноста за појава на ризичен животен стил кај испитаниците доведе до следните заклучоци:
 - идентификувана е сигнификантна слаба негативна корелација помеѓу емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата со честотата/бројот на појадоци во текот на неделата и времетраењето (должина) на сонот во текот на една ноќ
 - утврдена е сигнификантна слаба позитивна корелација помеѓу емоционалната исцрпеност и негативниот став кон работата со бројот на оброци/консумација на брза храна во текот на неделата, бројот на испиени чаши алкохол кога испитаниците консумирале алкохол и фреквенцијата на употреба на таблети за спиење и аналгетици во текот на неделата
 - испитаниците кај кои е детектирано присуството на синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и високо/средно ниво на негативен став кон работата, пиеле сигнификантно повеќе чаши алкохол, консумирале сигнификантно повеќе чаши алкохол кога излегувале, сигнификантно почесто употребувале таблети за спиење и аналгетици и поретко појадувале во текот на неделата, споредено со испитаниците кај кои не е идентификуван синдромот на согорување, со констатирано ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата
 - кај испитаниците кај кои е детектирано присуството на синдром на согорување, високо/средно ниво на емоционална исцрпеност и високо/средно ниво на негативен став кон работата во споредба со испитаниците кај кои не е идентификуван синдромот на согорување, со констатирано ниско ниво на емоционална исцрпеност и негативен став кон работата, сигнификантно се позастапени следните здравствени тегоби поврзани со работата: главоболки, проблеми со видот, болки во грбот, болки

во рамениот појас и вратот, болки во долните екстремитети, болки во горните екстремитети, замор, стрес, проблеми со спиењето, вознемиреност, намалено расположение

- слаби, но статистички значајни корелации се идентификувани помеѓу различните видови барања на работното место (физички, организациски, емоционални и когнитивни) и одредени животни навики, односно со зголемување на барањата на работното место, се зголемува и веројатноста за почесто јадење на брза храна, пушење, консумација на алкохол, како и користење на аналгетици, а од друга страна утврдена е слаба негативна корелација меѓу физичките барања и времетраењето на сонот, како и меѓу емоционалните барања и фреквенцијата на вежбање, што укажува дека со зголемување на овие барања, се намалува времето наменето за спиење и физичка активност
- утврдено е дека физичките барања на работното место имаат позитивна предиктивна вредност за бројот на оброци со брза храна во текот на неделата и бројот на испиени кафиња во текот на денот
- утврдено е дека емоционалните барања имаат позитивна предиктивна вредност за фреквенцијата на употреба на аналгетици и таблети за спиење во текот на неделата и негативна предиктивна вредност за физичката активност кај испитаниците

8. Стратегии и предлог мерки за справување со стресот поврзан со работата, спречување на појавата на синдром на согорување и промоција на здрав животен стил кај здравствените работници

Заклучоците коишто произлегоа од истражувањето укажуваат на бројните предизвици со кои се соочуваат здравствените работници, особено оние во болничка дејност, што секако упатува на потребата за постојано надоградување на стратегиите за справување со стресот и синдромот на согорување со цел подобрување на квалитетот на живот и работа на здравствените работници. Комбинираниот пристап од стратегии на индивидуално и организациско ниво, како и стратегии на национално ниво би овозможил најефикасни начини за справување со стресот поврзан со работата и синдромот на согорување, а истовремено би придонел за подигнување на свесноста кај здравствените

работници за придобивките што произлегуваат од водењето здрав начин на живот. Ваквиот пристап ќе придонесе за развој на култура на здравје и безбедност во работната средина, каде сите членови на организацијата би се чувствуваале вреднувани и поддржани. Поврзувањето на индивидуалните потреби со организациските ресурси и стратегиите на национално ниво може да доведе до подобрување на општата продуктивност, намалување на флукуациите на кадарот и зголемување на севкупното задоволство од работата.

8.1. Стратегии и предлог мерки на индивидуално ниво

Стратегиите на индивидуално ниво, како што се техники за опуштање, управување со времето и вежби за самопомош, треба да придонесат кон подобрување на личните вештини за справување со стресот. Тие се фокусираат на зголемување на самосвеста кај здравствените работници за стресорите и реакциите на стресот, како и подобрување на нивната способност да ги идентификуваат и користат ресурсите со кои располагаат во насока на намалување на негативните ефекти кои се последица од стресот. Техники како редовна физичка активност, медитација и јога, може значително да придонесат кон подобрување на физичкото и психичкото здравје на здравствените работници.

Предлог мерки:

- **Програми за управување со стрес и синдром на согорување**
 - воведување на програми за управување со стрес кои користат когнитивно-бихејвиорални пристапи за намалување на стресните реакции и синдромот на согорување
 - организација и учество на работилници и обуки за развивање на вештини кај здравствените работници за справување со стресот, развивање отпорност и стратегии за управување со времето и приоритетите, како и зголемување на свесноста за влијанието на стресот врз нивното здравје и благосостојба
- **Учество во активности за едукација и промоција на здрав животен стил**
 - организација и учество на семинари, настани и натпревари поврзани со здравјето и здравиот животен стил кај здравствените работници
- **Грижа за менталното здравје**

- психолошки советувања и терапии за здравствените работници кои се соочуваат со стрес, анксиозност или депресија

8.2. Стратегии и предлог мерки на организациско ниво

Стратегиите на организациско ниво, од друга страна, се фокусираат на создавање поддржувачка работна средина што во голема мера им олеснува на здравствените работници да се справат со стресот поврзан со работата и да применуваат практики за здрав животен стил. Ова подразбира создавање политики и методи за воспоставување рамнотежа помеѓу барањата и ресурсите на работното место, како промовирање и поддршка на здрав начин на живот.

Предлог мерки:

- **Промени во организациската структура на здравствените установи**
 - спроведување на промени во организациската структура на здравствените установи со цел да се овозможи подобро распределување на работата, намалување на товарот поврзан со административната работа кај здравствените работници и подобрување на условите на работа
- **Намалување на барањата на работното место**
 - проценка и реформа на работните практики за намалување на физичките и емоционалните барања на работното место
 - воведување флексибилни распореди за работа, ограничување на бројот на ноќни смени, обезбедување доволно време за одмор и опоравување, обезбедување простории за релаксација и рекреација за да се намали ризикот од појава на синдром на согорување
 - рационализација на работните процеси, преку идентификување и минимизирање на непотребните задачи
 - имплементација на ефикасни работни процедури и употреба на технологија со цел зголемување на ефикасноста
- **Подобрување на ресурсите на работното место**
 - обуки и работилници наменети за претпоставените во насока на подобрување на нивните специфични вештини и компетенции (развој и зајакнување на лидерски и

менаџерски способности, усовршување на комуникациски вештини, усвојување вештини за имплементација на тим-билдинг активности, стратегии и техники за решавање конфликти, вештини за развој на култура и менторство каде менторите активно учествуваат во развојот и поддршката на своите вработени, усвојување на систем за редовна повратна информација меѓу претпоставените и вработените)

- обуки и работилници наменети за вработените со цел стекнување вештини за подобрување на комуникацијата, тимската работа, личен развој и ефикасноста на работното место што ќе придонесе за создавање позитивна работна атмосфера, подигање на нивото на тимска работа меѓу различните категории на персонал, поттикнување меѓусебна поддршка и култура на меѓусебно почитување и признавање на придонесот на секој член

- **Програми за промоција на здрав животен стил**

- развој на програми за физичка активност и здрава исхрана во рамките на здравствените установи може да ги охрабри и стимулира здравствените работници да водат здрав начин на живот намалувајќи ги ризиците од хронични болести
- обезбедување едукативни материјали со цел да се зголеми свесноста и да се олесни учеството на вработените во различни активности поврзани со здравите навики, како што се веб-страници, брошури, флаери со кратки практични совети (редовно појадување и вклучување на здрави оброци низ целиот ден, замена на прекумерните количини на кафе со вода или билни чаеви за подобра хидратација, намалување на употребата на аналгетици за да се избегне зависноста од нив, ограничена употребата на таблети за спиење и потрага по алтернативни начини за подобрување на квалитетот на сонот)
- организирање на обуки и работилници кои се фокусираат на промоција на протективен животен стил, нагласувајќи ја важноста на здравата исхрана, редовната физичка активност, квалитетниот сон, избегнување на пушењето и алкохолот, управувањето со стресот и превенцијата на злоупотребата на супстанции
- организирање од страна на здравствените установи рекреативни активности и достапност до здрава храна во болничките кантини или во објекти во близина на болниците

- **Поддршка на менталното здравје кај здравствените работници**

- обезбедување лесен пристап до услугите за ментално здравје

За успешна имплементација на овие мерки, потребна е заедничка соработка меѓу управата на здравствените установи и вработените, со фокус на создавање поддржувачка и здрава работна средина која ги заштитува и се грижи за благосостојбата на сите вработени.

8.3. Стратегии и предлог мерки на национално ниво

На национално ниво, потребни се стратегии што ќе обезбедат долгорочна поддршка и заштита на здравствените работници. Таквите стратегии треба да бидат целосни, вклучувајќи законодавство за регулирање на суштински прашања поврзани со превенцијата на стресот на работа и синдромот на согорување и промоцијата на здрав животен стил кај здравствените работници.

Предлог мерки:

- **Инвестиции во здравството**

- воведување и зголемување на финансиски стимулации за здравствените работници (повисоки плати, додатоци за работа во стресни услови, стимули за посебни достигнувања) со цел зголемување на мотивацијата на персоналот и намалување на негативниот став кон работата и синдромот на согорување
- инвестирање во образованието и обуката на здравствените работници за подобрување на компетентноста и зголемување на ефикасноста на здравствените работници
- нови вработувања на квалификувани кадри што би помогнало во намалување на оптовареноста и работното време на постоечкиот персонал, намалувајќи ги физичките барања на работното место
- инвестирање во модернизација на опремата и подобрување на условите на работа за да се намалат физичките барања и да се зголеми ефикасноста на работа
- имплементирање на стратегии за заштита на работните места од инфекции, особено значајно во периоди на пандемии
- инвестирање во национални програми за ментално здравје кои целат кон превенција и рана интервенција за спречување на појава на синдромот на согорување, развој на

програми за поддршка што нудат психолошка помош, советување и терапевтски услуги за здравствените работници, како и воведување на линии за помош достапни 24/7 за здравствените работници кои се соочуваат со стрес и синдром на согорување

- **Кампањи за промоција на здрав животен стил**

- кампањи за едукација и подигнување на свесноста за важноста на здравиот начин на живот што ќе ги поттикне здравствените работниците на правилна исхрана, редовна физичка активност, квалитетен сон и избегнување на штетни навики како што е пушењето и прекумерната употреба на алкохол и лекови

- **Зајакнување на заедницата и мрежите за поддршка**

- креирање на платформи за комуникација и мрежи каде здравствените работници би можеле да споделуваат искуства, предизвици и стратегии за справување
- поддршка и развој на професионални заедници и асоцијации кои ги застапуваат интересите на здравствените работници
- спроведување национални истражувања за да се проследи благосостојбата на здравствените работници и ефикасноста на спроведените мерки

Спроведувањето на овие стратегии бара заеднички напори и координирана акција од надлежните владини институции, здравствените установи и здравствените работници за создавање одржлив и поддржувачки работен амбиент кој го спречува стресот на работа, синдромот на согорување и поттикнува здрав животен стил.

Конечно, интегрирањето на стратегиите на индивидуално и организациско ниво и стратегиите на национално ниво како сеопфатен пристап за справување со стресот поврзан со работата, синдромот на согорување и поттикнувањето на здрав животен стил е клучно за заштита на здравјето и подобрување на благосостојбата на здравствените работници. Сето ова, не само што ќе придонесе кон унапредување на нивното здравје и благосостојба, туку ќе влијае и на подобрување на квалитетот на здравствените услуги во третманот и здравствената нега што ја обезбедуваат за пациентите.

