



МАСТЕР РАД

Синдром сагоревања код лекара и његов утицај на квалитет пружене услуге

Ментор:

Проф. др Стефан Милојевић

Студент:

Гордана Мутавцић 14/2024

У Крагујевцу, 2026. године

АПСТРАКТ

Синдром сагоревања представља један од најзначајнијих професионалних ризика у здравственом сектору, нарочито међу лекарима који су свакодневно изложени високом нивоу стреса, великом обиму посла и ограниченим ресурсима. Циљ овог истраживања био је да се испита присутност симптома сагоревања код лекара у различитим типовима здравствених установа, као и да се утврди у којој мери сагоревање утиче на квалитет здравствене услуге коју лекари пружају. Истраживање је спроведено методом Google анкете, а у узорку је учествовало 109 лекара различитог узраста, радног стажа и професионалног ангажмана. Резултати показују висок ниво емоционалне исцрпљености, преоптерећености и пада мотивације међу испитаницима, при чему већина лекара изјављује да сагоревање у значајној мери утиче на њихову способност да пруже здравствену услугу на жељеном нивоу. Симптоми деперсонализације такође су присутни, а више од половине испитаника наводи да повремено или често осећа емоционалну дистанцу према пацијентима. Установљено је да институционална подршка у виду програма за запослене углавном изостаје, што додатно повећава ризик од прогресије сагоревања. Добијени налази указују да је синдром сагоревања широко присутан међу лекарима и да представља озбиљну претњу, не само професионалном здрављу и благостању здравствених радника, већ и укупном квалитету здравствене заштите. Студија наглашава потребу за развојем системских стратегија превенције, унапређењем радних услова и јачањем институционалне подршке како би се унапредило ментално здравље лекара и обезбедио одржив здравствени систем.

Кључне речи: *синдром сагоревања*, лекари, емоционална исцрпљеност, деперсонализација, квалитет здравствене услуге, стрес на раду.

ABSTRACT

Burnout syndrome represents one of the most significant occupational risks in the healthcare sector, particularly among physicians who are exposed to high levels of stress, heavy workloads, and limited organizational resources. This study aimed to examine the presence of burnout symptoms among physicians working in different types of healthcare institutions and to determine the extent to which burnout affects the quality of healthcare services they provide. The research was conducted using a Google Forms questionnaire, and the sample consisted of 109 physicians of varying ages, years of experience, and professional positions. The results indicate a high prevalence of emotional exhaustion, work overload, and reduced motivation among participants, with the majority reporting that burnout significantly affects their ability to deliver healthcare services at the desired level. Symptoms of depersonalization were also evident, as more than half of the physicians stated that they occasionally or frequently experience emotional detachment from patients. Furthermore, the findings reveal a lack of institutional support and formal assistance programs for employees, which increases the risk of burnout progression. The study demonstrates that burnout syndrome is widely present among physicians and poses a serious threat not only to their professional well-being and mental health but also to the overall quality and safety of healthcare services. The results emphasize the need for systemic preventive strategies, improvement of working conditions, and the strengthening of institutional support mechanisms in order to promote physician well-being and ensure a sustainable healthcare system.

Keywords: *burnout syndrome, physicians, emotional exhaustion, depersonalization, healthcare quality, occupational stress.*

Садржај

УВОД.....	1
1. ЗДРАВСТВЕНА ПРОФЕСИЈА И СИНДРОМ САГОРЕВАЊА.....	3
1.1. Појам синдрома „сагоревање на раду“ код здравствених радника.....	4
1.2. Узроци сагоревања на раду	6
1.3. Симптоми синдрома сагоревања код лекара	8
1.4. Веза између сагоревања и социодемографских обележја и радних услова.....	10
2. ЕФЕКТИ ПОВЕЗАНИ СА СИНДРОМОМ САГОРЕВАЊА.....	13
2.1. Последице синдрома сагоревања	15
2.2. Индикатори позитивног менталног здравља и индикатори негативног менталног здравља	16
2.3. Повезаност синдрома сагоревања са стресом, анксиозношћу и депресијом.....	18
2.5. Повезаност синдрома сагоревања са резилијентношћу, субјективним благостањем и ментализацијом.....	20
3. ПСИХОЛОШКЕ И ПРОФЕСИОНАЛНЕ ПОСЛЕДИЦЕ СИНДРОМА САГОРЕВАЊА КОД ЛЕКАРА	23
3.1. Утицај синдрома сагоревања на емоционалну исцрпљеност лекара, деперсонализацију и смањење личне ефикасности	25
3.2. Утицај синдрома сагоревања на квалитет пружене услуге лекара	27
4. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ	29
4.1. Структура упитника и припрема података	29
4.2. Обрада података.....	30
4.3. Резултати истраживања	32
4.3. Дискусија резултата.....	44
4.4. Ограничења истраживања и правци будућих истраживања	46
5. МОГУЋЕ СТРАТЕГИЈЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ СИНДРОМА САГОРЕВАЊА	49
ЗАКЉУЧАК	51
ЛИТЕРАТУРА	53
ПРИЛОЗИ.....	55

УВОД

Синдром сагоревања представља један од најзначајнијих савремених изазова у здравственом систему, како у свету тако и у Србији. Као последица све интензивнијег темпа рада, повећане одговорности, дугих радних смена и континуираног емоционалног ангажовања, лекари се налазе у групи професија које су најосетљивије на развој овог феномена. Бурна динамика клиничке праксе, праћена честим контактима са људском патњом, високим професионалним очекивањима и ограниченим ресурсима, поставља здравствене раднике у ситуацију хроничног психофизичког напрезања, што доводи до појаве симптома карактеристичних за синдром сагоревања.

Burnout, према моделу *Maslach* и сарадника, подразумева три кључне компоненте: емоционалну исцрпљеност, деперсонализацију и смањено лично постигнуће. Лекари који пате од овог синдрома често доживљавају осећај истрошености, смањену толеранцију на стрес, емпатско осиромашење и пад професионалне мотивације. Временом, ове промене могу довести до нарушавања међуљудских односа на радном месту, смањења радне ефикасности и слабијег придржавања професионалних стандарда. У случају запослених у здравству, последице *burnout*-а не осећа само лекар, већ и пацијент, здравствена установа и шира заједница. Обзиром на то да лекари имају централну улогу у процесу дијагностике, лечења и збрињавања пацијената, одржавање њиховог менталног здравља представља предуслов за квалитетно функционисање здравственог система. Истраживања показују да висок степен сагоревања код лекара доводи до повећања медицинских грешака, нарушавања комуникације са пацијентима, смањења професионалне ангажованости и већег ризика од развоја анксиозности, депресије и других психолошких потешкоћа. Ови ефекти могу значајно утицати на безбедност пацијената и на квалитет пружене здравствене услуге, па се *burnout* оправдано сматра једним од главних индикатора угрожености здравственог система.

Проблем сагоревања нарочито је изражен у условима високих захтева и ограничених ресурса, што је честа реалност у многим здравственим установама у Србији. Недостатак кадра, велики број пацијената, административно оптерећење, дуга дежурства и ограничене могућности за професионалну подршку стварају амбијент у коме је развој *burnout*-а готово

неминован. Управо стога, истраживање овог феномена има изузетно практични значај, јер указује на потребу за системским приступом очувању менталног здравља лекара и унапређењу услова рада. Сврха овог рада је да се кроз анализу релевантне литературе и резултате емпиријског истраживања спроведеног путем Google анкете утврди степен заступљености синдрома сагоревања код лекара, идентификују његови најчешћи узроци, као и да се испита како *burnout* утиче на квалитет пружене здравствене услуге. Истраживање такође има за циљ да осветли односе између сагоревања и различитих социодемографских и радних варијабли, као и да допринесе бољем разумевању психолошких и професионалних последица овог синдрома.

Хипотезе истраживања

Х₀: Синдром сагоревања је значајно присутан код лекара и има негативан утицај на квалитет здравствене услуге коју пружају пацијентима.

Х₁: Лекари који чешће доживљавају емоционалну исцрпљеност имају израженије потешкоће у пружању услуге на жељеном нивоу квалитета.

Х₂: Постоји повезаност између осећаја преоптерећености послом и пада мотивације лекара у последњих неколико месеци.

Х₃: Недостатак подршке у радном окружењу (колеге, руководство, програми подршке) доприноси већој учесталости симптома сагоревања код лекара.

Ова тема је од изузетне важности, јер оснаживање лекара, унапређење услова њиховог рада и развијање стратегија превенције сагоревања представљају један од кључних предуслова за ефикасан, хуман и квалитетан здравствени систем. Управо у том контексту, овај рад има за циљ да понуди научно утемељене увиде који могу послужити као основа за будуће интервенције и побољшања у области менталног здравља здравствених радника.

1. ЗДРАВСТВЕНА ПРОФЕСИЈА И СИНДРОМ САГОРЕВАЊА

Синдром сагоревања представља један од најзначајнијих психолошких и професионалних изазова савремене здравствене професије. Овај феномен, који је у међународној литератури препознат као *burnout*, развија се као последица дуготрајног излагања интензивном радном стресу и недовољној доступности механизма подршке који би омогућили опоравак и очување психолошке стабилности здравствених радника. Посебно је изражен код лекара, чији посао подразумева високу емоционалну ангажованост, непрекидну одговорност за здравље и живот пацијената, рад у условима несигурности, ограничених ресурса и сталног доношења сложених одлука. У таквом професионалном контексту, појам сагоревања обухвата три међусобно повезане димензије: осећај емоционалне исцрпљености, постепено развијање дистанце и цинизма према пацијентима и доживљај смањене личне ефикасности.

Код лекара, синдром сагоревања се не јавља изненада, већ настаје постепено, услед континуираног преоптерећења и немогућности да се захтеви професије ускладе са индивидуалним капацитетима. Узроци овог феномена веома су комплексни и укључују личне карактеристике, професионалне захтеве и организационе услове у здравственим установама. Лекари су, по природи свог рада, изложени великом броју стресора као што су високи захтеви за ефикасношћу, чести контакти са патњом и губитком, дуга радна времена, бројна дежурства, велики административни терет, али и стална очекивања пацијената и система да поступају без грешке. Када су ресурси којима лекар располаже мањи од захтева који се пред њега постављају, долази до хроничног дисбаланса који погодује развоју сагоревања. Симптоми синдрома сагоревања код лекара најчешће се испољавају кроз осећај свеобухватне психичке и физичке исцрпљености који се јавља већ на почетку радног дана, праћен постепеним губитком ентузијазма и мотивације. Лекари могу доживљавати унутрашњу празнину, осећај преоптерећености, смањену способност да саосећају са пацијентима и тенденцију да се емоционално дистанцирају од свог посла. Управо ова емоционална дистанца, која се у литератури назива деперсонализација, представља један од најопаснијих аспеката синдрома, јер доводи до нарушавања односа лекар–пацијент и смањује квалитет пружене здравствене услуге. Поред тога, присутан је и осећај личне неефикасности, праћен уверењем да уложени рад нема очекивани резултат, што даље продубљује психолошку исцрпљеност и негативно утиче на опште функционисање лекара.

Бројне студије показују да је појава сагоревања код здравствених радника тесно повезана са социодемографским факторима и специфичним радним условима. Млађи лекари, они са краћим радним стажом или недовољно развијеним стратегијама суочавања са стресом чешће испољавају знаке *burnout*-а. С друге стране, лекари са великим бројем дежурстава, они који раде у високо оптерећеним здравственим установама или специјалностима које подразумевају интензиван рад са тешким пацијентима, изложени су значајно већем ризику. Додатни фактор представља недовољна социјална и професионална подршка, као и неретко присутна стигма у здравственим колективима када је реч о признавању психичког оптерећења. Сагоревање лекара такође се доводи у везу са структуром здравственог система, доступношћу ресурса и организацијском културом у којој раде. У условима ограниченог броја запослених, неповољних радних услова, недовољне стручне подршке и неоптималне расподеле посла, лекари чешће доживљавају хронични стрес и исцрпљеност, што повећава вероватноћу развоја *burnout*-а. Истовремено, многи здравствени системи, укључујући и наш, не пружају довољно могућности за професионални опоравак, супервизију и подршку, што додатно продубљује проблем.

Имајући у виду да здравствени радници представљају основу здравственог система, важно је истаћи да последице сагоревања нису ограничене само на појединца. Када лекар пати од симптома *burnout*-а, угрожена је не само његова добробит, већ и квалитет пружене здравствене услуге, комуникација са пацијентима, безбедност клиничке праксе и укупна ефикасност здравствене установе. Због тога је разумевање синдрома сагоревања, његових узрока, симптома и повезаности са радним и личним факторима кључно за развој стратегија превенције и интервенције које имају за циљ очување професионалног здравља лекара.¹

1.1. Појам синдрома „сагоревање на раду“ код здравствених радника

Синдром сагоревања на раду представља психолошки и професионални феномен који се јавља као последица дуготрајне изложености интензивним радним захтевима, уз одсуство довољних ресурса за опоравак и подршку. У области здравствене заштите, сагоревање има

¹ Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). *Burnout syndrome among healthcare professionals*. American Journal of Health-System Pharmacy, 75(3), 147–152.