9. ЛИТЕРАТУРА

1. Karadzinska-Bislimovska J, Vera B, Mijakoski D. et all. Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals' perspective – Macedonian experience. 2013.
2. Lumsden DP. Is the concept of „stress“ of any use, anymore? U: Randall D., ur. Contributions to primary intervention in mental health: Working papers. Toronto; 1981.
3. Hudek-Knežević J, Kardum I. Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2006; str. 13-32
4. Cannon W.B. Stress and strains of homeostasis. Am J Med Sci. 1935; 189:1-14
5. Selye H. A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. 1936;138:32.
6. Lazarus R. S. Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill; 1976.
7. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Sveučilište u Zagreb - Medicinski fakultet. Samobor; A.G. Matoš;1995.
8. Lazarus RS, Folkman S. Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2004.
9. Lovallo WR. Stress and health: Biological and psychological interactions. Newbury Park, CA: Sage; 1997.
10. Караџинска-Бислимовска Ј, Мијалков Б, Груневска В и сор. Специфични професионални ризици кај здравствените работници - инфективни и психосоцијални штетности. Проект бр. 40116101/0. Скопје: Министерство за образование и наука; 2004.
11. Караџинска-Бислимовска Ј (уредник), Минов Ј, Ристеска-Куч С, Мијакоски Д, Столески С. Медицина на трудот. I во издание. Скопје: Универзитет “Св. Кирил и Методиј”; 2011.
12. ILO, Standards-related Activities in the Area of Occupational Safety and Health, in International Labour Conference, 91st Session, Report VI. 2003, International Labour Organization.
13. Juras K, Knežević B, Golubić R, Milošević M, Mustajbegović J. Stres na radu: mjere prepoznavanja, rješenja i prevencija. Sigurnost. 2009; 51(2):121-126.
14. Wressle E, Samuelsson K. High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014; 21, 421–428.
15. National Institute for Occupational Safety and Health USA (NIOSH), Department of Health and Human Services (DHHS). Stress at work, Publication No 99–101.
16. Lazaridis K. Uticaj profesionalnog stresa na povrede na poslu i radnu sposobnost medicinskog osoblja. Doktorska disertacija. Niš; 2016.
17. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision attitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. American Journal of Public Health. 1981; 71(7), 694–705.
18. Karasek RA, Theorell TG, Schwartz J, Pieper C, Alfredsson L. Job, psychological factors and coronary heart disease. Swedish prospective findings and US prevalence findings using a new occupational inference method. Adv Cardiol. 1982;29: 62-7.
19. Knežević B. Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama. Disertacija. Zagreb, 2010.

20. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
21. Ajduković D. Izvori profesionalnog stresa i sagorijevanja pomagača. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 1996.
22. Škrinjar J. Profesionalna opterećenost i sindrom burnout djelatnika u ustanovama za rehabilitaciju osoba s težom mentalnom retardacijom. Disertacija. Zagreb, 1994.
23. Leka S, Griffiths A, Cox T, Institute of Work, Health & Organizations. Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
24. Pavičević L, Bobić J, Stres na radu. U: Šarić M, Žuškin E, ur. Medicina rada i okoliša. Zagreb: Medicinska naklada; 2002, str. 530-37.
25. Lember M. A policy of introducing a new contract and funding system of general practice in Estonia. *Int J Health Plann Manage.* 2002;17(1): 41-53.
26. Knežević T, Odnos profesionalnog i životnog stila zaposlenih i stila upravljanja organizacijom, Doktorska disertacija. Novi Sad, 2016.
27. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues.* 1974; 30:159- 165.
28. Freudenberger HJ. Burnout: The Cost of High Achievement. New York: Anchor Press. 1980.
29. Obrenović J. Burnout sindrom, menadžerska bolest i pojam stresa - kritički osvrt na pojmovni inventar. *Rad, ličnost i društvo.* 2014; 159.944.4:331.08.
30. Milenković SM. Ispitivanje „sindroma sagorevanja na poslu“ anesteziologa zaposlenih u ustanovama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite u Beogradu. Doktorska disertacija. Beograd, 2015.
31. World Health Organization (WHO). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Available at: [Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases \(who.int\)](https://www.who.int/classifications/icd-11/burnout) Accessed: 22 November 2023
32. Canu GI, Marca CS, Dell'Oro F, Balázs A, Bergamaschi E, Besse C, Bianchi R, Bislimovska J, et al. Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scand J Work Environ Health,* 2021. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33258478/> Accessed: 22 November 2023
33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:397-422.
34. Rodrigues H, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018; 13(11): e0206840.
35. Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(6):401-407.
36. Maslach C, Garber RM. Decision making processes in parole hearings. In: Konecni VJ, Ebbesen EB. (Eds.) *The criminal justice system: A social psychological Analysis.* San Francisco: W. H. Freema. 1982; 337-366.
37. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology.* 2007; 22:309-328.
38. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001; 86:499–512.

39. Demerouti E, Bakker A. The Job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2011; 37(2):1–9.
40. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *J Organiz Behav*. 2004; 25:293–315.
41. Sliter M, Yuan Z. ‘Workplace Stress’, *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. Second Edi. Elsevier. 2015; pp. 733–739.
42. Nedic O, Filipovic D, Solak Z. Profesionalni stres i kardiovaskularne bolesti kod zdravstvenih radnika. *Med Pregl*. 2001; 54(9-1 0):423.
43. Stacciarini JMR, Troccoli BT. Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004; 46(5):480-7.
44. Piko B. Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work Stress* 2003; 17(1):93-100.
45. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett We, et al. Stress and suicide in the Nurses' health study. *J Epidemiol Commun Health* 2002; 56(2):95- 8.
46. Finset KB, Gude T, Hem E, Tyssen R, Ekeberg O, Vaglum P. Which young physicians are satisfied with their work prospective nationwide study in Norway. *BMC Medical Education*. 2005; 5: 19.
47. Pejušković B, Lečić–Toševski D, Priebe S, Tošković, O. Burnout syndrome among physicians – the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*. 2011; 23(4):389-95.
48. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* 1998;48(428): 1059-63.
49. Birhanu M, Gebrekidan B, Tesefa G, Tareke M. Workload Determines Workplace Stress among Health Professionals Working in Felege-Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia. *J Environ Res Public Health*. 2018; 2018:6286010.
50. Klikovac T, Šarić Đ, Korać V. Profesionalni stres kod medicinskog osoblja. *Primenjena psihologija*. 2020; Vol. 13(3), 349-369
51. Sveinsdottir H, Biering, P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 43. 2006; 875-89.
52. Nordang K, Hall-Lord ML, Farup PG. Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nursing*. 2010; 9:8.
53. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 2002; 359(9323):2089-90.
54. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*. 2014; 13, 482-488.
55. Innstrand ST, Langballe EM, Espnes GA, Falkum E, Aasland OG. Positive and negative work–family interaction and burnout: A longitudinal study of reciprocal relations. *Work & Stress*. 2008; 22(1):1–15.
56. Kim H, Ji J, Kao D. Burnout and Physical Health among Social Workers: A Three-Year Longitudinal Study. *Social Work*. 2011; 56(3):258–68.

57. Rouleau D, Fournier P, Philibert A, Mbengue B, Dumont A. The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human Resources for Health*. 2012; 10:9.
58. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology*. 2008; 17(6):570-576.
59. Goehring C, Gallacchi MB, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005;135: 101-108.
60. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burnout among French general practitioners. *Presse Médicale*. 2004; 18, 1569–1574.
61. Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australasian Psychiatry*, 2007; 15(5), 417–421.
62. Priebe S, Fakhoury WH, Hoffmann K, Powell T. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40(3):223-32
63. Embracio N, Papazian L, Kenetish–Barnes N, Pochard F, Azoulay, E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*. 2007; 13, 482–488.
64. ORCAB. Improving quality and safety in the hospital: The link between organisational culture, burnout, and quality of care. SEVENTH FRAMEWORK PROGRAMME, THEME [FP7-HEALTH-2009-single-stage], [Theme title: HEALTH-2009-3.1-2, Improve quality and safety of hospital care], Grant agreement No: 242084; 2009.
65. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Stoleski S, et al. Job Demands, burnout, and teamwork in healthcare professionals working in a general hospital that was analysed at two points in time. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018; 6(4): 723-729.
66. Carta MG, Preti A, Portoghese I, et al. Risk for Depression, Burnout and Low Quality of Life Among Personnel of a University Hospital in Italy is a Consequence of the Impact One Economic Crisis in the Welfare System? *Clinical Practice and Epidemiology Mental Health*. 2017; 13, 156–167.
67. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004; 20(3): 261-72.
68. Stordeur S, D'Hoore W. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses, *J Adv Nurs*. 2007; 57(1): 45-58.
69. Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(7): 875-89.
70. Basarovska V, Karadzinska-Bislimovska J, Stoleski S, Mijakoski D. Surgical Nurses, Stress at Work and Burnout Syndrome. In: *GOHNET Special*. Geneva: WHO; 2007.
71. Huang C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 15;395(10223):497-506.

72. Giuseppe MD, Nepa G, Prout TA, Albertini F, et al. Stress, Burnout, and Resilience among Healthcare Workers during the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5258.
73. The Lancet.COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922
74. Trepanovski N, et al. Occupational dermatoses among front-line health care workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020; 84(1): 223–225.
75. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, et al. Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Front Public Health*. 2021;29;9:750529.
76. Gramaglia C, Marangon D, Azzolina D, Guerriero C, Lorenzini L, Probo M, et al. The mental health impact of 2019-nCOVID on healthcare workers from north-eastern piedmont, Italy. *Frontiers in Public Health*. 2021; 9:667379.
77. Бислимовска Караџинска Ј и сор. Job stress in Health Care Workers and COVID-19. Common action and response to the COVID-19 outbreak, regional approach. 17th SEENWH's Meeting-10th June, 2021
78. IASC. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. 2020.
79. Dieset I, Løvhaug L, Selle M, Kolseth A, Smeland OB, Færden A. Lessons learned from a cross-sectional survey among patients and staff in an acute psychiatric unit during an ongoing pandemic outbreak. *Psychiatry Res*. 2021; 298:113779.
80. Sardella A, Lenzo V, Bonanno GA, Martino G, Basile G, Quattropani MC. Dispositional optimism and context sensitivity: Psychological contributors to frailty status among elderly outpatients. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11:621013.
81. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020; 290:113129.
82. Cai W, Lian B, Song X, Hou T, Deng G, Li H. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51:102111.
83. Ness MM, Saylor J, Di Fusco LA, Evans K. Healthcare providers' challenges during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A qualitative approach. *Nursing & Health Sciences*. 2021; 23(2):389-397.
84. Greenberg N. The Psychological impact of the coronavirus pandemic on the UK and essential workers including healthcare staff. IOMSC Webinar 18 June 2020.
85. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Front. Psychol*. 2020; 11:606121.
86. Tan B, Kanneganti A, Lim L, Tan M, Chua YX, Tan L, Sia CH, Denning M, et al. Burnout and associated factors among health care workers in Singapore during the COVID-19 pandemic. *J. Am. Med. Dir. Assoc*. 2020; 21(12): 1751–1758.e5
87. The Lancet. Suicide among health-care workers: time to act. *Lancet*. 2017; 388: 2272–81