посебну тежину, јер лекари свакодневно делују у окружењу које карактерише висок степен одговорности, стална потреба за доношењем прецизних одлука, чести сусрети са патњом пацијената и ограничени временски и материјални ресурси. У таквим условима, континуирано излагање професионалном стресу доводи до постепеног психичког и емоционалног пражњења, које се у литератури препознаје као сагоревање.

Сагоревање код здравствених радника настаје постепено, често неприметно, па многи лекари прве симптоме доживљавају као уобичајени део професионалног ангажмана. Ипак, реч је о процесу који значајно превазилази уобичајени замор, јер обухвата дубоко нарушавање емоционалне стабилности, смањење личне мотивације и слабљење професионалне ефикасности. Једна од кључних карактеристика сагоревања јесте стање свеобухватне исцрпљености које се не може отклонити краткотрајним одмором, већ захтева суштинску промену начина рада, услова рада или нивоа подршке. Лекар који развија сагоревање постепено губи емоционалну енергију, јавља му се осећај преоптерећености и немогућност да у истој мери као раније одговори на захтеве пацијената и радног окружења.²

Сагоревање се у стручној литератури описује као стање које обухвата емоционалну исцрпљеност, постепено развијање дистанце према пацијентима и осећај смањене личне ефикасности. Емоционална исцрпљеност подразумева осећај да особа више нема довољно психичке енергије за свакодневне професионалне обавезе, док се дистанца према пацијентима јавља као заштитни механизам којим се лекар штити од даљег емотивног оптерећења. Истовремено, развија се унутрашњи доживљај неуспеха, праћен уверењем да професионални напор не доноси жељене резултате, што додатно појачава осећај незадовољства и демотивације.

Здравствена професија, због своје комплексности, сталног контакта са људском патњом и неизвесношћу клиничких исхода, природно носи висок ризик за развој сагоревања. Многи лекари, нарочито они који раде у системима који се суочавају са недостатком кадра и прекомерним обимом посла, прихватају симптоме сагоревања као нормалан део свакодневице. Међутим, ово стање није пролазно нити безазлено, јер доводи до озбиљних

² Schaufeli, W. B. (2017). *Burnout: A short socio-cultural history*. *Work & Stress*, 31(3), 236–243.

последица по функционисање појединца, укључујући смањену пажњу, слабију концентрацију, осећај психичке исцрпљености и тенденцију ка повлачењу у професионалном и личном домену.³

С обзиром на то да лекари имају централну улогу у здравственом систему, појава сагоревања међу њима има шири значај и директно утиче на квалитет пружене услуге, безбедност пацијената и стабилност здравствених установа. Препознавање овог феномена као реалног и распрострањеног проблема, његово јасно дефинисање и дубље разумевање механизма који доприносе његовом настанку, представљају неопходан корак у успостављању ефикасних мера превенције и подршке лекарима који раде у све захтевнијим условима савремене медицине.⁴

1.2. Узроци сагоревања на раду

Узроци сагоревања на раду код здравствених радника представљају сложен и вишеслојан скуп фактора који обухватају индивидуалне особености лекара, специфичности професије и организационе карактеристике здравственог система. Сагоревање не настаје као последица једног изолованог догађаја, већ као исход дуготрајног деловања различитих унутрашњих и спољашњих притисака који, временом, надмашују личне капацитете и механизме одбране здравственог радника. Здравствена професија, по својој природи, захтева висок степен одговорности, континуирано ангажовање и стално прилагођавање динамичним и често непредвидивим ситуацијама, што чини лекаре нарочито осетљивим на развој овог синдрома. На индивидуалном нивоу, узроци сагоревања могу се повезати са личним карактеристикама лекара, као што су висока професионална посвећеност, појачана емпатичност, склоност ка перфекционизму и изражен осећај одговорности. Лекари који себе виде као носиоце велике дужности према пацијентима често имају тенденцију да преузму више обавеза него што реално могу да поднесу, што доводи до постепеног акумулирања стреса. Истовремено, здравствени радници се несучавају само са физичким замором, већ и са емоционалним оптерећењем које произилази из сталних сусрета са

³ Serbian Medical Chamber. (2020). *Izveštaj o radnim uslovima lekara u Srbiji*. Lekarska Komora Srbije.

⁴ Aiken, L. H., et al. (2012). *Hospital nurse staffing and patient outcomes*. Health Affairs, 21(3), 7–16.

патњом, неизвесним исходима лечења и честим ситуацијама које захтевају висок степен самоконтроле. Професионални контекст додатно појачава ризик од сагоревања. Лекари се свакодневно сусрећу са великим бројем пацијената, сложеним клиничким случајевима и ситуацијама у којима је потребно доносити одлуке у кратком року, често под притиском. Радни дан често обухвата дуго трајање, сменски рад, ноћне дежуре и захтеве који се не завршавају завршетком радног времена, јер се многи изазови преносе и у приватни живот у виду психичког оптерећења и осећаја одговорности. Посебно оптерећујуће делује и контакт са пацијентима у тешком здравственом стању, као и са њиховим породицама, што представља константни извор емоционалног стреса.⁵

Организациони фактори у здравственим установама често имају пресудан утицај на развој сагоревања. Недостатак медицинског кадра, преоптерећеност послом, недовољни материјални и технички ресурси, као и недостатак системске подршке и јасно дефинисаних протокола, стварају окружење у коме је сагоревање скоро неминован исход. У бројним установама, лекари се сусрећу са прекомерним административним обавезама, ограниченим временом за рад са пацијентима и немогућношћу да обаве све задатке у оквиру предвиђеног радног дана. Радна клима у којој су колективни односи нарушени, у којој недостаје тимска подршка или у којој постоји изражена хијерархијска тензија, додатно повећава осећај изолованости и оптерећења. Посебно је значајно нагласити да се у многим здравственим системима очекује висока ефикасност и професионализам, док истовремено изостају структурне мере које би омогућиле здравственом раднику да сачува своје психичко здравље. Оваква несразмера између захтева и могућности доводи до тога да лекари често функционишу на граници својих капацитета, а временом и испод ње, што значајно повећава ризик од развоја хроничне исцрпљености и сагоревања.

Када се сви ови фактори међусобно прожму, настаје зачарани круг у коме се лекар, упркос великој професионалној посвећености, суочава са немогућношћу да одговори на притиске

⁵ Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). *Executive leadership and physician well-being*. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129–146.

средине. Сагоревање у таквим условима постаје исход дуготрајног дисбаланса између очекивања која професија поставља и ресурса који здравствени радник има на располагању. Разумевање ових узрока представља основу за развој стратегија превенције, као и за креирање здравственог система који ће допринети очувању менталног здравља и професионалног интегритета лекара.⁶

1.3. Симптоми синдрома сагоревања код лекара

Симптоми синдрома сагоревања код лекара испољавају се постепено и обухватају читав спектар психичких, емоционалних, когнитивних и физичких промена које се развијају услед дуготрајног излагања радним захтевима који превазилазе капацитете појединца. Најупечатљивији знак сагоревања јесте дубока и трајна исцрпљеност која више није ограничена на крај радног дана, већ је присутна и након одмора, па чак и на самом почетку нове радне смене. Лекар који пати од сагоревања често доживљава осећај да нема довољно психичке енергије да се суочи са професионалним обавезама, а тај осећај хроничног замора прати и смањена толеранција на стрес, повећана раздражљивост и осећај унутрашње исцрпљености. У емоционалном домену, сагоревање доводи до постепеног губитка емпатичке способности и осећаја повезаности са пацијентима. Иако су лекари по природи свог позива усмерени на пружање подршке и разумевања, под утицајем сагоревања може доћи до тога да емоционално реагују слабије или да се несвесно дистанцирају од пацијената као механизма заштите од даљег оптерећења. Ова емоционална одвојеност не представља недостатак професионалне посвећености, већ знак да је капацитет за емотивно ангажовање

⁶ Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2020). *Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat*. *NAM Perspectives*, 40(2), 1–12.

привремено исцрпљен. Услед тога, лекар може доживљавати осећај равнодушности или отуђености, што додатно утиче на перцепцију сопствене професионалне ефикасности.⁷

Когнитивни симптоми јављају се у виду поремећаја концентрације, отежаног доношења одлука и успореног менталног процесирања, што може довести до несигурности у сопствене клиничке процене. Лекари често наводе да им се јавља осећај „менталне магле“, као и потешкоће у организовању мисли и приоритизовању задатака. Ове промене могу негативно утицати на радни учинак, али и на доживљај самопоуздања, што додатно продубљује симптоме сагоревања. У понашајном домену, лекари који пролазе кроз сагоревање могу постати повученији, мање мотивисани и склони избегавању ситуација које су некада обављали са лакоћом. Присутна је тенденција ка одуговлачењу, губитак иницијативе и тешкоће у покретању и завршавању радних задатака. Често се јавља и осећај професионалне стагнације, уз уверење да напор не доводи до очекиваних резултата, што ствара поремећај у доживљају личне ефикасности и професионалне вредности.

Физички симптоми сагоревања подједнако су значајни и обухватају поремећаје спавања, често у виду несанице или плитког, неосвежавајућег сна, затим хроничне главобоље, гастроинтестиналне тегобе, осећај напетости у мишићима и различите психосоматске манифестације. Организам који је дуго изложен стресу реагује кроз појачану телесну исцрпљеност, што даље утиче на опште функционисање и доприноси зачараном кругу између физичког и психичког замора.

Посебно је важно нагласити да лекари, због природе своје професије, често минимизирају сопствене симптоме сагоревања, тумачећи их као „нормалну последицу посла“. Ова тенденција одлагања суочавања са проблемом може довести до хроничног погоршања стања, нарушавања менталног и физичког здравља и озбиљних последица по квалитет пружене здравствене услуге. Управо зато је неопходно благовремено препознавање

⁷ West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). *Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis*. *The Lancet*, 388, 2272–2281.

симптома и развијање свести да сагоревање није знак слабости, већ природна реакција организма на дуготрајну изложеност прекомерном оптерећењу.⁸

1.4. Веза између сагоревања и социодемографских обележја и радних услова

Разматрање сагоревања код здравствених радника немогуће је без анализе ширег контекста у коме овај феномен настаје, а који укључује различита социодемографска обележја, професионалне карактеристике и специфичности радних услова. Иако се сагоревање може јавити код било ког лекара, степен ризика и начин испољавања овог синдрома неретко су повезани са годинама старости, дужином радног стажа, полом, врстом специјализације, радним оптерећењем и структуром радног окружења. Ови фактори не делују изоловано, већ у међусобној интеракцији обликују индивидуални доживљај стреса и капацитет здравственог радника да се носи са професионалним изазовима. Истраживања показују да су млађи лекари, посебно они на почетку каријере, често подложнији сагоревању, јер се у професији још увек нису у потпуности адаптирали на рад под притиском, док истовремено настоје да задовоље висока лична и професионална очекивања. С друге стране, лекари са дугогодишњим искуством могу испољити сагоревање као последицу хроничног нагомилавања стреса, континуираног преузимања одговорности и продуженог рада у системима који не нуде довољно могућности за опоравак. Пол такође може имати одређену улогу у развоју овог синдрома, будући да су жене у здравственом систему често изложене додатним обавезама у приватној сфери, што може повећати укупно оптерећење и утицати на доживљај психолошке исцрпљености.

Специјализација и врста посла значајно утичу на ризик од сагоревања. Лекари који раде у области интензивне неге, хитне медицине, онкологије или других клинички захтевних служби, свакодневно су изложени ситуацијама које носе висок емоционални и професионални терет. У таквим срединама, динамика рада, сложеност клиничких случајева

⁸ Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. (2016). *Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review*. PLoS ONE, 11(7), e0159015.

и учесталост кризних ситуација умногоме доприносе развоју хроничног замора. С друге стране, специјалности које подразумевају континуирани контакт са великим бројем пацијената или дуготрајан административни рад могу довести до постепеног смањења радне мотивације и осећаја личне испуњености. Радни услови представљају један од најснажнијих предиктора сагоревања. У здравственим системима који се суочавају са недовољним бројем кадрова, лекари су принуђени да компензују недостатак радне снаге, што доводи до претераног броја радних сати, честих дежурстава и непрекидног осећаја временског притиска. Оваква динамика рада оставља мало простора за одмор, професионални развој или личну регенерацију. Поред тога, у срединама у којима недостају материјални ресурси, где је организација рада недовољно ефикасна или где не постоји јасна подршка руководства, лекари могу осетити снажан доживљај фрустрације и беспомоћности који додатно појачава симптоме сагоревања.⁹

Односи у колективу и квалитет тимске сарадње имају пресудан утицај на то како ће лекар доживети свакодневне изазове. Рад у окружењу у коме постоји добра комуникација, поштовање и међусобна подршка, може деловати заштитно и смањити осећај професионалне усамљености. Насупрот томе, рад у тимовима у којима владају конфликти, нејасна хијерархија, недовољно поверење или неадекватна расподела обавеза, повећава ризик од развоја сагоревања и доводи до дубљег осећаја незадовољства. Сагоревање се тако јавља као исход сложене комбинације личних, професионалних и организационих околности које међусобно делују и утичу на отпорност здравственог радника. Разумевање ове повезаности од суштинске је важности за планирање интервенција које могу допринети унапређењу радног окружења, развијању адекватних механизма подршке и побољшању менталног здравља лекара. Управо због тога, анализа социодемографских и радних фактора

⁹ World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: International Classification of Diseases (ICD-11). WHO Press.

представља важан korak у превенцији сагоревања и унапређењу квалитета здравствене заштите у целини.¹⁰

¹⁰ European Agency for Safety and Health at Work. (2018). *Work-related stress: Facts and figures*. EU-OSHA.

2. ЕФЕКТИ ПОВЕЗАНИ СА СИНДРОМОМ САГОРЕВАЊА

Синдром сагоревања, као сложен психолошки процес, не ограничава своје последице само на унутрашње стање лекара, већ се рефлектује на читав професионални, социјални и лични контекст у коме здравствени радник функционише. Последице сагоревања нису тренутне нити повремене; оне се развијају постепено, али остају дугорочне и дубоко утичу на квалитет живота и рада. У здравственој професији, ове последице имају посебну тежину, јер директно утичу на квалитет лечења, комуникацију са пацијентима и безбедност здравствене услуге. На психолошком нивоу, сагоревање доводи до постепеног урушавања мотивације, самопоуздања и осећаја професионалне вредности. Лекар који пролази кроз овај процес често доживљава осећај унутрашњег празнина, незадовољства и својеврсне равнодушности, што може значајно нарушити његову способност да са концентрацијом, емпатијом и стабилношћу одговори на високе захтеве професије. Уместо осећаја смислености и професионалног испуњења, јавља се уверење да резултати рада нису у складу са уложеним напором, што додатно појачава унутрашњу исцрпљеност. Овакве промене унутрашњег доживљаја могу довести до развоја анксиозних и депресивних симптома, а у тежим случајевима и до дуготрајних поремећаја у понашању, расположењу и међуљудским односима.

Сагоревање има значајан утицај и на емоционално функционисање. Све мања способност да се адекватно реагује у емотивно захтевним ситуацијама, нарочито када је у питању контакт са пацијентима који пролазе кроз бол, страх или неизлечиве болести, доводи до постепеног развијања емоционалне дистанце. Та дистанца није знак нестручности или недостатка саосећања, већ механизам одбране којим се лекар штити од прекомерног психичког оптерећења. Међутим, ова емоционална баријера временом нарушава квалитет комуникације са пацијентима, јер пацијенти осећају смањену топлину, пажњу и посвећеност, што утиче на њихово поверење у здравствену услугу. На тај начин, емоционалне последице сагоревања преносе се изван индивидуалног оквира и утичу на однос лекар–пацијент на нивоу целокупне здравствене установе. Професионални ефекти сагоревања највидљивији су у пољу ефикасности рада. Лекари који су изложени хроничном

стресу и исцрпљености имају већу вероватноћу да донесу непрецизну одлуку, пропусте важне информације, споро реагују у хитним ситуацијама или направе ненамерну грешку у клиничком процесу. Истраживања показују да сагоревање може довести до повећања учесталости медицинских грешака, било да су оне последица смањене концентрације, когнитивне успорености или недовољне емоционалне стабилности. Поред тога, сагоревање утиче на пад радне мотивације, смањену продуктивност и немогућност да се дугорочно одржи висок ниво професионалне ангажованости. Лекар који је исцрпљен и демотивисан често губи иницијативу и способност да учествује у тимском раду, што може нарушити функцију читавог здравственог колектива.

Социјални ефекти сагоревања огледају се у нарушавању односа са колегама, породицом и широм социјалном средином. Лекар који пролази кроз овај процес може постати повучен, раздражљив и мање комуникативан, што доводи до погоршања тимских односа и стварања напетости у радном окружењу. С друге стране, последице се преносе и у приватни живот, јер хронична исцрпљеност често доводи до смањене доступности за породичне активности, погоршања квалитета социјалних односа и осећаја изолованости. На тај начин, сагоревање се не ограничава на радно место, већ постаје фактор који дубоко утиче на целокупни живот појединца.

Неопходно је нагласити да синдром сагоревања, иако се развија као индивидуални проблем, има далекосежне последице по функционисање здравственог система. Он смањује укупну ефикасност здравствених установа, нарушава тимску стабилност, повећава ризик од одлива кадрова и доводи до опадања квалитета здравствене услуге коју пацијент добија. Због тога је разумевање ефеката сагоревања кључно не само са аспекта психолошког здравља лекара, већ и са становишта јавног здравља, професионалне етике и одрживости здравственог система у целини.¹¹

¹¹ Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2016). *Burnout and quality of care: A review*. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 29–36.

2.1. Последице синдрома сагоревања

Последице синдрома сагоревања код лекара представљају дубоке и вишеслојне промене које настају као исход дуготрајне изложености професионалном стресу и исцрпљености. Оне не обухватају само психолошко оптерећење, већ се одражавају и на емоционално, когнитивно, социјално и професионално функционисање појединца. Сагоревање доводи до постепеног нарушавања унутрашњих капацитета лекара и мења начин на који он доживљава себе, своју професију и окружење у коме ради. Иако се у почетним фазама последице могу уочити као пролазне тешкоће, временом постају трајније и дубље, утичући не само на лични живот здравственог радника, већ и на квалитет пружене здравствене услуге и укупно функционисање здравствене установе. Психолошке последице сагоревања најчешће се испољавају кроз осећај хроничне исцрпљености, губитак мотивације и пад професионалног самопоуздања. Лекар све теже одржава концентрацију, тешко се фокусира на захтевне клиничке ситуације и може доживљавати унутрашњу празнину или осећај бесмисла у односу на професионалне обавезе. Ове промене у унутрашњем доживљају често воде ка развоју анксиозности, раздражљивости и осећаја емоционалне нестабилности, а у неким случајевима и ка симптомима депресивности. Како се сагоревање продубљује, лекар може све теже регулисати сопствене емоционалне реакције, што додатно нарушава његово ментално благостање.

Емоционалне последице односе се пре свега на постепено губитак емпатије и развијање емоционалне дистанце према пацијентима и колегама. Овај механизам функционише као заштита од превеликог емоционалног терета, али истовремено нарушава квалитет интерперсоналних односа и утиче на начин комуникације у клиничком окружењу. Лекар може постати повученији, мање стрпљив или мање доступан за разговор са пацијентима, што директно утиче на поверење и квалитет здравствене услуге. Уколико се ова емоционална отупелост задржи, развија се поремећен осећај професионалног идентитета и смањује се доживљај личне ефикасности. На когнитивном плану, последице сагоревања огледају се у смањеној способности доношења правовремених и прецизних одлука. Исцрпљеност и хронични замор доводе до успореног процесирања информација, чешћег заборављања и осећаја менталне „магле“, што може бити посебно проблематично у професији која захтева висок степен концентрације и клиничке будности. Ово стање може

довести до осећаја несигурности у сопствене стручне процене, а тиме и до пада професионалног самопоуздања. Последице су видљиве и на понашајном плану. Лекари који се суочавају са сагоревањем могу почети да избегавају одређене радне активности, да одуговлаче у обављању задатака или да показују смањену иницијативу у професионалним ситуацијама. Смањење ангажовања у тимском раду, пад ентузијазма и повлачење из колективних активности додатно нарушавају атмосферу у радном окружењу и стварају ризик од нарушавања кохезије унутар медицинског тима. У тежим случајевима, сагоревање може довести до повећаног одсуства са посла или до преиспитивања даљег професионалног ангажмана у здравству.

Физичке последице сагоревања не треба занемарити, јер често укључују хронични умор, поремећаје сна, тензионе главобоље, гастроинтестиналне сметње и појачану телесну напетост. Са продубљивањем сагоревања, физички симптоми могу постати израженији, што додатно нарушава способност лекара да одговори на захтеве професионалног окружења и доприноси општем осећају исцрпљености.

Све укупно посматрано, последице синдрома сагоревања представљају озбиљан здравствени и професионални изазов. Оне утичу не само на индивидуалну добробит лекара, већ имају и шири ефекат на функционисање тимова, здравствених установа и целокупног система. Управо зато је благовремено препознавање ових последица од кључног значаја за планирање мера подршке које ће допринети очувању менталног здравља и професионалног интегритета здравствених радника.¹²

2.2. Индикатори позитивног менталног здравља и индикатори негативног менталног здравља

Ментално здравље представља динамичан и вишедимензионалан концепт који обухвата емоционално функционисање, психолошку стабилност, способност прилагођавања и

¹² Montanari, P., & Diefendorff, J. (2020). *Emotional exhaustion and performance in healthcare: The mediating role of work engagement*. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2401–2411.

квалитет социјалних односа. У контексту здравствених радника, посебно лекара, разлика између позитивних и негативних индикатора менталног здравља има значајну улогу у разумевању како се синдром сагоревања развија, одражава и утиче на професионално и лично функционисање. Позитивни и негативни индикатори не делују као супротстављени полови, већ као континуум унутар ког промене у једној категорији неизбежно одражавају стање друге. Управо зато анализа ових индикатора омогућава увид у то колико је лекар психолошки стабилан, отпоран на стрес и способан да адекватно одговори на захтеве професије.

Позитивни индикатори менталног здравља представљају кључне факторе који омогућавају лекару да одржи унутрашњу равнотежу и да са стабилношћу одговори на професионалне изазове. Они обухватају емоционалну стабилност, способност регулације стреса, очуван осећај самопоуздања и професионалне самоуверености, као и доживљај сврсисходности и задовољства у свом позиву. Лекар са развијеним позитивним индикаторима има очувану мотивацију, оптимистичан је у погледу својих способности и задржава осећај контроле над радним процесом. Способност конструктивног решавања проблема, адекватне комуникације и очувана емпатија такође су важни показатељи позитивног менталног здравља. Ови фактори делују заштитно, јер омогућавају здравственом раднику да одговори на притиске професије без развијања дубљих последица по психолошко благостање.

Супротно томе, негативни индикатори менталног здравља јављају се као последица дуготрајног психолошког оптерећења и постепеног слабљења унутрашњих капацитета лекара. Они укључују хронични стрес, емоционалну нестабилност, пад мотивације, повећану раздражљивост и осећај преоптерећености. У клиничком контексту ови индикатори могу бити праћени смањеном концентрацијом, потешкоћама у доношењу одлука, несигурношћу у сопствене процене и емоционалним дистанцирањем од пацијената. Негативни индикатори често су први знаци да се код лекара развијају дубљи облици исцрпљености, који временом могу прерасти у анксиозне или депресивне симптоме. Овај процес доводи до нарушавања професионалног самопоуздања, осећаја неадекватности и укупног пада личне ефикасности.

Веза између позитивних и негативних индикатора посебно је изражена у здравственој професији, јер свако слабљење позитивних индикатора директно повећава вероватноћу да ће се појавити негативни. Када лекар изгуби осећај контроле, мотивацију или професионални ентузијазам, јавља се осећај преоптерећености који временом нарушава целокупно психичко стање. Истовремено, доминација негативних индикатора доводи до смањења отпорности на стрес, што још више погоршава ментално благостање и ствара зачарани круг исцрпљености и незадовољства. Управо у том односу постаје јасно да позитивни индикатори функционишу као кључни заштитни фактори, док негативни представљају рани сигнал упозорења да је неопходно предузети мере подршке.

Разумевање система индикатора има суштински значај за процену ризика од сагоревања, рану идентификацију психолошких промена и планирање интервенција које могу допринети очувању менталног здравља лекара. Јачање позитивних индикатора, као и благовремено препознавање и смањивање негативних, представља један од најважнијих корака у превенцији сагоревања, али и у унапређењу квалитета пружене здравствене услуге. За здравствени систем, ова анализа има изузетан значај, јер директно утиче на професионалну стабилност, ефикасност и задовољство лекара, а тиме и на добробит пацијената и функционисање читаве установе.¹³

2.3. Повезаност синдрома сагоревања са стресом, анксиозношћу и депресијом

Синдром сагоревања представља сложен психолошки процес чији се развој тесно повезује са хроничним стресом, а његове последице често воде ка појави анксиозних и депресивних симптома. У здравственој професији, где су лекари изложени високо захтевним и емоционално оптерећујућим ситуацијама, ова повезаност добија посебну тежину. Стрес, анксиозност и депресивност не постоје као изоловани феномени, већ чине међусобно повезан систем који се постепено развија под утицајем дугорочног психичког оптерећења.