88. Brower KJ. Professional stigma of mental health issues: physicians are both the cause and solution. *Acad Med.* 2021; 96:635–40.
89. Kalmoe MC, Chapman MB, Gold JA, Giedinghagen AM. Physician suicide: a call to action. *Mo Med.* 2019; 116:211–6.
90. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2019; 14:e0226361.
91. Мијакоски Д. Синдром на согорување кај различни профили здравствени работници од хируршката дејност. Докторска дисертација. Скопје, 2015.
92. Payne N, Jones F, Harris PR. The impact of job strain on the predictive validity of the theory of planned behaviour: an investigation of exercise and healthy eating. *Br J Health Psychol.* 2005; 10: 115- 131.
93. Moustou I, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Benos A. Burnout predicts health behaviors in ambulance workers. *The Open Occupational Health & Safety Journal* 2010; 2: 16-18.
94. Richards JM, et al. Biological mechanisms underlying the relationship between stress and smoking: state of the science and directions for future work. *Biol Psychol.* 2011; 88(1):1-12.
95. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open.* 2014; 4(12):e006414.
96. Fernandes LS, Nitsche MJT, Godoy I. Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(1):203-214.
97. Xia L, Jiang F, Rakofsky J, et al. Cigarette smoking, health-related behaviors, and burnout among mental health professionals in China: a nationwide survey. *Front Psychiatry.* 2020; 11:706.
98. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health.* 2016;89(7):1059-1075.
99. Mijakoski D, Stoleski S, Bislimovska D, Kochov P, Meshkova I, Markovska Z. Health behaviours and their relationships with job demands and burnout in anaesthesia health workers. *Macedonian Journal of Anaesthesia.* Vol. 5 No 1, March 2021.
100. Zhu DQ, Norman IJ, While AE. The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their management practices: a systematic review. *Obes Rev.* 2011; 12: 459-469.
101. Lobelo F, Duperly J, Frank E: Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. *Br J Sports Med.* 2009; 43: 89-92.
102. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, the PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-county literature review. *Br J Gen Pract.* 2009; 59 (566): 682-690.
103. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (1997) ENWHP (2007). Available at: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf Accessed: January 20, 2024

104. Van Wyk B, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 2010: CD003541.
105. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2012; 21: 2247-61.
106. Conn VS et al. Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med.* 2009; 37: 330–9.
107. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA* 2009; 302: 1338–40.
108. Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M, Oakley A. A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occup Med.* 1999; 49, 540-548.
109. Mittal TK, et al. A cross sectional survey of cardiovascular health and lifestyle habits of hospital staff in United Kingdom – do we look after ourselves? *Eur J Prev Cardiol.* 2017; 25(5):204748731774632.
110. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016; 388:2272–81.
111. Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia.* 2020; 75:1364–71.
112. Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A. Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health,* 2006; 22: 203-212.
113. WHO. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization, 2021. Available at: Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic (who.int). Accessed: January 20, 2024
114. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and ‘universal’ health coverage? *BMJ Global Health.* 2022;7:e009316.
115. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care.* 2015. 24(5):412-20.
116. Huetsch M, Green J. Responding to emotional stress in pediatric hospitals: Results from a national survey of chief nursing officers. *J Nurs Adm.* 2016; 46(7-8):385-392.
117. Kazmi R, Amjad S, Khan D. Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad. *J Ayub Med Coll, Abbottabad: JAMC.* 2008; 20(3):135-139
118. Fahrenkopf AM, Sectish, TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al. Rates of Medication Errors among Depressed and Burnt out Residents: Prospective Cohort Study. *BMJ.* 2008; 336(7642):488-91
119. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juarez-Perez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med (Lond).* 2009; 59(1):8-13.
120. Hall LH., Johnson J, Watt I, Tsipa A, O’Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS One.* 2016; 11(7), 1–12.

121. Thapa DR., Stengård J, Ekström-Bergström A, et al. Job demands, job resources, and health outcomes among nursing professionals in private and public healthcare sectors in Sweden – a prospective study. *BMC Nurs.* 2022; 21, 140.
122. ICN. COVID-19 Update: Mass trauma experienced by the global nursing workforce. Geneva;2021. Available at: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>. Accessed: March 15, 2024
123. Gómez-Salgado J, Navarro-Abal Y, López-López MJ, Romero-Martín M, Climent-Rodríguez JA. Engagement, Passion and Meaning of Work as Modulating Variables in Nursing: A Theoretical Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(1):108.
124. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change. *Br Med Bull.* 2019;130(1):25–37.
125. Cappelen Å, Gjefsen H, Gjelsvik M, Holm I, Stølen NM. Forecasting demand and supply of labour by education. 2013. Available at: https://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/artikler-og-ublikasjoner/_attachment/144096?ts=141cb387d78 Accessed: March 15, 2024
126. Zeytinoglu I, Denton M, Davies S. Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earning and stress. *Health Policy.* 2006; 79(1), 57–72.
127. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Milosevic M, Mustajbegovic J, Stoleski S, Minov J. Differences in burnout, work demands and team work between Croatian and Macedonian hospital nurses. *Cognition, Brain, Behavior.* 2015; 19: 179-200.
128. Hämmig O, Vetsch A. Stress-Buffering and Health-Protective Effect of Job Autonomy, Good Working Climate, and Social Support at Work Among Health Care Workers in Switzerland. *J Occup Environ Med.* 2021;63(12):e918-e924.
129. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Montgomery A, Panagopoulou E, Stoleski S, Minov J. Burnout, Engagement, and Organizational Culture: Differences between Physicians and Nurses. *Open Access Maced J Med Sci.* 2015 Sep 15;3(3):506-13.
130. Mijakoski D, Karadzinska-Bislimovska J, Basarovska V, Minov J, Stoleski S, Angeleska N, Atanasovska A. Work demands-burnout and job engagement-job satisfaction relationships: teamwork as a mediator and moderator. *Maced J Med Sci.* 2015;3(1):176-83
131. Scarnati JT. On becoming a team player. *Team Performance Management: An International Journal.* 2001;7(1/2):5–10.
132. Harris PR, Harris KG. Managing effectively through teams. *Team Performance Management: An International Journal.* 1996;2(3):23–36.
133. O'Mahony N. Nurse burnout and the working environment. *Emergency Nurse.* 2011;19(5):30–7.
134. Vilà Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, et al. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria [Burnout and teamwork in primary care teams]. *Aten Primaria.* 2015;47(1):25-31.
135. Ismail A, Nor SM, Yahya Z, Zahar UAU, Ismail Y, Ainon, JAS. Social support in job performance as an antecedent of work intrusion on family conflict: Empirical evidence. *Management.* 2013;18 (2), 37-55.

136. Goussinsky R, Livne Y. Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support. *J Nurs Manag.* (2016) 24:1109–18. 10.1111/jonm.12415
137. Karasek R.A., Theorell T. Basic Books; New York (NY): 1990. Healthy work: stress productivity, and the reconstruction of working life.
138. Major DA, Turner JE, Fletcher TD. Linking proactive personality and the Big Five to motivation to learn and development activity. *J Appl Psychol.* 2006;91(4):927-35.
139. Bhatti MA, Hussain MS, Al Doghan MA. The role of personal and job resources in boosting nurses' work engagement and performance. *Global Business and Organizational Excellence.* 2017; 37(2), 32–40.
140. Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gómez-Urquiza JL, Ramírez-Baena L, et al. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science.* 2020;17(1):e12269. 10.1111/jjns.12269.
141. Gleason F, Malone E, Wood L, et al. The job demands-resources model as a framework to identify factors associated with burnout in surgical residents. *J Surg Res.* 2020; 247:121–127.
142. Zhou T, Xu C, Wang C, Sha S, Wang Z, Zhou Y, Zhang X, et al. Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: a perspective from the job demands-resources model. *BMC Health Serv Res.* 2022 Mar 2;22(1):284.
143. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal.* 2012;16(3):423–52.
144. Hämmig O. Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1):785.
145. Hämmig O, Brauchli R, Bauer GF. Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2012; 142:w13577.
146. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017;17(1):264.
147. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Port.* 2016;29(1):24–30.
148. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, Martins V, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1885.
149. Chirico F, Nucera G. Tribute to healthcare operators threatened by COVID-19 pandemic. *J Health Soc Sci.* 2020;5(2):165–168.
150. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, et al. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(9):22. 1479. doi:10.3390/ijerph16091479

151. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Health C.* 2011;23(4):357–364. 10.1093/intqhc/mzr022
152. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout among physicians. a systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131–1150.
153. Afulani PA, Nutor JJ, Agbadi P, Gyamerah AO, Musana J, Aborigo RA, et al. Job satisfaction among healthcare workers in Ghana and Kenya during the COVID-19 pandemic: Role of perceived preparedness, stress, and burnout. *PLOS Glob Public Health.* 2021;1(10):e0000022.
154. Cubero DI, Fumis RR, de Sa TH, Dettino A, Costa FO, Van Eyll BM, et al. Burnout in medical oncology fellows: a prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *J Cancer Educ.* 2016;31(3): 582-7.
155. Lo D, Wu F, Chan M, Chu R, Li D. A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. *Asia Pac Fam Med.* 2018;17:3
156. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):491
157. Dubale BW, Friedman LE, Chemali Z, Denninger JW, Mehta DH, et al. Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1247.
158. Hussenoeder F.S, Bodendieck E, Jung F, et al. Comparing burnout and work-life balance among specialists in internal medicine: the role of inpatient vs. outpatient workplace. *J Occup Med Toxicol.* 2021;16, 5.
159. Bohle A, Baumgartel M, Gotz ML, Muller EH, Jocham D. Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol.* 2001;165(4):1158–61.
160. Grace M.K, VanHeuvelen J.S. Occupational variation in burnout among medical staff: Evidence for the stress of higher status. *Soc. Sci. Med.* 2019, 232, 199–208.
161. Chen Z, Leng J, Pang Y, He Y, Heng F, Tang, L. Demographic, occupational, and societal features associated with burnout among medical oncology staff members: Cross-sectional results of a Cancer Center in Beijing, China. *Psychooncology* 2019, 28, 2365–2373.
162. Gosseries O, Demertzi A, Ledoux D, Bruno MA, Vanhaudenhuyse A, et al. Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Inj.* 2012, 26, 1493–1499.
163. Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Mędrzycka-Dąbrowska W, Książek J. Areas of Work Life as Predictors of Occupational Burnout of Nurses and Doctors in Operating Theaters in Poland-Multicenter Studies. *Healthcare.* 2021; 10, 26.
164. Marques M.M, Alves E, Queirós C, Norton P, Henriques A. The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occup. Med.* 2018; 68, 207–210.
165. Dyrbye L.N, Shanafelt T.D, Johnson P.O. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nurs.* 2019; 18, 57.