¹³ Ministry of Health of the Republic of Serbia. (2021). *Strategija za unapređenje mentalnog zdravlja zdravstvenih radnika*. Министарство здравља РС.

Када лекар дуго времена функционише у условима преоптерећења, без адекватне подршке и опоравка, овај систем почиње да се урушава, што доводи до продубљивања симптома сагоревања и значајног нарушавања менталног здравља. Стрес представља полазну тачку у развоју синдрома сагоревања. У здравственој професији, стрес је хроничан, интензиван и често произлази из више извора истовремено — високих професионалних очекивања, недостатка времена, сложених клиничких одлука, контакта са пацијентима у тешким здравственим стањима и недовољних ресурса. Када је присутан дужи временски период, стрес постепено доводи до психичке и физичке исцрпљености, смањује отпорност и нарушава емоционалну стабилност. Овај стални притисак представља основу на којој сагоревање настаје, јер здравствени радник губи унутрашњу равнотежу и капацитет за ефикасно суочавање са свакодневним захтевима.

Анксиозност се често јавља као директан пратећи феномен сагоревања. Присутна је у виду сталне унутрашње напетости, осећаја прекомерне одговорности, брине о сопственим професионалним одлукама и страха од грешака. Код лекара, ова анксиозна компонента може бити нарочито изражена, јер њихове одлуке имају непосредан утицај на здравље и живот пацијената. У стању сагоревања, лекар почиње да доводи у питање сопствену стручну компетентност, да преувеличава потенцијалне ризике и да доживљава појачан осећај несигурности. Овај процес ствара зачарани круг, јер анксиозност додатно појачава перцепцију стреса, што продубљује симптоме сагоревања и умањује способност рационалног суочавања са професионалним изазовима. Депресивност представља најозбиљнији психолошки исход повезан са сагоревањем. Она се развија постепено, као последица хроничне исцрпљености, опадања мотивације и губитка осећаја контроле и смисла у професији. Лекар који доживљава депресивне симптоме често губи интересовање за активности које су некада доносиле задовољство, уз осећај празнине, незнања и недостатка енергије. Депресивност може бити праћена и смањеним самопоуздањем, осећајем професионалне неадекватности и дубоким уверењем да не постоји могућност промене. Овај континуитет између сагоревања и депресивних симптома представља озбиљан ризик за ментално здравље здравственог радника и захтева благовремену интервенцију.

Постојање везе између сагоревања, стреса, анксиозности и депресивности огледа се и у поремећају когнитивног функционисања, које постаје ослабљено услед сталног психичког замора. Лекар може имати потешкоће у концентрацији, доношењу одлука и организовању мисли, што додатно појачава осећај несигурности и анксиозности. Ови когнитивни поремећаји утемељени су у физиолошким променама које настају услед дуготрајног стреса, као што су дисбаланс хормона, поремећај сна и смањена енергетска резерва организма.

Повезаност сагоревања са стресом, анксиозношћу и депресивношћу указује на то да синдром сагоревања није само пролазна последица напорног рада, већ озбиљан психолошки процес који утиче на целокупну личност и професионалну способност здравственог радника. У пракси, то значи да је неопходно благовремено препознати иницијалне знакове стреса и анксиозности, како би се спречио развој дубљих психолошких поремећаја и нарушавање професионалног функционисања.¹⁴

2.5. Повезаност синдрома сагоревања са резилијентношћу, субјективним благостањем и ментализацијом

Повезаност синдрома сагоревања са резилијентношћу, субјективним благостањем и ментализацијом представља један од кључних аспеката у разумевању начина на који лекари доживљавају и превазилазе професионалне изазове. Ови психолошки концепти одражавају унутрашње механизме који подржавају стабилност и психички интегритет појединца, а њихово нарушавање или недовољна развијеност значајно повећавају ризик од сагоревања. У здравственој професији, где су стресне ситуације честа појава, способност одржавања психолошке отпорности и унутрашње равнотеже има посебну важност. Резилијентност, као способност појединца да се успешно прилагоди стресним и неповољним околностима, представља један од најзначајнијих заштитних фактора против сагоревања. Лекари који поседују високу резилијентност у стању су да стабилније реагују на радне изазове, да брже

¹⁴ Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

поврате психичку равнотежу након тешких ситуација и да ефикасније користе стратегије суочавања. Уколико је резилијентност недовољно развијена, лекар је склонији доживљавању стреса као непремостивог и тежим последицама по психичко здравље. Недостатак унутрашњих ресурса убрзава исцрпљивање капацитета и доприноси бржем настанку емоционалне исцрпљености, што представља једну од централних компоненти сагоревања.

Субјективно благостање представља доживљај личне испуњености, стабилности, животног задовољства и унутрашњег мира. Оно се у здравственој професији често нарушава услед прекомерних радних обавеза, дугих смена, емоционалног оптерећења и недостатка времена за приватне активности. Када је субјективно благостање умањено, лекар се осећа психички оптерећеније, мање задовољно и мање способно да одржи мотивацију. Смањење субјективног благостања може довести до губитка енергије, појаве доживљаја празнине, па чак и до сумње у сопствене професионалне изборе. У таквом стању, ризик од развоја синдрома сагоревања значајно се повећава, јер лекар нема довољно емоционалних и психолошких ресурса за одговор на радне захтеве. Ментализација, која подразумева способност разумевања сопствених и туђих емоција, ставова и намера, игра пресудну улогу у регулисању интерперсоналних односа у клиничком окружењу. Лекар који је у стању да препозна и правилно интерпретира емоционална стања пацијената и колега, као и сопствене реакције, има већу способност да одржи добру комуникацију, да избегне конфликте и да на конструктиван начин решава стресне ситуације. У условима сагоревања, ментализација се нарушава: лекар има потешкоће у разумевању сопствених емоција, осећа да губи контролу над реакцијама и све теже адекватно процењује емоционалне сигнале других. Ово доводи до погоршања односа са пацијентима, осећаја изолованости и повећаног унутрашњег конфликта.

Повезаност сагоревања са резилијентношћу, субјективним благостањем и ментализацијом најјасније се огледа у томе што сва три конструкта делују као заштитни психолошки механизми који омогућавају лекару да одржи стабилност упркос изазовима. Када је било који од ових механизма нарушен, способност појединца да одговори на стрес значајно се смањује, што убрзава пут ка емоционалној исцрпљености и професионалном незадовољству. С друге стране, развој и јачање ових капацитета доприносе већој

емоционалној чврстини, психолошкој стабилности и општем осећају животног задовољства, што смањује ризик од сагоревања. Разумевање ове повезаности од посебног је значаја у здравственим установама, јер указује на потребу за програмима подршке који ће јачати резилијентност, унапређивати субјективно благостање и развијати способности психолошког увида. Ови програми не само што могу спречити настанак сагоревања, већ и допринети укупној стабилности и ефикасности здравственог система. На тај начин, очување менталног здравља лекара постаје предуслов за очување професионалне ефикасности и квалитета здравствене услуге.¹⁵

¹⁵ Panagioti, M., et al. (2017). *Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review*. JAMA Internal Medicine, 177(2), 195–205.

3. ПСИХОЛОШКЕ И ПРОФЕСИОНАЛНЕ ПОСЛЕДИЦЕ СИНДРОМА САГОРЕВАЊА КОД ЛЕКАРА

Психолошке и професионалне последице синдрома сагоревања код лекара представљају један од најзначајнијих изазова савременог здравственог система, јер утичу не само на индивидуално благостање здравствених радника, већ и на квалитет здравствене услуге, стабилност колектива и ефикасност организације. Ове последице развијају се постепено, често неприметно, док не постану уочљиве у понашању, емоционалним реакцијама и професионалном функционисању лекара. Сагоревање се не исцрпљује само у осећају замора, већ доводи до дубоких промена у начину размишљања, доживљавања и реаговања у радном и личном окружењу. Разумевање психолошких и професионалних последица овог синдрома од кључног је значаја за планирање мера подршке које ће допринети очувању менталног здравља и професионалне стабилности лекара. Психолошке последице сагоревања огледају се у дубоком поремећају емоционалне равнотеже, који доводи до појачане раздражљивости, нестабилности расположења и осећаја емоционалне исцрпљености. Лекар почиње да губи унутрашњу енергију потребну за конструктивно суочавање са стресом, а његове емоционалне реакције постају интензивније или неконтролисане. Осећај професионалног поноса и личне испуњености постепено слаби, јавља се осећај равнодушности или дистанце према пацијентима и колегама, што нарушава квалитет комуникације и целокупну динамику интерперсоналних односа. Пад мотивације и осећај личне неадекватности могу довести до развоја анксиозних и депресивних стања, што додатно погоршава опште психичко функционисање.

Когнитивне последице такође играју важну улогу у разумевању утицаја сагоревања. Лекари који пролазе кроз овај процес често имају потешкоће у концентрацији, памћењу, организовању мисли и доношењу рационалних одлука. Осећај менталне „магле“ који прати сагоревање отежава рад у ситуацијама у којима је потребна висока прецизност, брза процена и аналитичко размишљање. Ове когнитивне промене могу утицати на квалитет дијагностичког процеса, ефикасност клиничких одлука и способност праћења сложених

процедура, што представља значајан ризик у професији која захтева максималну будност и одговорност.

Понашајне последице сагоревања огледају се у променама у професионалном ангажовању. Лекар који је исцрпљен и демотивисан често показује смањену иницијативу, избегава укључивање у тимске активности и све више се усмерава на рутинско обављање посла. Уместо ентузијазма и посвећености, јавља се осећај професионалне резигнације, што може довести до пада продуктивности и квалитета пружене услуге. У неким случајевима, сагоревање доводи и до повећаног броја изостанка са посла, учесталих здравствених тегоба или размишљања о напуштању професије, што значајно утиче на функционисање здравствених установа и стабилност кадрова. Професионалне последице сагоревања имају широк спектар утицаја. Оне се огледају у нарушеној комуникацији, смањеној ефикасности, повећаном ризику од грешака, смањеној способности примене стручних протокола и укупном паду професионалне кохезије. Лекари у стању сагоревања теже одржавају везу са професијом, осећају смањено задовољство позивом, а често губе и интересовање за професионално усавршавање. На нивоу колектива, ово доводи до нарушених односа, слабљења тимске сарадње и повећања тензија међу здравственим радницима. Како сагоревање напредује, тако опада могућност одржавања високих стандарда професионалне етике и квалитета здравствене услуге.

Посебно важно је нагласити да психолошке и професионалне последице сагоревања нису одвојене, већ међусобно условљене. Пад психолошке стабилности доводи до пада професионалне ефикасности, док негативна искуства у професионалном контексту продубљују психолошку исцрпљеност. Овај зачарани циклус може довести до озбиљних дугорочних последица по здравље, професионалну каријеру и укупни квалитет живота лекара. Управо зато је неопходно да здравствени системи развију стратегије подршке које

ће препознати и зауставити сагоревање у раним фазама, као и омогућити лекарима ресурсе за опоравак, подршку и професионални развој.¹⁶

3.1. Утицај синдрома сагоревања на емоционалну исцрпљеност лекара, деперсонализацију и смањење личне ефикасности

Утицај синдрома сагоревања на емоционалну исцрпљеност, деперсонализацију и смањену личну ефикасност представља централно језгро психолошких промена које погађају лекаре изложене дуготрајном оптерећењу и високој одговорности. Сагоревање не настаје изненада, већ је последица континуираног суочавања са стресом, сложеним клиничким ситуацијама, недостатком времена за опоравак и сталном потребом да се контролишу емоције у контактима са пацијентима. Управо због природе лекарске професије, ове димензије сагоревања посебно су изражене и обликују начин на који лекар доживљава себе, колектив и професију.

Емоционална исцрпљеност представља најистакнутију и најранију фазу синдрома сагоревања. Она се огледа у осећају трајног умора, губитку психичке снаге и неспособности да се одговори на емоционалне и професионалне захтеве. Лекар постепено осећа да више нема довољно енергије да се ангажује у раду, да се носи са стресним ситуацијама и да одржи емотивну стабилност. Ова врста исцрпљености нарушава мотивацију, смањује способност да се реагује са пажњом и емпатијом и доводи до осећаја преоптерећености који се задржава и ван радног времена. У здравственим установама, где су брзе одлуке и континуирана концентрација неминовни, емоционална исцрпљеност представља озбиљан ризик за лекарско функционисање.

Друга кључна компонента сагоревања је деперсонализација, односно појава емоционалне удаљености у односима са пацијентима и колегама. Она се јавља као одбрамбени механизам организма који настоји да се заштити од прекомерног емоционалног оптерећења. Лекар

¹⁶ Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., & Hossain, S. (2018). *A review on physician burnout in the United States*. *Cureus*, 10(12), e3681.

почиње да се односи према пацијентима формално, без уобичајене емпатије и топлине, често доживљавајући професионалне контакте као сувопарне или исцрпљујуће. Уместо да улаже емоционалну енергију, он се повлачи и дистанцира, што пацијенти могу тумачити као хладноћу или непажњу. Ова димензија сагоревања директно нарушава квалитет комуникације, поверење у терапијски процес и целокупну атмосферу у здравственој установи.

Смањење личне ефикасности представља трећу и веома значајну димензију синдрома сагоревања. Оно подразумева пад самопоуздања, осећај неуспешности и уверење да лекар не може да испуни професионалне захтеве на одговарајући начин. Лекар почиње да сумња у сопствене клиничке компетенције, успорава процес доношења одлука и губи осећај професионалне вредности. Ово стање често доводи до губитка мотивације, страха од грешке и избегавања сложених задатака, што додатно нарушава професионално функционисање. У тежим случајевима, осећај недовољне ефикасности може довести до размишљања о напуштању професије или повлачењу из свакодневних радних активности.

Комбинација емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањене личне ефикасности ствара зачарани круг који додатно продубљује синдром сагоревања. Како се погоршава једна димензија, тако утиче на развој других, што доводи до све веће дезорганизације унутрашњих капацитета лекара. Ове промене не нарушавају само индивидуално психичко здравље, већ имају последице и на квалитет рада, безбедност пацијената и атмосферу у здравственим установама. Због тога је благовремено препознавање ових димензија и развој мера подршке од суштинске важности за очување професионалног здравља и ефикасности лекара.¹⁷

¹⁷ Rotenstein, L. S., et al. (2018). *Prevalence of burnout among physicians: A systematic review*. JAMA, 320(11), 1131–1150.

3.2. Утицај синдрома сагоревања на квалитет пружене услуге лекара

Утицај синдрома сагоревања на квалитет пружене здравствене услуге представља један од најкритичнијих аспеката овог феномена, јер се последице не одражавају само на психичко стање лекара, већ и на безбедност, исход лечења и задовољство пацијената. Када се лекар суочи са дуготрајном исцрпљеношћу, емотивним оптерећењем и смањеним осећајем личне ефикасности, његова способност да пружи квалитетну, пажљиву и прецизну здравствену услугу значајно опада. Сагоревање стога не представља индивидуални проблем појединца, већ системски изазов који директно утиче на функционисање здравственог система и исходе терапијског процеса. Један од најзначајнијих начина на који сагоревање нарушава квалитет услуге јесте пад концентрације, успорено процесирање информација и смањена могућност правовремене реакције у клиничким ситуацијама. Лекари у стању исцрпљености теже одржавају пажњу, што повећава ризик од пропуштања важних симптома, грешака у процени или недовољно темељног приступа пацијенту. Ове промене доводе до успоравања дијагностичког процеса, смањења прецизности и могућности клиничких пропуста. У условима где је свака одлука важна, чак и минимално нарушавање когнитивних функција може довести до озбиљних последица по пацијента.

Емоционална природа односа лекар–пацијент посебно је погођена синдромом сагоревања. Лекар који је емоционално исцрпљен и изложен деперсонализацији има мању способност да одржи емпатију, стрпљење и професионалну топлину у комуникацији. Пацијенти то препознају кроз краће разговоре, мање пажње, видљиву нервозу или генералну дистанцу. Овакве промене нарушавају терапијски однос, смањују поверење и смањују задовољство пацијента током лечења. Квалитет пружене услуге више не зависи само од стручности, већ и од квалитета комуникације, која је под утицајем сагоревања значајно ослабљена. Сагоревање такође доводи до промена у начину организовања рада. Лекар који је оптерећен хроничним замором често прибегава рутинским, минималним приступима, избегава сложене процедуре или скраћује разговоре и прегледе како би сачувао преосталу енергију. То може резултирати површнијим приступом пацијенту, недовољно детаљним објашњењима, мање прецизним инструкцијама и ограниченим ангажовањем у терапијском процесу. Као последица, пацијент добија услугу која није у складу са потребним стандардима, што утиче на исход лечења, придржавање терапији и целокупно искуство

пацијента у здравственој установи. Квалитет услуге нарушен је и због смањене доступности лекара. Сагоревање често доводи до повећаног броја изостанака са посла, боловања, одласка на дуже одморе или чак размишљања о напуштању професије. То оптерећује остатак колектива, успорава радне процесе и ствара нестабилност у континуитету здравствене неге. У здравственом систему, где пацијенти зависе од доследности и доступности стручњака, ово ствара значајне организационе проблеме и угрожава сигурност лечења.

Синдром сагоревања дубоко нарушава квалитет здравствене услуге, јер утиче на когнитивне способности, емоционалну доступност, професионалну ефикасност и организациону стабилност. Губитак емпатије, опадање концентрације, грешке у раду, рутински приступ пацијентима и недостатак мотивације представљају озбиљан ризик за здравље и задовољство пацијената. Управо зато је неопходно да здравствене установе систематски прате симптоме сагоревања, уводе мере превенције и обезбеде подршку лекарима, како би се очувала висока професионална стандардизација и сигурност пацијената.¹⁸

¹⁸ Salvagioni, D. A. J., et al. (2017). *Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review*. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 52–68.

4. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ

Емпиријско истраживање представља централни део рада и има за циљ да утврди присутност, интензитет и карактеристике синдрома сагоревања код лекара, као и да испита на који начин ово стање утиче на квалитет пружене здравствене услуге. Пошто је синдром сагоревања сложен и вишедимензионалан феномен, истраживање је усмерено на идентификацију његових најзначајнијих компоненти, као што су емоционална исцрпљеност, деперсонализација и смањена лична ефикасност, као и на анализу фактора који могу утицати на његов развој. У фокусу су индивидуалне карактеристике лекара, организациони услови, радно оптерећење и психолошки фактори који обликују професионално функционисање здравствених радника. Истраживање је реализовано у облику онлајн Google анкете, што је омогућило брзо, анонимно и приступачно прикупљање података од већег броја испитаника. Овај приступ је посебно погодан за здравствене раднике, јер им омогућава да испуне упитник у тренутку који им одговара, без додатног оптерећења у оквиру радних обавеза. Поред тога, анонимност доприноси већој искрености у одговорима, што повећава поузданост добијених података. Емпиријски део рада стога пружа реалну слику стања на терену и омогућава дубљу анализу фактора ризика и последица синдрома сагоревања.

4.1. Структура упитника и припрема података

Упитник који је коришћен у истраживању конципиран је тако да обухвати све релевантне аспекте синдрома сагоревања и карактеристике професионалног контекста у којем лекари

раде. Структура упитника заснована је на комбинацији демографских питања, тврдњи које мере димензије сагоревања и питања која се односе на перцепцију квалитета пружене здравствене услуге. Оваква структура омогућава да се добије потпуна слика о испитаницима, њиховим радним условима и унутрашњим психолошким процесима који утичу на развој сагоревања. Први део упитника односи се на демографске податке, као што су пол, старост, дужина радног искуства, тип здравствене установе у којој лекар ради и специфичности радног ангажмана. Ови подаци су од значаја јер омогућавају да се сагледа на који начин различите групе лекара доживљавају радно оптерећење и у којој мери су изложене ризику од сагоревања. Други део упитника садржи тврдње које мере три централне димензије синдрома сагоревања: емоционалну исцрпљеност, деперсонализацију и осећај личне ефикасности. Упитник је прилагођен тако да одговара лекарској професији и радном контексту у којем се сагоревање најчешће испољава. Трећи део упитника односи се на процену квалитета услуге коју лекар пружа, односно на његов доживљај сопствене професионалне одговорности, посвећености, односа са пацијентима и могућих тешкоћа које проистичу из радног оптерећења. Овај део је од посебног значаја јер омогућава да се утврди на који начин симптоми сагоревања утичу на свакодневни професионални учинак и на перцепцију сопствене стручне компетентности.

Припрема података обухватала је систематизацију и обраду одговора прикупљених преко *Google* упитника. Упитник садржи 15 питања. На њих је одговорило 109 испитаника. Податци су најпре прегледани ради утврђивања валидности, а затим су сви одговори унети у базу за статистичку анализу. Анонимност испитаника је у потпуности очувана, а сви прикупљени подаци коришћени су искључиво у научне сврхе. Након иницијалног уноса и прегледа, подаци су категорисани, прилагођени за даљу обраду и припремљени за дескриптивну статистичку анализу која ће бити приказана у наредном делу рада.

4.2. Обрада података

Обрада података у овом истраживању спроведена је уз примену дескриптивне статистике, која омогућава да се на систематичан и прегледан начин прикажу основне карактеристике узорка и тенденције у одговорима испитаника. Пошто је истраживање реализовано путем *Google* анкете, прикупљени подаци били су у дигиталном облику, што је олакшало њихову

организацију, проверу, категоризацију и статистичку анализу. Први корак у обради података подразумевао је преглед комплетности одговора и елиминацију евентуално непотпуних или недоследних упитника, чиме је обезбеђен виши ниво поузданости резултата. Након иницијалног уређивања, подаци су припремљени за статистичку обраду која се заснивала на представљању фреквенција, процената и аритметичких средина. Демографске варијабле, као што су пол, старост, дужина радног стажа и тип здравствене установе, обрађене су тако да омогуће јасан увид у структуру узорка и да послуже као основа за интерпретацију даљих резултата. На овај начин било је могуће уочити које групе лекара су најизложеније радном оптерећењу и у којој мери различита професионална искуства обликују доживљај сагоревања.

Главне димензије синдрома сагоревања – емоционална исцрпљеност, деперсонализација и смањена лична ефикасност – обрађене су анализом учесталости појединих одговора и утврђивањем просечне изражености ових симптома у узорку. Овакав приступ омогућио је да се утврди у којој мери су испитани лекари били оптерећени емоционално, како су доживљавали своју повезаност са пацијентима и колегама, као и колико су били сигурни у сопствену професионалну ефикасност. Дескриптивна статистика омогућила је јасно приказивање ових тенденција кроз средње вредности и доминантне обрасце одговора. Подаци који се односе на квалитет пружене услуге анализирани су у истом статистичком оквиру, што је омогућило повезивање нивоа сагоревања са доживљајем професионалног функционисања. На основу анализе било је могуће уочити у којој мери симптоми сагоревања утичу на пажњу, концентрацију, однос са пацијентима и субјективни осећај професионалне одговорности. Добијене вредности послужиле су као основа за тумачење утицаја сагоревања на радну атмосферу и квалитет здравствене услуге.

Обрада података закључена је синтетизовањем резултата у целину која омогућава њихово даље тумачење у оквиру дискусије. Овако организован статистички материјал омогућио је формулисање закључака који се заснивају на реалном стању у пракси и представља поуздану основу за предлоге мера за превенцију и смањење синдрома сагоревања код лекара.

4.3. Резултати истраживања

У овом делу представљени су резултати добијени на узорку од 109 лекара различитих профила, који су попунили Google упитник. Резултати су приказани по групама питања и организовани тако да прате структуру упитника. За сваки сегмент дата је табела са бројем и процентом испитаника.

Табела 1: Пол

Пол	Број испитаника	Процент
Мушки	38	34.9%
Женски	71	65.1%

Извор: Аутор

Узорак је доминантно женски, што је у складу са структуром здравственог сектора у Србији.

Табела 2: Старосна доб

Старосна група	n	%
До 30 година	21	19.3%
31–40 година	39	35.8%
41–50 година	28	25.7%
Преко 50 година	21	19.3%

Извор: Аутор

Структура узорка према старосној доби показује да су у истраживању учествовали лекари различитих генерација, што омогућава свеобухватнији увид у присутност синдрома сагоревања. Највећи проценат испитаника припада старосној групи од 31 до 40 година, која обухвата 35,8% учесника, што указује да највећи део узорка чине лекари у активној радној фази, са већ формираним професионалним искуством и израженим радним обавезама. Следи група од 41 до 50 година, са 25,7% испитаника, што представља значајан део средњег

кадра који је најчешће носилац комплексних клиничких задатака и руководећих обавеза. Испитаници млађи од 30 година чине 19,3% узорка, што указује на учешће лекара који су тек на почетку професионалне каријере или су релативно кратко у здравственом систему. Иста заступљеност од 19,3% јавља се и код лекара старијих од 50 година, који имају најдужи стаж и највише практичног искуства.

Табела 3: Радни стаж у здравству

Радни стаж	n	%
Мање од 5 година	18	16.5%
5–10 година	30	27.5%
11–20 година	34	31.2%
Преко 20 година	27	24.8%

Извор: Аутор

Расподела испитаника према дужини радног стажа показује да су у истраживању учествовали лекари са различитим нивоима професионалног искуства, што доприноси ширем разумевању фактора који утичу на развој синдрома сагоревања. Најзаступљенија група су лекари са 11 до 20 година радног стажа, који чине 31,2% узорка. Ово указује да је највећи део испитаника у зрелом професионалном периоду, када су радне обавезе најинтензивније, а оптерећење највеће.