166. Hu Z, Wang H, Xie J, Zhang J, Li H, Liu S, Li Q, Yang Y, Huang Y. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China-A national cross-sectional study. *J. Crit. Care.* 2021; 62, 265–270.
167. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher M.L, Marzilli C, Liu Y. Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Nurs. Sch.* 2020; 52, 623–633.
168. Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 2017 Jul;22(3):273-285.
169. Hobfoll S. E. Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology.* 2002; 6, 307–324
170. Van der Heijden B, Brown Mahoney C, Xu Y. Impact of Job Demands and Resources on Nurses' Burnout and Occupational Turnover Intention Towards an Age-Moderated Mediation Model for the Nursing Profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019; 16(11):2011.
171. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occup Med (Lond).* 2003 Mar;53(2):103-8.
172. Puttonen S, Härmä M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease - pathways from circadian stress to morbidity. *Scand J Work Environ Health.* 2010 Mar;36(2):96-108.
173. Moreno CRC, Marqueze EC, Sargent C, Wright Jr KP, Ferguson SA, Tucker P. WorkingTime Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work on physical and mental health. *Ind Health.* 2019 Apr 1;57(2):139-157.
174. Mijakoski D, Atanasovska A, Bislimovska D, Brborović H, Brborović O, Cvjeanov Kezunović L, Milošević M, Minov J, Önal B, Pranjić N, Rapas L, Stoleski S, Vangelova K, Žaja R, Bulat P, Milovanović A, Karadžinska-Bislimovska J. Associations of burnout with job demands/resources during the pandemic in health workers from Southeast European countries. *Front Psychol.* 2023;14:1258226.
175. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Aug 9;26:e3022.
176. Cheng WJ, Cheng Y. Night shift and rotating shift in association with sleep problems, burnout and minor mental disorder in male and female employees. *Occup Environ Med.* 2017 Jul;74(7):483-488. doi: 10.1136/oemed-2016-103898. Epub 2016 Nov 3.
177. Williams RD, Brundage JA, Williams EB. Moral Injury in Times of COVID-19. *J Health Serv Psychol* 2020:1–5. 10.1007/s42843-020-00011-4
178. Alderwick H, Dunn P, Dixon J. England's health policy response to covid-19. *Bmj* 2020;369:m1937. 10.1136/bmj.m1937
179. Denning M, Goh ET, Tan B, et al. 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.* 2021 ;16(4):e0238666.
180. Wójcik G, Wontorczyk A, Barańska I. Job Demands, Resources and Burnout Among Polish Nurses During the Late Wave of COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Emotional Labor. *Front Psychiatry.* 2022 Jul 8;13:931391.
181. Burghi G, Lambert J, Chaize M, et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med.* 2014; 40(11): 1785-1786.

182. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Healthcare*. 2001;10(II):ii26–ii31.
183. Bertone MP, Witter S. The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives. *Hum Resour Health*. 2015;13:62.
184. Hämmig O. Health and well-being at work: The key role of supervisor support. *SSM Popul Health*. 2017 Apr 9;3:393-402. doi: 10.1016/j.ssmph.2017.04.002. PMID: 29349232; PMCID: PMC5769068.
185. Heyns MM, McCallaghan S, de Wet EH. The role of supervisor support and basic psychological needs in predicting work engagement, burnout and turnover intentions in a medical contract research service setting. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(6):2981-2988.
186. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med*. 2001;174(1):13-8.
187. Hakanen JJ, Bakker AB, Schaufeli WB. Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*. 2006; 43, 495–513.
188. O'Donoghue G, Cunningham C, Murphy F, Woods C, Aagaard-Hansen J: Assessment and management of risk factors for the prevention of lifestyle-related needs of primary care physiotherapists in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*. 2014, 100 (2): 116-122.
189. Whitehead D: Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *J Clin Nurs*. 2005, 14 (1): 20-27.
190. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Pineiro R, Pullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchark J, EUROPREV network: Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005, 40 (5): 595-601.
191. Johansson H, Stenlund H, Lundstrom L, Weinehall L: Reorientation to more health promotion in health services: a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc*. 2010; 3: 213-224.
192. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR: Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009; 10: 59-10.
193. Chiou ST, Chiang JH, Huang N. et al. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better?. *BMC Health Serv Res*. 2014;14, 474.
194. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblishauser M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nurs Res Pract*. 2016;5843256. doi: 10.1155/2016/5843256. Epub 2016 Nov 1.
195. Kunyahamu MS, Daud A, Jusoh N. Obesity among health-care workers: which occupations are at higher risk of being obese? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4381.
196. Barrington WE, Beresford SA, McGregor BA, White E. Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(11):1791–9.

197. Guo X, Gong S, Chen Y, Hou X, Sun T, Wen J, Wang Z, He J, Sun X, Wang S, et al. Lifestyle behaviors and stress are risk factors for overweight and obesity in healthcare workers: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2023 Sep 14;23(1):1791.
198. Han K, Trinkoff A.M., Storr C.L, Geiger-Brown J, Johnson K.L, Park S. Comparison of Job Stress and Obesity in Nurses With Favorable and Unfavorable Work Schedules. *J. Occup. Environ. Med*. 2012, 54, 928–932
199. Glaser J, Höge T. Problems and solutions in nursing from the perspective of occupational and health sciences; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund, Germany, 2005.
200. Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL. The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *J Sleep Res*. 2018;27(6):e12710.
201. Al Maqbali M., Al Sinani M., Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J. Psychosom. Res*. 2021;141:110343.
202. Lin S.-H, Liao W.-C, Chen M.-Y, Fan J.-Y. The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *J. Nurs. Manag*. 2014;22:604–612.
203. Zverev Y.P, Misiri H.E. Perceived effects of rotating shift work on nurses' sleep quality and duration. *Malawi Med. J*. 2009;21:19–21.
204. Utter J, McCray S, Denny S. Eating Behaviours Among Healthcare Workers and Their Relationships With Work-Related Burnout. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2023;0(0).
205. Zapka J.M, Lemon S.C, Magner R.P, Hale J. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *J. Nurs. Manag*. 2009;17:853–860.
206. Heath G, Dorrian J, Coates A. Associations between shift type, sleep, mood, and diet in a group of shift working nurses. *Scand. J. Work Environ. Health*. 2019;45:402–412.
207. King K.A, Vidourek R, Schwiebert M. Disordered eating and job stress among nurses. *J. Nurs. Manag*. 2009;17:861–869.
208. Mojtahedzadeh N, Rohwer E, Neumann FA, Nienhaus A, Augustin M, et al. The Health Behaviour of German Outpatient Caregivers in Relation to Their Working Conditions: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5942.
209. Kyle RG, Neall RA, Atherton IM. Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: a cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:126–33.
210. Mojtahedzadeh N, Neumann FA, Rohwer E, et al. The health behaviour of german outpatient caregivers in relation to the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8213.
211. Lazzeri G, Ferretti F, Pozza A, et al. The Workplace Health Promotion (WHP) programme in an Italian University Hospital. *J Prev Med Hyg*. 2019;60(3):E243–9.
212. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1114.
213. De Wet T, Kruger WH, Joubert G. Obesity and sickness absenteeism among health workers in a private hospital in South Africa. *S Afr Fam Pract (2004)*. 2022;64(1):e1e8.

214. Gorter RC, Jacobs BL, Allard RH. Burn-out and engagement among oral surgeons. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117 (1): 41-16.
215. Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyen C, Grappasonni I. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomed.* 2018;90(1):24-30.
216. Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of South Australian general dental practitioners. *Aust Dent J.* 2003; 48:102-109.
217. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996; 3: 1156-1164.
218. Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg.* 2012; 147: 168-174
219. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2005;365(9458):519-30.
220. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services.* 2004;55(9):1055–1057.
221. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2007;44(6):991–998.
222. Ménard AD, Soucie K, Freeman LA, Ralph JL. “My problems aren't severe enough to seek help”: Stress levels and use of mental health supports by Canadian hospital employees during the COVID-19 pandemic. *Health Policy.* 2022;126(2):106–111.
223. Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, Laborda M, Herrero J, Blanco J, González-Torres M. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2022;65(1):e10.
224. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 5;17(23):9096.
225. Johns G, Samuel V, Freemantle L, Lewis J, Waddington L. The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the covid-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022;298(PtA):431–441.
226. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901–907.
227. Zupo R, Castellana F, Sardone R, Sila A, Giagulli V.A, Triggiani V, et al. Preliminary Trajectories in Dietary Behaviors during the COVID-19 Pandemic: A Public Health Call to Action to Face Obesity. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17:7073.
228. Gomes C.M., Favorito L.A., Henriques J.V.T., Canalini A.F., Anzolch K.M.J., Fernandes R.d.C., Bellucci C.H.S., Silva C.S., Wroclawski M.L., Pompeo A.C.L., et al. Impact of COVID-19 on clinical practice, income, health and lifestyle behavior of Brazilian urologists. *Int. Braz J. Urol.* 2020;46:1042–1071.

229. Boucher VG, Haight BL, Léger C, Deslauriers F, Bacon SL, Lavoie KL, Puterman EM; iCARE study team. Canadian healthcare workers' mental health and health behaviours during the COVID-19 pandemic: results from nine representative samples between April 2020 and February 2022. *Can J Public Health*. 2023;114(5):823-839.
230. AMA. Managing the risks of fatigue in the medical workforce: 2016 AMA Safe Hours Audit. Canberra: Australian Medical Association, 2017 July.
231. Sturm L, Dawson D, Vaughan R, Hewett P, Hill AG, Graham JC, et al. Effects of fatigue on surgeon performance and surgical outcomes: A systematic review. *ANZ J Surg*. 2011;81(7-8):502-9
232. Gates M, Wingert A, Featherstone R, Samuels C, Simon C, Dyson MP. Impact of fatigue and insufficient sleep on physician and patient outcomes: A systematic review. *BMJ open*. 2018;8(9):e021967.
233. Schluter PJ, Turner C, Benefer C. Long working hours and alcohol risk among Australian and New Zealand nurses and midwives: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(6):701-9.
234. Liu Q, Luo D, Haase J.E, Guo Q., Wang X.Q, Liu S, Xia L, Liu Z, Yang J, Yang B.X.. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*. 2020;8(6), e790–e798.
235. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):489.
236. Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *J Interprof Care*. 2020;34(5):655-661.
237. Linzer M., Stillman M., Brown R., Taylor S., Nankivil N., Poplau S., Goelz E., Sinsky C. & American Medical Association–Hennepin Healthcare System Coping With COVID Investigators. Preliminary report: US physician stress during the early days of the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clinic Proceedings. Innovations, Quality & Outcomes*. 2021;5(1), 127–136.
238. American Nurses Foundation. COVID-19 impact assessment survey—The second year. American Nurses Association Enterprise. 2022. Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/disaster-preparedness/coronavirus/what-you-need-to-know/covid-19-impact-assessment-survey—the-second-year/> Accessed: 22 November 2023
239. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*. 2020;66,1–8.
240. Alleblas CCJ, de Man AM, van den Haak L, Vierhout ME, Jansen FW, Nieboer TE. Prevalence of musculoskeletal disorders among surgeons performing minimally invasive surgery: A systematic review. *Ann Surg*. 2017;266(6):905-20.
241. Almogbil IH, Alrashidi LR, Alhajlah RS, Alqasim AK, Alharbi NS, et al. Prevalence of Shoulder and Neck Pain Among Healthcare Workers in the Central Region of Saudi

- Arabia. *Cureus*. 2023 Jul 22;15(7):e42286. doi: 10.7759/cureus.42286. PMID: 37609082; PMCID: PMC10440718.
242. Iizuka Y, Shinozaki T, Kobayashi T, et al. Characteristics of neck and shoulder pain (called katakori in Japanese) among members of the nursing staff. *J Orthop Sci*. 2012; 17:46-50.
243. Dong H, Zhang Q, Liu G, Shao T. Prevalence of neck/shoulder pain among public hospital workers in China and its associated factors: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2020 Jul 23;10(1):12311. doi: 10.1038/s41598-020-69382-4. PMID: 32704050; PMCID: PMC7378822.
244. Rezaei B, Mousavi E, Heshmati B, Asadi S. Low back pain and its related risk factors in health care providers at hospitals: A systematic review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;70:102903.
245. Akodu AK., Ashalejo ZO. Work-related musculoskeletal disorders and work ability among hospital nurses. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2019;14(3):252–261.
246. Cristofolini A, Dalla Serra P, Scherillo G, Orrico D, Micciolo R. The prevalence of headache in a population of health care workers and the effects on productivity costs. *La Medicina del lavoro*. 2008;99(1):8–15.
247. Salvagioni D, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*. 2017;12(10):e0185781.
248. Karlibel IA, Aksoy MK. The relationship between burnout syndrome and low back pain, neck pain and mood status in hospital workers in the COVID-19 pandemic. *The European Research Journal*. 2022;8(2):191-201.
249. Melamed S, Shirom A, Toker S, et al. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol B*. 2006; 132: 327-353.

-ПРИЛОГ

ТАБЕЛИ

Табела 1а. Tukey HSD тест

профил	возраст					
	{1} M=35.333	{2} M=46.563	{3} M=38.361	{4} M=43.087	{5} M=43.000	{6} M=40.431
доктор {1}		0.000021	0.548855	0.000131	0.001992	0.068583
октор специјалист {2}	0.000021		0.000258	0.407372	0.536439	0.021616
мед.сестра/техниар {3}	0.548855	0.000258		0.027944	0.125540	0.826241
мед.сестра/техночар со ВСС {4}	0.000131	0.407372	0.027944		1.000000	0.568425
администрација {5}	0.001992	0.536439	0.125540	1.000000		0.760944
здравствени соработници {6}	0.068583	0.021616	0.826241	0.568425	0.760944	

Табела 1б. Tukey HSD тест

профил	Tukey HSD test; Колкав е Вашиот вкупен работен стаж? Marked differences are significant at p < .05000					
	{1} M=8.5719	{2} M=18.573	{3} M=14.020	{4} M=19.752	{5} M=16.788	{6} M=14.285
доктор {1}		0.000031	0.026841	0.000020	0.000507	0.022760
октор специјалист {2}	0.000031		0.147211	0.986910	0.955538	0.226662
мед.сестра/техниар {3}	0.026841	0.147211		0.002397	0.656278	0.999986
мед.сестра/техночар со ВСС {4}	0.000020	0.986910	0.002397		0.542644	0.007696
администрација {5}	0.000507	0.955538	0.656278	0.542644		0.768694
здравствени соработници {6}	0.022760	0.226662	0.999986	0.007696	0.768694	

Табела 2. Поврзаност помеѓу барањата на работното место (физички, организациони, емоционални, когнитивни), животниот стил (протективен и ризичен) и употреба на таблети (за спиење и аналгетици), вкупен работен стаж, работен стаж на оддел и број на работни часови во текот на работната недела

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1 вк.стаж	1.0000	.7883	-.0397	-.0027	.1083	-.2324	-.0261	-.0081	.1905	-.0735	-.0245	-.0105	-.2439	-.0258	-.0297	-.1200	-.2021	-.1374	-.1045	-.0976	-.0344	-.1059	-.0526
	p=...	p=0.00	p=.423	p=.956	p=.028	p=.000	p=.598	p=.870	p=.000	p=.137	p=.621	p=.832	p=.000	p=.602	p=.548	p=.015	p=.000	p=.000	p=.034	p=.048	p=.487	p=.032	p=.287
2 стаж на оддел	-.7883	1.0000	-.0771	-.0101	-.1201	-.1906	-.0202	-.0392	-.1483	-.0413	-.0076	-.0147	-.1881	-.0063	-.0443	-.0964	-.1435	-.0765	-.0567	-.0746	-.0029	-.0738	-.0478
	p=0.00	p=...	p=.119	p=.839	p=.015	p=.000	p=.683	p=.428	p=.003	p=.403	p=.878	p=.766	p=.000	p=.898	p=.371	p=.051	p=.004	p=.121	p=.252	p=.131	p=.953	p=.135	p=.333
3.часови раб.недела	-.0397	-.0771	1.0000	-.0829	-.0085	-.0789	-.0690	-.1974	-.1152	-.0200	-.0205	-.0738	-.0370	-.0757	-.0819	-.0444	-.0390	-.0293	-.0121	-.1691	-.1529	-.0604	-.1044
	p=.423	p=.119	p=...	p=.093	p=.864	p=.110	p=.163	p=.000	p=.020	p=.686	p=.679	p=.135	p=.455	p=.126	p=.097	p=.370	p=.430	p=.554	p=.804	p=.000	p=.000	p=.222	p=.034
4 колку пати појадувате	-.0027	-.0101	-.0829	1.0000	-.2564	-.0115	-.1506	-.1465	-.1156	-.0855	-.0378	-.0144	-.0130	-.0366	-.0208	-.0174	-.0007	-.0319	-.0413	-.0801	-.0581	-.0776	-.0409
	p=.956	p=.839	p=.093	p=...	p=.000	p=.817	p=.000	p=.000	p=.019	p=.083	p=.445	p=.772	p=.793	p=.459	p=.674	p=.725	p=.989	p=.519	p=.404	p=.105	p=.240	p=.116	p=.408
5 колку редовен оброк	-.1083	-.1201	-.0085	-.2564	1.0000	-.1083	-.1006	-.0635	-.0482	-.1269	-.0614	-.0725	-.0705	-.0895	-.0443	-.0755	-.0025	-.0176	-.1012	-.0804	-.0540	-.0485	-.0043

	p=.02 8	p=.01 5	p=.86 4	p=.00 0	p=---	p=.02 8	p=.04 2	p=.19 9	p=.33 0	p=.01 0	p=.21 4	p=.14 2	p=.15 3	p=.07 0	p=.37 0	p=.12 6	p=.95 9	p=.72 1	p=.04 0	p=.10 4	p=.27 4	p=.32 6	p=.93 1	
6 колку брза храна	-	.2324	.1906	-.0789	-.0115	-.1083	-.1000	-.0950	-.1540	-.0270	-.0842	-.1721	.0098	-.0502	-.1082	.0009	-.0581	-.0340	-.0288	-.2094	-.1860	-.1594	-.1781	-.1056
	p=.00 0	p=.00 0	p=.11 0	p=.81 7	p=.02 8	p=---	p=.05 4	p=.00 2	p=.58 5	p=.08 8	p=.00 0	p=.84 3	p=.31 0	p=.02 8	p=.98 5	p=.24 0	p=.49 1	p=.56 1	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 1	p=.00 0	p=.03 2	
7 колку часа/сон	-.0261	-.0202	-.0690	-.1506	-.1006	-.0950	-.1000	-.0561	-.0800	-.0399	-.0638	-.0266	-.1248	-.1441	-.0443	-.0742	-.0228	-.0945	-.1429	-.1323	-.0661	-.0140	-.0484	
	p=.59 8	p=.68 3	p=.16 3	p=.00 2	p=.04 2	p=.05 4	p=---	p=.25 6	p=.10 5	p=.41 9	p=.19 7	p=.59 1	p=.01 1	p=.00 3	p=.37 0	p=.13 3	p=.64 5	p=.05 6	p=.00 4	p=.00 7	p=.18 1	p=.77 7	p=.32 8	
8 колку цигари дневно	-.0081	-.0392	-.1974	-.1465	-.0635	-.1540	-.0561	-.1000	-.7500	-.0407	-.2158	-.0788	-.1412	-.2287	-.0595	-.0527	-.0523	-.0488	-.1000	-.0978	-.0295	-.0117	-.0194	
	p=.87 0	p=.42 8	p=.00 0	p=.00 3	p=.19 9	p=.00 2	p=.25 6	p=---	p=.00 0	p=.41 0	p=.00 0	p=.11 1	p=.00 4	p=.00 0	p=.22 9	p=.28 6	p=.29 0	p=.32 4	p=.04 3	p=.04 7	p=.55 1	p=.81 4	p=.69 5	
9 пушење години	-.1905	-.1483	-.1152	-.1156	-.0482	-.0270	-.0800	-.7500	-.1000	-.0339	-.1811	-.1149	-.0202	-.1089	-.0404	-.0051	-.0240	-.0901	-.0942	-.0989	-.0329	-.0263	-.0712	
	p=.00 3	p=.00 0	p=.02 0	p=.01 9	p=.33 0	p=.58 5	p=.10 0	p=.00 0	p=---	p=.49 3	p=.00 0	p=.02 2	p=.68 7	p=.02 7	p=.41 4	p=.91 8	p=.62 7	p=.06 8	p=.05 6	p=.04 5	p=.50 5	p=.59 6	p=.15 0	
10 вежбање неделно	-.0735	-.0413	-.0200	-.0855	-.1269	-.0842	-.0399	-.0407	-.0339	-.1000	-.0358	-.1071	-.1003	-.0391	-.0364	-.0579	-.0823	-.0222	-.1058	-.0263	-.0366	-.1075	-.0011	
	p=.13 7	p=.40 3	p=.68 6	p=.08 3	p=.01 0	p=.08 8	p=.41 9	p=.08 8	p=.49 3	p=---	p=.46 9	p=.03 0	p=.04 2	p=.42 9	p=.46 1	p=.24 1	p=.09 6	p=.65 3	p=.03 2	p=.59 5	p=.46 0	p=.02 9	p=.98 2	
11 колку кафиња	-.0245	-.0076	-.0205	-.0378	-.0614	-.1721	-.0638	-.2158	-.1811	-.0358	-.1000	-.0500	-.0679	-.0168	-.0264	-.0323	-.0746	-.0211	-.0622	-.1264	-.0110	-.0562	-.0339	
	p=.62 1	p=.87 8	p=.67 9	p=.44 5	p=.21 4	p=.00 0	p=.19 7	p=.00 0	p=.00 0	p=.46 9	p=---	p=.31 2	p=.16 9	p=.73 4	p=.59 3	p=.51 3	p=.13 1	p=.67 0	p=.20 8	p=.01 0	p=.82 4	p=.25 6	p=.49 3	
12 колку алкохол	-.0105	-.0147	-.0738	-.0144	-.0725	-.0098	-.0266	-.0788	-.1149	-.1071	-.0500	-.1000	-.5301	-.2109	-.4940	-.3438	-.4556	-.0033	-.1133	-.0272	-.1105	-.1042	-.0865	
	p=.83 2	p=.76 6	p=.13 5	p=.77 2	p=.14 2	p=.84 3	p=.59 1	p=.11 1	p=.02 0	p=.03 0	p=.31 2	p=---	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=.94 8	p=.02 2	p=.58 3	p=.02 5	p=.03 5	p=.08 0	
13 просек чаши	-.2439	-.1881	-.0370	-.0130	-.0705	-.0502	-.1248	-.1412	-.0202	-.1003	-.0679	-.5301	-.1000	-.3375	-.4505	-.4745	-.7144	-.0114	-.0588	-.0922	-.1895	-.2257	-.1428	
	p=.00 0	p=.00 0	p=.45 5	p=.79 3	p=.15 3	p=.31 0	p=.01 1	p=.00 4	p=.68 2	p=.04 2	p=.16 9	p=.00 0	p=---	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=.81 8	p=.23 4	p=.06 2	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 4	
14 на работа алкохол	-.0258	-.0063	-.0757	-.0366	-.0895	-.1082	-.1441	-.2287	-.1089	-.0391	-.0168	-.2109	-.3375	-.1000	-.1669	-.1557	-.0412	-.0173	-.0379	-.0389	-.1344	-.1929	-.1358	
	p=.60 2	p=.89 8	p=.12 6	p=.45 9	p=.07 0	p=.02 8	p=.00 3	p=.00 0	p=.02 7	p=.42 9	p=.73 4	p=.00 0	p=.00 0	p=---	p=.00 1	p=.00 2	p=.40 5	p=.72 7	p=.44 4	p=.43 1	p=.00 6	p=.00 0	p=.00 6	
15 после работа	-.0297	-.0443	-.0819	-.0208	-.0443	-.0009	-.0443	-.0595	-.0404	-.0364	-.0264	-.4940	-.4505	-.1669	-.1000	-.5108	-.3334	-.0632	-.0853	-.0516	-.1041	-.0701	-.0693	
	p=.54 8	p=.37 1	p=.09 7	p=.67 4	p=.37 0	p=.98 5	p=.37 0	p=.22 9	p=.41 4	p=.46 1	p=.59 3	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	p=---	p=.00 0	p=.00 0	p=.20 1	p=.08 4	p=.29 6	p=.03 5	p=.15 6	p=.16 1	
16 навечер	-.1200	-.0964	-.0444	-.0174	-.0755	-.0581	-.0742	-.0527	-.0051	-.0579	-.0323	-.3438	-.4745	-.1557	-.5108	-.1000	-.4034	-.0757	-.0904	-.0403	-.0342	-.0288	-.0455	
	p=.01 5	p=.05 1	p=.37 0	p=.72 5	p=.12 6	p=.24 0	p=.13 3	p=.28 6	p=.91 8	p=.24 1	p=.51 3	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 2	p=.00 0	p=---	p=.00 0	p=.12 5	p=.06 7	p=.41 5	p=.48 9	p=.56 1	p=.35 8	
17 чаши кога излегувате	-.2021	-.1435	-.0390	-.0007	-.0025	-.0340	-.0228	-.0523	-.0240	-.0823	-.0746	-.4556	-.7144	-.0412	-.3334	-.4034	-.1000	-.0111	-.0429	-.0030	-.0672	-.1218	-.0627	
	p=.00 0	p=.00 4	p=.43 0	p=.98 9	p=.95 9	p=.49 1	p=.64 5	p=.29 0	p=.62 7	p=.09 6	p=.13 1	p=.00 0	p=.00 0	p=.40 5	p=.00 0	p=.00 0	p=---	p=.82 2	p=.38 6	p=.95 2	p=.17 4	p=.01 4	p=.20 5	
18 неделно таблети за спиее	-.1374	-.0765	-.0293	-.0319	-.0176	-.0288	-.0945	-.0488	-.0901	-.0222	-.0211	-.0033	-.0114	-.0173	-.0632	-.0757	-.0111	-.1000	-.3055	-.0545	-.0496	-.1282	-.0915	
	p=.00 5	p=.12 1	p=.55 4	p=.51 9	p=.72 1	p=.56 1	p=.05 6	p=.32 4	p=.06 8	p=.65 3	p=.67 0	p=.94 8	p=.81 7	p=.72 7	p=.20 1	p=.12 5	p=.82 2	p=---	p=.00 0	p=.27 1	p=.31 6	p=.00 9	p=.06 4	
17 аналгетици	-.1045	-.0567	-.0121	-.0413	-.1012	-.2094	-.1429	-.1000	-.0942	-.1058	-.0622	-.1133	-.0588	-.0379	-.0853	-.0904	-.0429	-.3055	-.1000	-.1377	-.0277	-.1272	-.1004	
	p=.03 4	p=.25 2	p=.80 7	p=.40 4	p=.04 0	p=.00 0	p=.00 4	p=.04 3	p=.05 6	p=.03 2	p=.20 8	p=.02 2	p=.23 4	p=.44 4	p=.08 4	p=.06 7	p=.38 6	p=---	p=.00 0	p=.00 5	p=.57 6	p=.01 0	p=.04 2	
20 физички барања	-.0976	-.0746	-.1691	-.0801	-.0804	-.1860	-.1323	-.0978	-.0989	-.0263	-.1264	-.0272	-.0922	-.0389	-.0516	-.0403	-.0030	-.0545	-.1377	-.1000	-.5899	-.4729	-.6194	
	p=.04 8	p=.13 1	p=.00 1	p=.10 5	p=.10 4	p=.00 0	p=.00 7	p=.04 7	p=.04 5	p=.59 5	p=.01 0	p=.58 3	p=.06 2	p=.43 1	p=.29 6	p=.41 5	p=.95 2	p=.27 1	p=.00 5	p=---	p=.00 0	p=.00 0	p=.00 0	
21 организациони барања	-.0344	-.0029	-.1529	-.0581	-.0540	-.1594	-.0661	-.0295	-.0329	-.0366	-.0110	-.1105	-.1895	-.1344	-.1041	-.0342	-.0672	-.0496	-.0277	-.5899	-.1000	-.5783	-.6820	