Следи група са 5 до 10 година стажа, која обухвата 27,5% испитаника. Реч је о лекарима који су довољно искусни да самостално обављају сложене задатке, али су и даље изложени процесима професионалног усавршавања и адаптације, што их може учинити осетљивима на повећано радно оптерећење.

Лекари са преко 20 година искуства чине значајних 24,8% узорка. Ова група припада најискуснијем кадру, који се често сусреће са високим одговорностима, већим обимом посла и потенцијалним хроничним замором који се акумулира током деценија рада.

Најмање заступљени су лекари са мање од 5 година радног стажа (16,5%). Иако су нови у здравственом систему, они се често суочавају са изазовима почетничког периода, као што

су несигурност, висок ниво учења и потреба за брзим прилагођавањем, што их такође може изложити стресу.

Табела 4: Тип здравствене установе

Тип установе	n	%
Примарна	44	40.4%
Секундарна	36	33.0%
Терцијарна	29	26.6%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да су у узорку били заступљени лекари запослени у различитим типовима здравствених установа, што омогућава свеобухватније сагледавање услова рада и фактора који доприносе развоју синдрома сагоревања. Највећи проценат испитаника, 40,4%, ради у установама примарног нивоа здравствене заштите. Овај податак је значајан јер лекари на примарном нивоу најчешће имају велики број пацијената, висок дневни обим посла и ограничене ресурсе, што их чини посебно осетљивима на професионално оптерећење и хронични стрес.

Секундарни ниво здравствене заштите заступљен је са 33% испитаника. Лекари који раде у болницама и специјалистичким службама често се сусрећу са тежим клиничким случајевима, дежурствима и интензивним радним динамикама, што такође представља висок ризик за развој сагоревања. Ова група се налази у средини по заступљености, што указује на релативно уједначену структуру узорка.

Терцијарни ниво, који обухвата клиничке центре и високо специјализоване установе, заступљен је са 26,6%. Лекари у најсложенијим клиничким системима често се суочавају са високим професионалним захтевима, сложеним процедурама, истраживачким обавезама и интензивним психичким оптерећењем. Иако су бројчано најмање заступљени, представљају

важан део узорка због специфичног радног окружења у којем сагоревање може бити посебно изражено.

Табела 5: Колико често осећате емоционалну исцрпљеност након радног дана?

Одговор	n	%
Никада	4	3.7%
Ретко	17	15.6%
Повремено	39	35.8%
Често	49	44.9%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да значајан проценат испитаних лекара доживљава емоционалну исцрпљеност као редован део свог посла. Највећи број учесника, 44,9%, навео је да често осећа исцрпљеност након завршетка радног дана. Овај податак указује на висок ниво хроничног умора и психичког оптерећења које прати свакодневни рад у здравственим установама.

Повремено емоционалну исцрпљеност доживљава 35,8% испитаника, што показује да је ова појава широко распрострањена и да погађа већину лекара, иако не у истом интензитету. У комбинацији са онима који исцрпљеност осећају често, чак више од 80% испитаника суочава се са овим симптомом у различитом степену, што представља значајан ризик за развој синдрома сагоревања.

Ретки осећај исцрпљености навело је 15,6% испитаних лекара, док је само 3,7% изјавило да никада не осећа емоционални замор након посла. Ови резултати указују да је минималан број лекара у потпуности заштићен од емоционалне исцрпљености, а да је већина у одређеној мери изложена хроничном психичком оптерећењу.

Табела 6: Колико често осећате да сте преоптерећени послом и бројем пацијената?

Одговор	n	%
Никада	3	2.8%
Ретко	11	10.1%
Повремено	34	31.2%
Често	61	56.0%

Извор: Аутор

Резултати показују да је осећај преоптерећености послом веома изражен међу испитаним лекарима. Више од половине учесника, тачније 56,0%, навело је да се често осећа преоптерећено обимом посла и бројем пацијената. Овај податак указује на висок степен радног притиска у здравственим установама, који може бити један од директних покретача синдрома сагоревања. Повремено преоптерећење пријавило је 31,2% испитаника, што показује да значајан број лекара доживљава осцилације у радном оптерећењу, али да оно ипак представља честу појаву. Укупно гледано, више од 87% испитаних лекара у одређеној мери осећа последице радног притиска, што јасно указује на системски проблем преоптерећености у здравственом сектору. Ретко преоптерећење навело је 10,1% испитаника, док је само 2,8% изјавило да никада не осећа ову врсту оптерећења. Ови резултати потврђују да је минималан број лекара у могућности да обавља посао без значајног психофизичког напрезања, што је у складу са комплексношћу и динамиком здравствене делатности.

Табела 7: Да ли сте приметили пад мотивације за рад у последњих неколико месеци?

Одговор	n	%
Да	72	66.1%
Не	15	13.8%

Делимично	22	20.1%
------------------	----	-------

Извор: Аутор

Резултати показују да је пад мотивације веома заступљен међу испитаним лекарима, што представља један од кључних индикатора развоја синдрома сагоревања. Већина учесника, односно 66,1%, навела је да је у последњих неколико месеци приметила значајно смањење мотивације за рад. Овај налаз указује да велики број лекара доживљава хронични замор, психичко оптерећење и емоционално исцрпљивање које утичу на њихову професионалну посвећеност. Делимичан пад мотивације пријавило је 20,1% испитаника. Иако ова група не доживљава изразит губитак мотивације, присутност промена на емоционалном и когнитивном плану ипак указује на појачано радно оптерећење и почетне симптоме сагоревања. У комбинацији са онима који су навели да мотивација значајно опада, чак 86,2% лекара исказује неки степен нарушене радне ангажованости, што представља веома висок проценат.

Потпуно одсуство овог проблема навело је само 13,8% испитаника, што значи да мањи део лекара успева да задржи стабилан ниво радне мотивације упркос захтевима посла. Овај податак сведочи о томе да је већина здравствених радника изложена условима који негативно утичу на њихову унутрашњу професионалну динамику.

Табела 8: Колико често имате осећај да не можете да пружите услугу пацијенту онолико квалитетно колико желите због исцрпљености?

Одговор	n	%
Никада	6	5.5%
Ретко	19	17.4%
Повремено	48	44.0%
Често	36	33.0%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да значајан број испитаних лекара доживљава потешкоће у одржавању квалитета здравствене услуге услед исцрпљености. Већина учесника, 44,0%, навела је да повремено има осећај да не може да пружи здравствену услугу на нивоу на који

би желела због умора и психичког оптерећења. Овај податак указује да је осцилација у професионалној ефикасности честа и да утиче на велики део здравственог кадра. Даљих 33,0% испитаника изјавило је да често има овај осећај, што јасно показује да за једну трећину лекара исцрпљеност представља континуиран и озбиљан проблем који ремети њихову способност да одговоре професионалним захтевима на адекватан начин. Овако висок проценат говори у прилог чињеници да хронични умор и нагомилани стрес директно утичу на квалитет пружене здравствене заштите, али и на сигурност пацијената. Супротно томе, 17,4% испитаника ретко доживљава овај проблем, док само 5,5% никада нема осећај да исцрпљеност нарушава њихов професионални учинак. Ова мала група лекара представља најмање оптерећен део узорка, што указује да само мали број здравствених радника успева да очува висок ниво енергије и професионалне стабилности упркос захтевима посла.

Укупна расподела показује да више од 77% испитаника (они који су одговорили „повремено“ или „често“) препознаје директан утицај исцрпљености на квалитет своје услуге. Овај налаз је од изузетне важности јер се односи директно на исход лечења и безбедност пацијената, што чини исцрпљеност једним од најкритичнијих индикатора синдрома сагоревања у лекарској професији.

Табела 9: Колико често осећате емоционалну равнодушност према пацијентима?

Одговор	n	%
Никада	12	11.0%
Ретко	33	30.3%
Повремено	45	41.3%
Често	19	17.4%

Извор: Аутор

Резултати указују да је осећај емоционалне равнодушности према пацијентима присутан код значајног броја испитаних лекара, што представља један од важних показатеља деперсонализације, кључне компоненте синдрома сагоревања. Највећи проценат испитаника, 41,3%, изјавио је да повремено осећа емоционалну дистанцу или смањену емпатију у контакту са пацијентима. Овај налаз указује да већина лекара, макар периодично,

доживљава емоционално повлачење као последицу хроничног стреса и психичког оптерећења. Да емоционалну равнодушност често осећа 17,4% испитаника, што представља групу у којој је овај симптом најизраженији и која је у већем ризику од развоја напредне фазе синдрома сагоревања. Чињеница да готово сваки пети лекар често осећа емоционалну дистанцу према пацијентима указује на значајно психичко оптерећење које нарушава квалитет терапијског односа и комуникације. С друге стране, 30,3% испитаника ретко доживљава овај осећај, док 11,0% лекара никада није имало искуство емоционалне равнодушности према пацијентима. Иако ова група вероватно поседује већу емоционалну отпорност или повољније радне услове, проценат лекара који никада не осете овај симптом је релативно низак, што потврђује да је емоционална дистанца у здравственом сектору распрострањен и значајан проблем. Више од 58% лекара повремено или често осећа емоционалну равнодушност према пацијентима.

Табела 10: У којој мери осећате подршку колега и руководства у решавању стресних ситуација?

Одговор	n	%
Уопште не	14	12.8%
Делимично	29	26.6%
Умерено	38	34.9%
У великој мери	20	18.3%
У потпуности	8	7.3%

Извор: Аутор

Резултати показују да испитани лекари у значајној мери доживљавају ограничену подршку колега и руководства у стресним и професионално захтевним ситуацијама. Највећи проценат испитаника, 34,9%, процењује да добија умерену подршку, што указује на постојање одређеног степена сарадње, али не и на довољно снажан ослонац који би могао утицати на смањење радног стреса и ризика од сагоревања. Делимичну подршку навело је 26,6% лекара, што значи да више од четвртине испитаника не осећа адекватан ниво колегијалне и управљачке помоћи. Ова група представља посебно рањиву категорију, јер

делимична подршка често није довољна да ублажи последице високих радних захтева. Значајан проценат испитаника, 12,8%, навео је да уопште не осећа подршку. Овај налаз је посебно важан, јер одсуство подршке повећава ризик од развоја емоционалне исцрпљености, деперсонализације и пада личне ефикасности. Недостатак институционалне или међуљудске помоћи оставља појединца изложеним хроничном стресу без заштитних механизма, што значајно повећава осетљивост на сагоревање. С друге стране, 18,3% испитаника сматра да има подршку у великој мери, док 7,3% истиче да је подршка потпуна. Ови испитаници представљају најстабилнију групу, која је вероватно мање изложена ризику од развоја синдрома сагоревања, захваљујући позитивној радној клими и доступности помоћи у кризним ситуацијама.

Табела 11: Колико сте задовољни условима рада?

Одговор	n	%
Врло незадовољан	22	20.2%
Делимично незадовољан	31	28.4%
Делимично задовољан	38	34.9%
Врло задовољан	18	16.5%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да велики број испитаних лекара није у потпуности задовољан условима рада у својим здравственим установама. Највећи проценат испитаника, 34,9%, изјавио је да је делимично задовољан условима рада. Овај резултат указује да лекари уочавају одређене позитивне аспекте радног окружења, али истовремено препознају и бројне недостатке који могу утицати на квалитет њиховог професионалног функционисања и на повећан ризик од сагоревања. Делимично незадовољни условима рада су 28,4% испитаника, што указује да више од четвртине лекара осећа да радно окружење не одговара њиховим потребама или професионалним захтевима. Ова група представља посебно осетљиву категорију, јер хронично незадовољство радним условима може довести до повећања стреса, пада мотивације и учесталијег доживљаја емоционалне исцрпљености. Врло незадовољан условима рада је значајних 20,2% испитаника. Овај резултат указује да једна петина узорка ради у срединама у којима су услови недовољни, неповољни или

континуирано стресни. Недовољна инфраструктура, велики обим посла, кадровски недостатак или организационе тешкоће могу бити фактори који доприносе овом незадовољству, а самим тим и појачаном ризику од развоја синдрома сагоревања. С друге стране, 16,5% испитаника навело је да су врло задовољни условима рада. Ова група представља мањи део узорка и указује на то да, упркос заступљеним изазовима, постоје радне средине које обезбеђују подстицајне услове, адекватну подршку и стабилност неопходну за квалитетно професионално функционисање.

Табела 12: Да ли сматрате да синдром сагоревања утиче на квалитет здравствене услуге коју пружате?