Табела 3. Логистичка регресија за појавата на здравствените тегоби во однос на зависни варијабли

I. нема здравствени тегоби

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.037	.036	1.025	1	.311	.964	.898	1.035
раб. стаж	-.021	.043	.247	1	.619	.979	.900	1.065
одд.стаж	-.009	.031	.079	1	.778	.991	.933	1.053
раб.недела	.005	.018	.066	1	.798	1.005	.970	1.041
пол	-.582	.400	2.118	1	.146	.559	.255	1.224
едукација	.164	.137	1.430	1	.232	1.178	.901	1.541
брачен статус	.555	.302	3.365	1	.067	1.742	.963	3.151
раб.договор	-.259	.265	.954	1	.329	.772	.459	1.298
раб.ноќна смена	.123	.416	.087	1	.768	1.130	.500	2.555
Step 6 раб со КОВИД пац.	.825	.370	4.971	1	.026	2.281	1.105	4.710
физички	-.019	.034	.315	1	.575	.981	.919	1.048
организациски	.015	.045	.114	1	.736	1.015	.930	1.108
емоционални	.012	.050	.059	1	.807	1.012	.919	1.115
когнитивни	-.093	.054	2.980	1	.084	.911	.819	1.013
тимска работа	-.062	.075	.687	1	.407	.940	.812	1.088
плата	-.085	.068	1.577	1	.209	.919	.805	1.049
поддршка	.064	.044	2.123	1	.145	1.066	.978	1.161
емоциона исц.	-.044	.019	5.093	1	.024	.957	.921	.994
негативен став	-.044	.040	1.209	1	.272	.956	.884	1.035
Constant	-.049	2.280	.000	1	.983	.952		

II. главоболки

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.022	.025	.809	1	.369	.978	.932	1.026
раб. стаж	.026	.027	.890	1	.345	1.026	.973	1.082
одд.стаж	-.010	.018	.320	1	.571	.990	.955	1.026
раб.недела	-.003	.012	.076	1	.783	.997	.973	1.021
пол	.651	.317	4.222	1	.040	1.917	1.030	3.565
едукација	-.008	.098	.006	1	.937	.992	.819	1.202
брачен статус	-.248	.226	1.200	1	.273	.780	.501	1.216
раб.договор	-.279	.180	2.407	1	.121	.757	.532	1.076
раб.ноќна смена	-.146	.263	.309	1	.579	.864	.516	1.447
Step 6 раб со КОВИД пац.	-.476	.274	3.019	1	.082	.621	.363	1.063
физички	.002	.048	.001	1	.970	1.002	.911	1.101
организациски	-.070	.048	2.077	1	.150	.933	.848	1.025
емоционални	.022	.028	.643	1	.423	1.023	.968	1.080
когнитивни	-.041	.026	2.535	1	.111	.960	.912	1.010
тимска работа	.011	.028	.147	1	.701	1.011	.956	1.069
плата	-.017	.031	.312	1	.576	.983	.925	1.044
поддршка	.082	.035	5.528	1	.019	1.085	1.014	1.161
емоциона исц.	.000	.012	.000	1	.999	1.000	.976	1.024
негативен став	.049	.027	3.189	1	.074	1.050	.995	1.108
Constant	-.615	1.543	.159	1	.690	.541		

III. проблеми со видот

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.046	.027	2.889	1	.089	1.047	.993	1.104
раб. стаж	-.004	.029	.017	1	.896	.996	.941	1.055
одд.стаж	.001	.019	.004	1	.948	1.001	.964	1.040
раб.недела	.005	.014	.118	1	.731	1.005	.978	1.033
пол	.093	.333	.078	1	.780	1.098	.571	2.110
едукација	.167	.109	2.333	1	.127	1.182	.954	1.465
брачен статус	-.122	.251	.237	1	.626	.885	.541	1.447
раб.договор	-.077	.185	.173	1	.677	.926	.644	1.331
раб.ноќна смена	.955	.326	8.573	1	.003	2.599	1.371	4.925
Step 6 раб со КОВИД пац.	.225	.291	.601	1	.438	1.253	.709	2.215
физички	.006	.053	.012	1	.912	1.006	.907	1.115
организациски	-.064	.053	1.440	1	.230	.938	.844	1.041
емоционални	-.005	.030	.029	1	.865	.995	.938	1.056
когнитивни	.022	.029	.556	1	.456	1.022	.965	1.082
тимска работа	.051	.031	2.641	1	.104	1.052	.990	1.119
плата	.002	.035	.002	1	.962	1.002	.935	1.073
поддршка	-.023	.038	.357	1	.550	.978	.907	1.053
емоциона исц.	.000	.014	.001	1	.973	1.000	.974	1.027
негативен став	.008	.030	.069	1	.793	1.008	.950	1.070
Constant	-6.187	1.774	12.166	1	.000	.002		

IV. болки во долните екстремитети

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.011	.028	.144	1	.705	.989	.936	1.046
раб. стаж	.041	.030	1.782	1	.182	1.041	.981	1.105
одд.стаж	.004	.020	.036	1	.849	1.004	.965	1.044
раб.недела	.046	.017	7.017	1	.008	1.047	1.012	1.084
пол	1.075	.414	6.757	1	.009	2.931	1.303	6.592
едукација	-.272	.111	5.948	1	.015	.762	.613	.948
брачен статус	.199	.256	.609	1	.435	1.221	.740	2.015
раб.договор	-.152	.240	.400	1	.527	.859	.537	1.375
раб.ноќна смена	-.380	.300	1.599	1	.206	.684	.380	1.232
Step 6 раб со КОВИД пац.	-.020	.314	.004	1	.950	.981	.530	1.814
физички	-.170	.059	8.428	1	.004	.844	.752	.946
организациски	-.051	.056	.844	1	.358	.950	.852	1.060
емоционални	.092	.034	7.440	1	.006	1.097	1.026	1.172
когнитивни	.049	.030	2.687	1	.101	1.050	.990	1.114
тимска работа	.000	.032	.000	1	.994	1.000	.940	1.064
плата	-.046	.035	1.735	1	.188	.955	.892	1.023
поддршка	.004	.039	.009	1	.926	1.004	.929	1.084
емоциона исц.	-.010	.014	.561	1	.454	.990	.964	1.017
негативен став	.061	.031	3.850	1	.050	1.063	1.000	1.129
Constant	-6.822	1.930	12.502	1	.000	.001		

V. проблеми со срцето

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.086	.050	2.963	1	.085	1.090	.988	1.202
раб. стаж	-.048	.055	.744	1	.389	.953	.856	1.063
одд.стаж	.010	.038	.074	1	.785	1.010	.938	1.088
раб.недела	-.002	.030	.005	1	.943	.998	.941	1.058
пол	.387	.629	.379	1	.538	1.473	.429	5.051
едукација	.087	.211	.170	1	.681	1.091	.722	1.648
брачен статус	-.822	.533	2.374	1	.123	.440	.155	1.250
раб.договор	-.243	.455	.286	1	.593	.784	.321	1.912
раб.ноќна смена	-.961	.534	3.240	1	.072	.383	.134	1.089
раб со КОВИД пац.	1.012	.552	3.356	1	.067	2.750	.932	8.117
физички	-.010	.099	.010	1	.920	.990	.815	1.202
организациони	.013	.111	.015	1	.904	1.013	.816	1.259
емоционални	.010	.056	.033	1	.856	1.010	.904	1.129
когнитивни	.111	.059	3.575	1	.059	1.117	.996	1.253
тимска работа	-.028	.056	.243	1	.622	.973	.872	1.086
плата	-.003	.064	.003	1	.957	.997	.879	1.130
поддршка	-.028	.072	.153	1	.695	.972	.845	1.119
емоциона исц.	.060	.029	4.379	1	.036	1.062	1.004	1.123
негативен став	.016	.062	.065	1	.799	1.016	.900	1.146
Constant	-9.620	3.459	7.737	1	.005	.000		