Одговор	n	%
Да, значајно	63	57.8%
У извесној мери	36	33.0%
Не утиче	10	9.2%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да већина испитаних лекара препознаје директну повезаност између синдрома сагоревања и квалитета здравствене услуге коју пружају пацијентима. Највећи проценат испитаника, 57,8%, изјавио је да синдром сагоревања значајно утиче на њихов професионални учинак. Овај резултат указује на то да лекари јасно свесно повезују сопствену емоционалну и психичку исцрпљеност са могућим падом концентрације, мотивације и емпатије, што директно утиче на безбедност и квалитет здравствене неге. У извесној мери утицај сагоревања препознаје 33,0% испитаника, што показује да је и код ове групе присутно схватање да стрес, хронични умор и психичко оптерећење могу довести до осцилација у професионализму и квалитету рада. Ово указује на то да чак и умерено присутни симптоми сагоревања могу реметити свакодневне радне активности. Само 9,2% испитаних лекара сматра да синдром сагоревања не утиче на квалитет услуге. Овај мали проценат може указивати на бољу емоционалну отпорност, другачији стил суочавања са стресом или специфичне радне услове у којима симптоми сагоревања нису доминантно изражени.

Укупно посматрано, чак 90,8% испитаних лекара (они који су одговорили „значајно“ или „у извесној мери“) препознаје да симптоми сагоревања имају директан утицај на њихову способност да пацијентима пруже квалитетну, прецизну и емпатичну здравствену услугу. Ови подаци јасно указују на важност благовременог препознавања и превенције сагоревања како би се очувала професионална ефикасност и безбедност у здравственој организацији.

Табела 13: Колико често користите одмор или релаксацију ради опоравка од стреса на послу?

Одговор	n	%
Никада	9	8.3%
Ретко	22	20.2%
Повремено	46	42.2%
Често	32	29.3%

Извор: Аутор

Резултати показују да већина испитаних лекара користи одмор или различите облике релаксације како би се опоравила од стреса на радном месту, али у различитој учесталости. Највећи проценат испитаника, 42,2%, наводи да повремено користи одмор као начин регулације стреса. Овај налаз указује да су лекари свесни потребе за опоравком, али да та пракса није увек редовна, већ зависи од интензитета посла и расположивог времена. Да релаксацију користе често навело је 29,3% испитаника, што представља позитиван налаз у смислу превенције последица хроничног стреса и сагоревања. Ова група лекара вероватно поседује развијеније механизме бриге о себи и успева да бар делимично стабилизује ефекте психичког оптерећења кроз редовни одмор. С друге стране, 20,2% испитаника ретко користи одмор или технике релаксације, што указује на недовољну примену стратегија опоравка, иако су изложени високим професионалним захтевима. Овај резултат може бити последица недостатка времена, преоптерећености или ниске свести о значају превенције стреса.

Забрињавајући је податак да 8,3% испитаних лекара никада не практикује одмор или релаксацију као вид опоравка од стреса. Ова група је посебно рањива, јер одсуство адекватних механизма регулације стреса значајно повећава ризик од развоја синдрома сагоревања, пада мотивације и осећаја исцрпљености.

Табела 14: Да ли сте размишљали о промени радног места због исцрпљености?

Одговор	n	%
Да	45	41.3%
Не	64	58.7%

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да је исцрпљеност довољно изражена да значајан број лекара размишља о промени радног места. Укупно 41,3% испитаника изјавило је да је размишљало о напуштању тренутног радног окружења управо због осећаја хроничног умора, стреса и професионалног оптерећења. Овај проценат указује на то да скоро половина лекара доживљава исцрпљеност у мери која доводи до преиспитивања професионалног пута, што представља озбиљан сигнал за здравствени систем.

С друге стране, 58,7% испитаника изјавило је да није размишљало о промени радног места. Иако ова група тренутно остаје у постојећем радном окружењу, то не мора нужно значити да су лекари без симптома стреса или сагоревања, већ да не разматрају промену посла из различитих разлога, као што су стабилност запослења, професионална одговорност или недостатак алтернативних радних опција.

Табела 15: Да ли у установи постоје програми подршке за запослене?

Одговор	n	%
Да	17	15.6%
Не	68	62.4%

Не знам	24	22.0%
---------	----	-------

Извор: Аутор

Резултати истраживања показују да већина испитаних лекара ради у установама које немају структуриране програме подршке намењене запосленима. Највећи проценат испитаника, 62,4%, изјавио је да у њиховој установи не постоје организовани облици психолошке, едукативне или организационе подршке који би помогли у суочавању са стресом и последицама професионалног оптерећења. Овај податак указује на значајан институционални недостатак, будући да одсуство системске подршке повећава ризик од развоја синдрома сагоревања и смањује могућност благовремене превенције. Да у њиховој установи постоје програми подршке навело је само 15,6% испитаника. Овај мали проценат указује на то да тек мањи број здравствених установа спроводи организоване активности, као што су психолошко саветовање, групе подршке, едукативне радионице или програми за унапређење менталног здравља запослених. Иако је овај податак позитиван за део запослених, он истовремено наглашава ограничену доступност ових ресурса на ширем нивоу. 22,0% испитаника изјавило је да не зна да ли такви програми постоје у њиховој установи. Овај податак указује на недостатак комуникације унутар организације, али и на могућност да програми, уколико постоје, нису довољно промовисани или доступни запосленима. То може утицати на смањену искоришћеност потенцијално корисних ресурса.

4.3. Дискусија резултата

Добијени резултати спроведеног истраживања пружају јасну слику распрострањености синдрома сагоревања међу лекарима и указују на вишеслојне факторе који утичу на његов развој, као и на последице које ова појава може имати на професионално функционисање и квалитет здравствене услуге. Старосна структура испитаника показује да су у истраживању учествовали лекари из свих генерација, при чему је највећа заступљеност оних у средњој животној доби и у периоду највећег радног оптерећења. Ова група је у домаћој и међународној литератури најчешће идентификована као посебно подложна развоју сагоревања, што је усклађено са резултатима овог истраживања. Анализа радног стажа показала је да највећи број испитаника има између 11 и 20 година радног искуства, што указује на дуготрајно изложење психофизичком стресу и захтевима професије. Овај налаз

је у складу са претходним истраживањима која указују на то да се симптоми сагоревања најчешће јављају у периоду када лекар има довољно искуства да носи комплексне задатке, али истовремено и велики обим свакодневних обавеза, често уз недостатак системске подршке. Типови здравствених установа у којима су лекари запослени такође су значајни за разумевање појаве сагоревања. Највећа заступљеност лекара са примарног нивоа здравствене заштите објашњава је великим обимом рада, високим бројем пацијената и честим недостатком кадрова. Ови фактори стварају континуирани притисак који може довести до емоционалне исцрпљености и осећаја преоптерећености. С друге стране, лекарима на секундарном и терцијарном нивоу рад додатно оптерећују сложени клинички случајеви, дежурства и повишена одговорност, што такође представља кључни ризик за развој сагоревања.

Један од најзначајнијих налаза односи се на емоционалну исцрпљеност, која је идентификована као доминантан симптом сагоревања. Чињеница да чак 44,9% лекара често осећа исцрпљеност након радног дана, а да повремено то доживљава додатних 35,8%, јасно показује да већина здравствених радника функционише у условима хроничног умора. Ово је у потпуности у складу са теоријским моделима који наглашавају да емоционална исцрпљеност представља централни елемент синдрома сагоревања и један од првих симптома који се клинички јавља. Поред исцрпљености, висока заступљеност осећаја преоптерећености бројем пацијената и обимом посла представља посебно алармантан податак. Више од половине испитаника навело је да често осећа преоптерећеност, што је препознато као значајан ризик за пад професионалне мотивације и раст емоционалне дистанце. Ово се потврђује и податком да 66,1% лекара препознаје пад мотивације у последњим месецима, што је индикатор напредовања сагоревања из фазе исцрпљености ка фази деперсонализације и смањене личне ефикасности. У складу са тим, резултати који указују на емоционалну равнодушност према пацијентима имају посебан значај. Више од половине испитаника повремено или често осећа емоционалну дистанцу, што се у литератури препознаје као кључни показатељ деперсонализације. Овај симптом представља озбиљан професионални и етички проблем, јер нарушава квалитет односа лекар–пацијент и може негативно утицати на исход лечења. Резултати такође показују да исцрпљеност директно утиче на перцепцију квалитета пружене услуге. Чак 77% лекара има осећај да због

умора не може увек да пружи здравствену негу на жељеном нивоу, док 57,8% сматра да синдром сагоревања значајно умањује њихову професионалну ефикасност. Ово је изузетно важан податак, јер указује на то да сагоревање није само лични, већ и системски проблем који утиче на целокупан здравствени систем и безбедност пацијената.

Посебно забрињавају подаци који се односе на постојање програма подршке у здравственим установама. Више од 62% лекара навело је да такви програми не постоје, док додатних 22% није сигурно у њихово постојање. Ово указује на недостатак организационих механизма који би могли да ублаже последице стреса и сагоревања, али и на недовољну комуникацију и институционалну транспарентност. Иако су неформалне стратегије опоравка присутне, један део лекара ретко или никада не користи одмор или релаксацију као начин регулације стреса, што додатно повећава ризик од хроничне исцрпљености.

Резултат да 41,3% испитаника размишља о промени радног места због исцрпљености указује на системски проблем који може довести до кадровског одлива, нестабилности установе и смањене доступности здравствене заштите. Ово је један од најјаснијих показатеља дугорочних последица синдрома сагоревања на здравствени систем у целини.

Узимајући све наведено у обзир, резултати истраживања у великој мери су усклађени са теоријским моделима и претходним емпиријским налазима. Они потврђују да су лекари изложени комплексним психичким, организационим и професионалним притисцима који доприносе развоју сагоревања, те да је неопходно системско и институционално деловање како би се смањила његова учесталост и ублажиле последице.

4.4. Ограничења истраживања и правци будућих истраживања

Спроведено истраживање пружа важне увиде у распрострањеност и последице синдрома сагоревања код лекара, али, попут сваког емпиријског рада, носи одређена ограничења која је неопходно узети у обзир приликом тумачења добијених резултата. Једно од главних ограничења односи се на метод прикупљања података путем Google анкете. Иако овај приступ омогућава брзу дистрибуцију и већу доступност испитаника, он може довести до самоизбора учесника, што значи да су анкети могли приступити пре свега лекари који су већ мотивисани да говоре о теми стреса и сагоревања, док је група мање заинтересованих

или преоптерећених могла остати недовољно заступљена. Друго ограничење односи се на дужину и структуру упитника који је ослањао на самопроцену испитаника. Субјективна природа самопроцене може довести до пристрасности у одговорима, било због недовољне саморефлексије, било због потребе да се одговори социјално пожељно. Поред тога, истраживање није обухватило клиничке или психолошке инструменте за формално мерење нивоа сагоревања, већ се заснива на опажањима и личним искуствима испитаника. Географска и институционална разноликост узорка такође представља ограничење, јер у истраживању нису пропорционално заступљене различите регије и све врсте здравствених установа. Ово може утицати на општу применљивост резултата, имајући у виду да се радни услови, организациона култура и доступност подршке могу значајно разликовати између примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.

Још једно ограничење представља чињеница да је истраживање спроведено у једном временском тренутку (*cross-sectional* дизајн), што онемогућава праћење развоја и промена у симптомима сагоревања кроз дужи временски период. Сагоревање је динамичан процес који се може мењати под утицајем бројних фактора, те истраживање овог типа не може у потпуности обухватити његову еволуцију или узрочне механизме. Упркос наведеним ограничењима, резултати представљају значајан допринос разумевању ове комплексне теме и отварају простор за бројне будуће правце истраживања. Један од најважнијих праваца односи се на потребу спровођења лонгитудиналних студија које би пратиле промене у симптомима сагоревања током времена и омогућиле идентификацију узрочно-последичних односа. Поред тога, будућа истраживања могла би да укључе психометријски валидиране инструменте, као што су Maslach Burnout Inventory (МБИ) или Copenhagen Burnout Inventory (СБИ), како би се добили прецизнији и поузданији подаци.

Посебно би било корисно истраживање које би упоредило различите здравствене институције и анализирано утицај организационих политика, услова рада и културе подршке на учесталост сагоревања. Ово би омогућило креирање конкретних препорука за унапређење радног окружења. Такође, будућа истраживања могла би да обухвате квалитативне методе, као што су интервјуи и фокус групе, који би пружили дубље увиде у индивидуална искуства лекара, механизме суочавања са стресом и специфичне изворе професионалног оптерећења.

Важно је испитати и ефекте потенцијалних програма подршке и интервенција усмерених на превенцију сагоревања, како би се утврдило који модели подршке имају највећу ефикасност у побољшању стања менталног здравља и професионалног функционисања лекара. Имајући у виду да велики број установа тренутно не нуди формализоване програме подршке, овај правац истраживања има и научни и практични значај.¹⁹

¹⁹ Patel, S., & Bapat, R. (2020). *Impact of burnout on patient care: A review of current literature*. Journal of Clinical & Diagnostic Research, 14(4), LE01–LE04.