VI. болки во стомакот

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.124	.050	6.197	1	.013	1.132	1.027	1.248
раб. стаж	-.085	.057	2.202	1	.138	.919	.822	1.027
одд.стаж	-.077	.049	2.503	1	.114	.926	.841	1.019
раб.недела	.048	.022	4.748	1	.029	1.049	1.005	1.095
пол	.990	.934	1.124	1	.289	2.691	.432	16.774
едукација	-.921	.302	9.323	1	.002	.398	.220	.719
брачен статус	-.984	.613	2.579	1	.108	.374	.112	1.242
раб.договор	.539	.252	4.562	1	.033	1.714	1.045	2.812
раб.ноќна смена	-.002	.686	.000	1	.998	.998	.260	3.832
раб со КОВИД пац.	.405	.664	.373	1	.541	1.500	.408	5.508
физички	-.081	.119	.460	1	.498	.923	.731	1.164
организациони	.170	.139	1.504	1	.220	1.186	.903	1.557
емоционални	-.014	.070	.039	1	.844	.986	.860	1.131
когнитивни	-.033	.069	.223	1	.636	.968	.846	1.108
тимска работа	-.022	.067	.105	1	.746	.979	.859	1.115
плата	-.010	.072	.019	1	.892	.990	.860	1.140
поддршка	.113	.085	1.777	1	.182	1.120	.948	1.323
емоциона исц.	.014	.027	.288	1	.592	1.014	.963	1.069
негативен став	.120	.067	3.180	1	.075	1.127	.988	1.286
Constant	-9.960	3.659	7.411	1	.006	.000		

VII. целосен замор

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.014	.024	.323	1	.570	1.014	.967	1.063
раб. стаж	-.018	.027	.454	1	.500	.982	.931	1.036
одд.стаж	.007	.018	.161	1	.688	1.007	.972	1.044
раб.недела	.004	.012	.095	1	.758	1.004	.981	1.027
пол	.163	.294	.308	1	.579	1.177	.662	2.093
едукација	-.169	.097	3.043	1	.081	.845	.699	1.021
брачен статус	-.298	.223	1.790	1	.181	.742	.480	1.149
раб.договор	.016	.144	.012	1	.914	1.016	.765	1.348
раб.ноќна смена	.019	.260	.005	1	.943	1.019	.612	1.695
Step 6 раб со КОВИД пац.	-.479	.262	3.343	1	.067	.620	.371	1.035
физички	-.033	.048	.450	1	.502	.968	.880	1.064
организациони	.053	.048	1.209	1	.271	1.054	.959	1.158
емоционални	.008	.028	.078	1	.780	1.008	.954	1.065
конгнитивни	.041	.025	2.724	1	.099	1.042	.992	1.094
тимска работа	-.034	.028	1.486	1	.223	.967	.916	1.021
плата	-.005	.031	.024	1	.878	.995	.936	1.058
подршка	.074	.034	4.815	1	.028	1.077	1.008	1.151
емоциона исц.	.050	.012	16.033	1	.000	1.051	1.026	1.077
негативен став	-.034	.027	1.566	1	.211	.966	.916	1.020
Constant	-2.245	1.487	2.280	1	.131	.106		

VIII. стрес

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.009	.025	.135	1	.713	1.009	.961	1.060
раб. стаж	-.010	.028	.132	1	.717	.990	.937	1.046
одд.стаж	.015	.019	.643	1	.423	1.015	.979	1.053
раб.недела	-.005	.012	.160	1	.689	.995	.971	1.020
пол	.437	.306	2.042	1	.153	1.549	.850	2.822
едукација	-.153	.101	2.314	1	.128	.858	.704	1.045
брачен статус	-.768	.245	9.827	1	.002	.464	.287	.750
раб.договор	-.033	.154	.046	1	.831	.968	.716	1.308
раб.ноќна смена	-.185	.270	.471	1	.493	.831	.490	1.410
раб со КОВИД пац.	-.235	.272	.742	1	.389	.791	.464	1.349
физички	.046	.050	.863	1	.353	1.047	.950	1.155
организациони	.020	.049	.166	1	.684	1.020	.926	1.124
емоционални	-.023	.029	.645	1	.422	.977	.923	1.034
когнитивни	.056	.026	4.579	1	.032	1.058	1.005	1.113
тимска работа	-.011	.028	.150	1	.698	.989	.936	1.046
плата	.010	.032	.099	1	.753	1.010	.948	1.077
подршка	.096	.035	7.569	1	.006	1.101	1.028	1.179
емоциона исц.	.023	.012	3.354	1	.067	1.023	.998	1.049
негативен став	.019	.028	.457	1	.499	1.019	.965	1.076
Constant	-2.212	1.548	2.043	1	.153	.109		

IX. проблеми со спиењето.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.040	.038	1.110	1	.292	.961	.893	1.035
раб. стаж	.040	.042	.923	1	.337	1.041	.959	1.130
одд.стаж	-.007	.026	.062	1	.803	.993	.943	1.046
раб.недела	.024	.014	3.088	1	.079	1.025	.997	1.053
пол	.012	.405	.001	1	.976	1.012	.457	2.241
едукација	-.083	.142	.344	1	.558	.920	.696	1.216
брачен статус	-.803	.321	6.250	1	.012	.448	.239	.841
раб.договор	-.088	.201	.191	1	.662	.916	.617	1.358
раб.ноќна смена	-.256	.349	.539	1	.463	.774	.391	1.534
Step6 раб со КОВИД пац.	-.155	.397	.152	1	.697	.857	.394	1.864
физички	-.077	.065	1.422	1	.233	.926	.815	1.051
организациони	-.047	.068	.475	1	.491	.954	.835	1.090
емоционални	.034	.038	.829	1	.363	1.035	.961	1.114
конгнитивни	.043	.037	1.360	1	.244	1.044	.971	1.122
тимска работа	-.024	.037	.399	1	.527	.977	.908	1.051
плата	.070	.041	2.946	1	.086	1.073	.990	1.162
подршка	.009	.048	.036	1	.850	1.009	.918	1.109
емоциона исц.	.029	.017	2.887	1	.089	1.030	.996	1.065
негативен став	-.027	.037	.511	1	.475	.974	.905	1.047
Constant	-2.101	2.040	1.061	1	.303	.122		

X. вознемиреност

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.012	.030	.167	1	.683	.988	.932	1.047
раб. стаж	.032	.033	.922	1	.337	1.032	.968	1.101
одд.стаж	.009	.021	.186	1	.666	1.009	.968	1.051
раб.недела	.005	.014	.125	1	.723	1.005	.977	1.034
пол	.237	.358	.437	1	.508	1.267	.628	2.557
едукација	-.205	.119	2.961	1	.085	.814	.645	1.029
брачен статус	-.747	.281	7.066	1	.008	.474	.273	.822
раб.договор	.122	.163	.564	1	.453	1.130	.821	1.555
раб.ноќна смена	.219	.313	.492	1	.483	1.245	.675	2.299
Step6 раб со КОВИД пац.	.189	.316	.357	1	.550	1.208	.650	2.243
физички	.041	.055	.571	1	.450	1.042	.936	1.160
организациони	.001	.058	.000	1	.984	1.001	.894	1.121
емоционални	-.018	.032	.319	1	.572	.982	.923	1.045
конгнитивни	.052	.031	2.822	1	.093	1.054	.991	1.120
тимска работа	.001	.032	.001	1	.977	1.001	.941	1.065
плата	.069	.035	3.853	1	.050	1.071	1.000	1.147
подршка	.037	.039	.859	1	.354	1.037	.960	1.121
емоциона исц.	.052	.015	12.586	1	.000	1.053	1.024	1.084
негативен став	-.022	.032	.484	1	.487	.978	.919	1.041
Constant	-4.901	1.795	7.454	1	.006	.007		

XI. раздраливост

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	.007	.033	.043	1	.836	1.007	.943	1.075
раб. стаж	.048	.037	1.679	1	.195	1.049	.976	1.128
одд.стаж	-.031	.024	1.745	1	.187	.969	.926	1.015
раб.недела	-.003	.017	.024	1	.877	.997	.964	1.032
пол	.637	.418	2.327	1	.127	1.891	.834	4.290
едукација	.025	.135	.034	1	.854	1.025	.787	1.334
брачен статус	-.571	.313	3.333	1	.068	.565	.306	1.043
раб.договор	.194	.165	1.380	1	.240	1.214	.879	1.677
раб.ноќна смена	-.704	.349	4.079	1	.043	.494	.250	.979
Step6 раб со КОВИД пац.	.255	.361	.497	1	.481	1.290	.635	2.619
физички	.021	.061	.116	1	.734	1.021	.905	1.151
организациони	-.022	.066	.117	1	.732	.978	.860	1.112
емоционални	.010	.036	.081	1	.776	1.010	.942	1.084
когнитивни	-.041	.036	1.346	1	.246	.960	.895	1.029
тимска работа	-.031	.037	.733	1	.392	.969	.902	1.041
плата	.073	.039	3.458	1	.063	1.075	.996	1.161
подршка	.109	.045	5.769	1	.016	1.115	1.020	1.219
емоциона исц.	.066	.017	15.312	1	.000	1.068	1.034	1.104
негативен став	.006	.035	.026	1	.871	1.006	.938	1.078
Constant	-5.649	2.038	7.683	1	.006	.004		

XII. намалено расположение

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.014	.027	.245	1	.621	.987	.935	1.041
раб. стаж	.024	.030	.647	1	.421	1.025	.966	1.087
одд.стаж	.011	.020	.293	1	.588	1.011	.972	1.051
раб.недела	.006	.013	.210	1	.647	1.006	.981	1.031
пол	.322	.339	.903	1	.342	1.380	.710	2.685
едукација	-.020	.109	.033	1	.856	.980	.792	1.213
брачен статус	.031	.249	.016	1	.901	1.031	.634	1.679
раб.договор	.252	.148	2.894	1	.089	1.287	.962	1.721
раб.ноќна смена	-.131	.290	.204	1	.652	.877	.496	1.550
Step6 раб со КОВИД пац.	.083	.294	.080	1	.777	1.087	.611	1.935
физички	.014	.052	.073	1	.786	1.014	.916	1.123
организациони	-.018	.054	.108	1	.742	.983	.884	1.092
емоционални	.003	.030	.008	1	.927	1.003	.945	1.064
конгнитивни	-.015	.029	.273	1	.601	.985	.931	1.042
тимска работа	-.002	.030	.006	1	.937	.998	.940	1.059
плата	.018	.033	.281	1	.596	1.018	.954	1.086
поддршка	.062	.037	2.782	1	.095	1.064	.989	1.145
емоциона исц.	.027	.013	4.169	1	.041	1.027	1.001	1.055
негативен став	.025	.029	.726	1	.394	1.025	.968	1.086
Constant	-4.187	1.670	6.286	1	.012	.015		

XIII. проблеми со кожата

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
возраст	-.040	.055	.545	1	.460	.960	.863	1.069
раб. стаж	.009	.064	.020	1	.887	1.009	.890	1.144
одд.стаж	.007	.043	.029	1	.864	1.007	.926	1.096
раб.недела	.016	.020	.659	1	.417	1.016	.977	1.057
пол	.118	.614	.037	1	.848	1.125	.337	3.751
едукација	.013	.218	.003	1	.954	1.013	.660	1.553
брачен статус	-.114	.477	.057	1	.811	.892	.351	2.270
раб.договор	.214	.209	1.048	1	.306	1.239	.822	1.866
раб.ноќна смена	-.373	.518	.517	1	.472	.689	.249	1.902
раб со КОВИД пац.	-.170	.597	.081	1	.776	.844	.262	2.722
физички	.005	.093	.003	1	.956	1.005	.838	1.205
организациони	-.062	.106	.338	1	.561	.940	.763	1.158
емоционални	-.019	.054	.125	1	.723	.981	.882	1.091
Step6 конгнитивни	.021	.052	.160	1	.689	1.021	.922	1.130
тимска работа	-.120	.057	4.407	1	.036	.887	.793	.992
плата	.037	.062	.356	1	.551	1.038	.919	1.173
поддршка	-.002	.070	.001	1	.980	.998	.871	1.144
емоциона исц.	.065	.028	5.282	1	.022	1.068	1.010	1.129
негативен став	-.045	.060	.572	1	.450	.956	.849	1.075
Constant	-.811	2.983	.074	1	.786	.444		

ПРАШАЛНИЦИ

I. Прашалник за демографските податоци и податоците за карактеристиките на работата

1. Колку години имате?	_____ години
2. Пол:	1. машки 2. Женски
3. Каква е Вашата брачна состојба?	<p>a. во брак</p> <p>b. во повторен брак</p> <p>c. не е во брак, а живее со партнерот</p> <p>d. не е во брак, никогаш не живеел/а со партнерот</p> <p>e. разведен/а</p> <p>f. разделен/а</p> <p>g. вдовец/ица</p> <p>h. друго</p>
4. Кое е Вашето работно место во оваа здравствена установа? Означете еден одговор што најдобро го опишува Вашето работно место.	<p>a. Медицинска сестра</p> <p>b. Сестра на пракса</p> <p>c. Болничар</p> <p>d. Доктор</p> <p>e. Техничар (пр. РТГ, лабораториски, ЕКГ)</p> <p>f. Доктор на стаж</p> <p>g. Администрација/Управа</p> <p>h. Доктор специјалист</p> <p>i. Доктор на специјализација</p> <p>j. Друго, наведете: _____</p>
5. Во кој оддел работите?	_____

5а. Во каква установа работите?	1. ПЗУ 2. ЈЗУ
6. Колку долго работите во оваа здравствена установа?	_____ години и _____ месеци
7. Колку долго работите во сегашната работна единица / област?	_____ години и _____ месеци
8. Вообичаено, колку часа неделно работите во оваа здравствена установа?	_____ часа
9. Каков договор за вработување имате?	a. Договор за неопределено време b. Договор за определено време c. Договор преку агенција за привремени вработувања d. Договор за учење или обучување e. Без договор f. Друго (наведете) _____
10. Со кој тип на работа обично се занимавате во здравствената установа (заокружете ги сите што одговараат)	a. Директна грижа за пациентите b. Консултации со агенции/професионалци c. Администрација/надзор d. Едукација e. Истражувања f. Лабораториски/дијагностички процедури g. Издавање на лекови h. Друго (наведете) _____
11. Дали работите ноќна смена (пр. помеѓу 19 и 6 часот)? (заокружете)	1. Да 2. Не
12. Дали работите со пациенти заболени од КОВИД - 19?	1. Да 2. Не

II. Синдром на согорување и ангажирање на индивидуата при работењето

Ве молиме, прочитајте ја секоја изјава внимателно и одлучете дали некогаш сте се чувствувале така кога станува збор за Вашата работа. Ако никогаш сте немале такво чувство, заокружете „0“ (нула). Ако сте имале такво чувство, означете колку често се случувало тоа со заокружување на еден број од 1 до 6, при што најдобро ќе биде опишана зачестеноста на таквото доживување.

Прашалник за синдромот на согорување - Maslach Burnout Inventory (MBI)

	никогаш ▼	неколку пати во годината или поретко ▼	еднаш месечно или поретко ▼	неколку пати месечно ▼	еднаш неделно ▼	неколку пати неделно ▼	секој ден ▼
1 Се чувствувам емоционално исцрпен од мојата работа	0	1	2	3	4	5	6
2 Се чувствувам потрошено на крајот на работниот ден	0	1	2	3	4	5	6
3 Се чувствувам изморено наутро кога станувам и кога треба да се соочам со нов работен ден	0	1	2	3	4	5	6
4 Имам чувство дека некои пациенти ги третирам како предмети	0	1	2	3	4	5	6
5 Да се работи цел ден со луѓе за мене навистина претставува напор	0	1	2	3	4	5	6
6 Се чувствувам согорен од мојата работа	0	1	2	3	4	5	6
7 Откако ја работам оваа работа станав понечувствителен кон луѓето	0	1	2	3	4	5	6
8 Се плашам дека оваа работа ме прави емоционално погруб	0	1	2	3	4	5	6
9 Се чувствувам фрустриран од мојата работа	0	1	2	3	4	5	6
10 Чувствувам дека премногу работам на моето работно место	0	1	2	3	4	5	6

11	Навистина не ми е гајле што се случува со некои пациенти	0	1	2	3	4	5	6
12	Работата директно со луѓе ми предизвикува премногу стрес	0	1	2	3	4	5	6
13	Се чувствувам како да не можам повеќе да издржам	0	1	2	3	4	5	6
14	Чувствувам дека пациентите ме обвинуваат за некои од нивните проблеми	0	1	2	3	4	5	6
15	Се плашам дека ќе се разболам од КОВИД - 19	0	1	2	3	4	5	6
16	Чувствувам дека премногу работам во услови на пандемија со КОВИД - 19	0	1	2	3	4	5	6
17	Се чувствувам фрустриран од мојата работа во услови на пандемија со КОВИД-19	0	1	2	3	4	5	6
18	Се чувствувам согорен од мојата работа во услови на пандемија со КОВИД - 19	0	1	2	3	4	5	6

III. Прашалник за животниот стил и здравствената состојба

1. Колку пати во неделата доручкувате? _____
2. Во просек, колку пати во денот имате редовен оброк? _____
3. Колку пати во неделата јадете брза храна? _____
4. Во просек, колку часа спиете во тек на една ноќ? _____
5. Во просек, колку цигари пушите дневно? _____ Колку долго? _____ години
6. Колку пати вежбате неделно? _____
7. Во просек, колку кафиња пиете дневно? _____
8. Во просек, колку дена во неделата пиете алкохол? (без оглед на количината)

9. Во просек, колку чаши алкохол конзумирате секогаш кога пиете? _____
10. Вообичаено кога пиете алкохол, во колку часот ја пиете првата чаша во денот?

11. Колку чаши алкохол пиете во секоја од следните околности:
На работа _____
После работа _____
Навечер, пред да си легнете _____
Кога излегувате _____
12. Во просек, колку дена во неделата користите таблети за спиење? _____
13. Во просек, колку дена во неделата користите таблети со цел да се релаксирате?

14. Во просек, колку пати неделно имате потреба да користите нефармацевтски лекови со цел да се релаксирате или да спиете? _____
15. Каков вид на лекови? _____
16. Во просек, колку пати неделно користите аналгетици (средства против болка)? _____

	Никогаш	Помалку од еднаш месечно	Еднаш месечно	Едмаш неделно	Секој ден или скоро секој ден
17. Колку често за време на пандемијата со КОВИД -19:					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
18. Дали имате минати заболувања? Кои:					
19. Дали имате сегашни тегоби:					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					

20. Кои од следните тегоби би ги поврзале со Вашата работа:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. Ниту едни од наведените | 11. Болки во стомакот |
| 2. Главоболки | 12. Проблеми со кожата |
| 3. Проблеми со видот | 13. Алергии |
| 4. Проблеми со слухот | 14. Целосен замор |
| 5. Болки во грбот | 15. Стрес |
| 6. Болки во рамениот појас и вратот | 16. Проблеми со спиење |

- 7. Болки во горните екстремитети
- 8. Болки во долните екстремитети
- 9. Тешкотии со дишењето
- 10. Проблеми со срцето

- 17. Вознемиреност
- 18. Раздразливост
- 19. Сnižено расположение
- 20. Повреди

21. Други тегоби или заболувања: _____

IV. Прашалник за барањата на работното место

Следните изјави се однесуваат на Вашето работно искуство во здравствената установа. Ве молиме, прочитајте ги изјавите внимателно и посочете го Вашето ниво на согласност.

		Многу ретко	Ретко	Понекогаш	Често	Секогаш
		▼	▼	▼	▼	▼
1	Јас сум одговорен/а за многу пациенти во здравствената установа	1	2	3	4	5
2	Морам да работам многу брзо	1	2	3	4	5
3	Здравствената установа е многу бучно место	1	2	3	4	5
4	Имам многу административна работа	1	2	3	4	5
5	Нема доволно персонал во однос на бројот на пациентите	1	2	3	4	5
6	Постои недостасок на набавки неопходни за нашата работа	1	2	3	4	5
7	Опремата е проблематична	1	2	3	4	5
8	Хиерархијата во мојот оддел е многу строга	1	2	3	4	5
9	Комуникацијата меѓу одделите во здравствената установа е проблематична	1	2	3	4	5
10	Улогите (работните задачи) на мојот оддел се нејасни /двосмислени	1	2	3	4	5
11	Здравствената политика често се менува и во мојата здравствената установа се појавуваат различни промени на прописите и правилата	1	2	3	4	5
12	Управувањето на мојот оддел не е фер	1	2	3	4	5

13	Медиумите даваат лоша слика за здравствените работници кои работат во здравствените установи	1	2	3	4	5
14	Постои недостаток на соработка помеѓу мене и другите членови на мојот оддел	1	2	3	4	5
15	Додека сум дома мислам на тоа што се случува на работа	1	2	3	4	5
16	Не знам како да се справам со моите негативни чувства додека сум на работа	1	2	3	4	5
17	Постои голема конкурентност помеѓу колегите	1	2	3	4	5
18	Морам да се справам со вербални навреди од пациентите	1	2	3	4	5
19	Се плашам дека ќе згрешам нешто	1	2	3	4	5
20	Нема повратни информации за резултатите од мојата работа	1	2	3	4	5
21	Морам да донесувам одлуки под временски притисоци	1	2	3	4	5
22	Јас немам можност сам да одлучувам како треба да ја извршувам мојата работа	1	2	3	4	5
23	Морам да ги обучувам нововработените	1	2	3	4	5
24	Морам да донесувам одлуки кога немам доволно информации кои ми се потребни	1	2	3	4	5
25	Имам дополнителни задачи во услови на пандемија со КОВИД - 19	1	2	3	4	5
26	Морам да донесувам одлуки под временски притисоци во услови на пандемијата со КОВИД - 19	1	2	3	4	5
27	Морам да донесувам брзи одлуки без доволно информации кои ми се потребни во услови на пандемија со КОВИД – 19	1	2	3	4	5
28	Не знам како да се справам со моите негативни чувства во услови на пандемија со КОВИД - 19	1	2	3	4	5

V. Прашалник за ресурси на работното место

Тимска работа

Воопшто не се согласувам	Не се согласувам	Ни едно, ни друго	Се согласувам	Потполно се согласувам
--------------------------------	---------------------	----------------------------	------------------	------------------------------

Луѓето се поддржуваат меѓу себе во мојата установа

Кога треба брзо да се заврши многу работа, ние работиме како тим

Во мојата установа, вработените меѓу себе се однесуваат со почит

Кога еден оддел во мојата установа е навистина зафатен, другите доаѓаат да помогнат

Плата

Воопшто
не се
согласувам

Не се
согласувам

Ни
едно,
ни

Се
согласувам

Потполно
се
согласувам

Платата во мојата институција е добра	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Доволно сум платен за работата што ја работам	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мојата плата е фер во споредба со платите на другите луѓе во мојот оддел	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Можам комфортно да живеам со мојата плата	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Поддршка од претпоставените

	Воопшто не се согласувам	Не се согласувам	Ни едно, ни	Се согласувам	Потполно се согласувам
Мојот претпоставен ме почитува	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Можам да сметам на мојот претпоставен кога наидувам на потешкотии во работата	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Добро се сложувам со мојот претпоставен	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Има добра атмосфера меѓу мене и мојот претпоставен	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>