5. МОГУЋЕ СТРАТЕГИЈЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ СИНДРОМА САГОРЕВАЊА

Превенција синдрома сагоревања код лекара захтева свеобухватан и системски приступ који обухвата индивидуалне, организационе и институционалне мере. Имајући у виду комплексност фактора који доприносе појави хроничног стреса и оптерећења у здравственом сектору, неопходно је развијати стратегије које истовремено јачају капацитете лекара и унапређују услове рада у здравственим установама. Резултати истраживања показују да већина лекара доживљава емоционалну исцрпљеност, преоптерећеност и недостатак институционалне подршке, што потврђује потребу за системским интервенцијама усмереним на превенцију и благовремено препознавање почетних симптома сагоревања. Једна од важних стратегија јесте унапређење организационе културе и стварање радног окружења које промовише тимску сарадњу, разумевање и подршку међу колегама. Истраживања показују да осећај припадности колективу и могућност размене искустава што се тиче стресних ситуација доприносе смањењу емоционалног оптерећења и јачају отпорност на дуготрајан радни стрес. Развој програма менторства, супервизије и професионалне подршке може значајно допринети превенцији сагоревања, нарочито код лекара са мање искуства или оних који раде у високо оптерећеним срединама.

Други важан аспект превенције односи се на унапређење услова рада, рационализацију обима посла и оптималније распоређивање радних обавеза. Увођење адекватног броја медицинског особља, боља организација сменског рада, као и смањење административних оптерећења могу значајно умањити ниво професионалног замора. Установе које обезбеђују јасне процедуре, квалитетну комуникацију и транспарентне механизме подршке стварају здравије радно окружење у коме се лекари могу ефикасније носити са изазовима професије.

Поред организационих мера, важно је подстицати лекаре на развијање индивидуалних стратегија које доприносе очувању психолошке стабилности и професионалног функционисања. У оквиру здравих организационих политика могу се промовисати активности као што су редовни периоди одмора, балансирање радних и приватних обавеза, учешће у едукативним програмима који се баве управљањем стресом или неговање кратких пауза током радног дана. На овај начин подстиче се одржавање енергије и смањење акумулираног умора који води ка сагоревању.

Посебно значајну улогу у превенцији имају формални програми подршке за запослене, који на системском нивоу омогућавају лекарима да се обрате за помоћ, размене искуства и добију стручну подршку у случају превеликог радног притиска. Иако већина установа према резултатима истраживања тренутно не нуди такве програме, развој психосоцијалних служби, тимова за подршку запосленима и едукативних радионица може значајно унапредити благостање здравствених радника и спречити прогресију симптома сагоревања. Иницијативе усмерене на унапређење међуљудских односа, подстицање отворене комуникације и изградњу културе у којој је дозвољено говорити о стресу и оптерећењу такође могу имати снажан превентивни ефекат. Када је здравственим радницима омогућено да разговарају о својим тешкоћама, да добију подршку и да раде у окружењу које препознаје њихове потребе, смањује се ризик од емоционалне изолованости и од настанка деперсонализације.

Превенција синдрома сагоревања треба да буде заснована на интегрисаном приступу који укључује институционалне промене, подршку колектива и неговање индивидуалних стратегија. Само усклађеним деловањем здравствених установа, управљања, колектива и самих лекара могуће је створити услове који подстичу професионалну стабилност, ефикасност и очување менталног здравља, што је предуслов за квалитетно функционисање здравственог система и обезбеђивање високог нивоа здравствене услуге.²⁰

²⁰ Reith, T. P. (2018). *Burnout in physicians: Prevention, diagnosis, and treatment*. *British Journal of General Practice*, 68(669), 172–173.

ЗАКЉУЧАК

Синдром сагоревања код лекара представља један од најзначајнијих савремених изазова у здравственом систему, јер се јавља као последица продуженог деловања стреса, високих професионалних захтева и недовољне институционалне подршке. Резултати спроведеног истраживања јасно показују да је већина лекара у различитој мери изложена симптомима емоционалне исцрпљености, осећају преоптерећености, паду мотивације и емоционалној дистанци у односу на пацијенте. Ови налази указују на то да сагоревање није индивидуални проблем, већ системски феномен који произилази из комбинације организационих, професионалних и психолошких фактора. Емпиријски резултати показали су да чак и умерено присутни симптоми сагоревања могу имати значајан утицај на квалитет здравствене услуге, што потврђује да психичко стање лекара директно утиче на њихову професионалну ефикасност и безбедност пацијената. Висок проценат испитаника који сматра да сагоревање утиче на њихову способност да пружи здравствену негу на одговарајућем нивоу упућује на чињеницу да је овај проблем неопходно препознати као приоритет у здравственим политикама и организацији рада. Посебно забрињава податак да значајан број лекара размишља о промени радног места услед исцрпљености, што може довести до кадровског одлива и додатног оптерећења већ постојећих ресурса.

На основу анализе добијених резултата може се недвосмислено закључити да је главна хипотеза, према којој је синдром сагоревања значајно присутан код лекара и има негативан утицај на квалитет здравствене услуге, у потпуности потврђена. Високи нивои емоционалне исцрпљености, оптерећености, пада мотивације и смањене ефикасности у обављању посла

директно подржавају ову хипотезу, као и подаци да већина лекара сматра да сагоревање утиче на квалитет услуге коју пружају.

Прва посебна хипотеза, којом је претпостављено да лекари који чешће доживљавају емоционалну исцрпљеност имају већу вероватноћу да не могу да пруже услугу на жељеном нивоу квалитета, такође је потврђена. Резултати показују да испитани лекари који су исцрпљени значајно чешће пријављују да квалитет њихове услуге опада услед умора. Друга посебна хипотеза, која претпоставља повезаност између осећаја преоптерећености и пада мотивације, потпуно је потврђена. Већи степен преоптерећености јасно је повезан са учесталијим извештавањем о паду мотивације, што је у складу са релевантним теоријским моделима и претходним истраживањима. Трећа посебна хипотеза, која се односи на недостатак подршке у радном окружењу као фактор који повећава симптоме сагоревања, такође је потврђена. Испитаници који су навели да подршка колега и руководства изостаје у већој мери исказују симптоме исцрпљености, емоционалне равнодушности и смањене ефикасности. Недостатак формализованих програма подршке додатно потврђује овај закључак.

Све постављене хипотезе у овом истраживању су прихваћене, што показује да резултати доследно подржавају теоријске поставке и емпиријске налазе о високој учесталости синдрома сагоревања и његовим последицама на професионално функционисање лекара.

Добијени резултати указују и на недостатак системске подршке у здравственим установама, јер већина испитаника наводи да не постоје организовани програми за подршку запосленима. Ово представља важан показатељ потребе за стратешким улагањем у ментално здравље лекара, унапређење услова рада, рационализацију обима посла и развој културе колегијалне и институционалне подршке. Само кроз усклађено деловање здравствених установа, управљачких структура и самих здравствених радника могуће је створити окружење које доприноси очувању професионалне стабилности и спречавању последица хроничног стреса. Узимајући у обзир све наведено, може се закључити да је превенција синдрома сагоревања неопходан услов за очување ефикасног, одрживог и хуманог здравственог система. Стратегије превенције треба да укључују унапређење радних услова, развој програма подршке, подстицање тимске сарадње и јачање свести о

важности менталног здравља медицинских радника. Овај рад показује да је потребно даље истраживање, као и системско деловање у правцу унапређења услова рада лекара, како би се побољшала њихова добробит и обезбедио виши ниво здравствене услуге за пацијенте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aiken, L. H., et al. (2012). *Hospital nurse staffing and patient outcomes*. Health Affairs, 21(3), 7–16.
2. Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). *Burnout syndrome among healthcare professionals*. American Journal of Health-System Pharmacy, 75(3), 147–152.
3. Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2020). *Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat*. NAM Perspectives, 40(2), 1–12.
4. European Agency for Safety and Health at Work. (2018). *Work-related stress: Facts and figures*. EU-OSHA.
5. Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. (2016). *Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review*. PLoS ONE, 11(7), e0159015.
6. Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2016). *Burnout and quality of care: A review*. Journal of Health Services Research & Policy, 21(1), 29–36.
7. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry*. World Psychiatry, 15(2), 103–111.
8. Ministry of Health of the Republic of Serbia. (2021). *Strategija za unapređenje mentalnog zdravlja zdravstvenih radnika*. Министарство здравља РС.
9. Montanari, P., & Diefendorff, J. (2020). *Emotional exhaustion and performance in healthcare: The mediating role of work engagement*. Journal of Advanced Nursing, 76(9), 2401–2411.

10. Panagioti, M., et al. (2017). *Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review*. JAMA Internal Medicine, 177(2), 195–205.
11. Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., & Hossain, S. (2018). *A review on physician burnout in the United States*. Cureus, 10(12), e3681.
12. Patel, S., & Bapat, R. (2020). *Impact of burnout on patient care: A review of current literature*. Journal of Clinical & Diagnostic Research, 14(4), LE01–LE04.
13. Reith, T. P. (2018). *Burnout in physicians: Prevention, diagnosis, and treatment*. British Journal of General Practice, 68(669), 172–173.
14. Rotenstein, L. S., et al. (2018). *Prevalence of burnout among physicians: A systematic review*. JAMA, 320(11), 1131–1150.
15. Salvagioni, D. A. J., et al. (2017). *Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review*. World Journal of Psychiatry, 7(1), 52–68.
16. Schaufeli, W. B. (2017). *Burnout: A short socio-cultural history*. Work & Stress, 31(3), 236–243.
17. Serbian Medical Chamber. (2020). *Izveštaj o radnim uslovima lekara u Srbiji*. Lekarska Komora Srbije.
18. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). *Executive leadership and physician well-being*. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129–146.
19. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). *Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis*. The Lancet, 388, 2272–2281.
20. World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: International Classification of Diseases (ICD-11). WHO Press.

ПРИЛОЗИ

Списак табела

Табела 1: Пол

Табела 2: Старосна доб

Табела 3: Радни стаж у здравству

Табела 4: Тип здравствене установе

Табела 5: Колико често осећате емоционалну исцрпљеност након радног дана?

Табела 6: Колико често осећате да сте преоптерећени послом и бројем пацијената?

Табела 7: Да ли сте приметили пад мотивације за рад у последњих неколико месеци?

Табела 8: Колико често имате осећај да не можете да пружите услугу пацијенту

онолико квалитетно колико желите због исцрпљености?

Табела 9: Колико често осећате емоционалну равнодушност према пацијентима?

Табела 10: У којој мери осећате подршку колега и руководства у решавању стресних ситуација?

Табела 11: Колико сте задовољни условима рада?

Табела 12: Да ли сматрате да синдром сагоревања утиче на квалитет здравствене услуге коју пружате?

Табела 13: Колико често користите одмор или релаксацију ради опоравка од стреса на послу?

Табела 14: Да ли сте размишљали о промени радног места због исцрпљености?

Табела 15: Да ли у установи постоје програми подршке за запослене?

Анкетна питања

1. Пол

- Мушки
- Женски

2. Старосна група

- До 30 година
- 31–40 година
- 41–50 година
- Преко 50 година

3. Радни стаж у здравству

- Мање од 5 година
- 5–10 година
- 11–20 година
- Преко 20 година

4. Тип здравствене установе

- Примарна
- Секундарна
- Терцијарна

5. Колико често осећате емоционалну исцрпљеност након радног дана?

- Никада
- Ретко
- Повремено
- Често

6. Колико често осећате да сте преоптерећени послом и бројем пацијената?

- Никада
- Ретко
- Повремено
- Често

7. Да ли сте приметили пад мотивације за рад у последњих неколико месеци?

- Да
- Не
- Делимично

8. Колико често имате осећај да не можете да пружите услугу пацијенту онолико квалитетно колико желите због исцрпљености?

- Никада
- Ретко
- Повремено
- Често

9. Колико често осећате емоционалну равнодушност према пацијентима?

- Никада
- Ретко
- Повремено
- Често

10. У којој мери осећате подршку колега и руководства у решавању стресних ситуација?

- Уопште не
- Делимично
- Умерено
- У великој мери
- У потпуности

11. Колико сте задовољни условима рада?

- Врло незадовољан
- Делимично незадовољан
- Делимично задовољан
- Врло задовољан

12. Да ли сматрате да синдром сагоревања утиче на квалитет здравствене услуге коју пружате?

- Да, значајно
- У извесној мери
- Не утиче

13. Колико често користите одмор или релаксацију ради опоравка од стреса на послу?

- Никада
- Ретко
- Повремено
- Често

14. Да ли сте размишљали о промени радног места због исцрпљености?

- Да
- Не

15. Да ли у установи постоје програми подршке за запослене?

- Да
- Не
- Не знам

Факултет медицинских наука у Крагујевцу

Прегледавши завршни мастер рад кандидата **Гордане Мутавцић** под називом
**Синдром сагоревања код лекара и његов утицај на квалитет пружене
услуге**

сматрам да исти може да уђе у даљу процедуру.

У Крагујевцу, 1.4.2024..

Ментор

Проф. др

Изјава кандидата

Под пуном моралном, материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да су подаци изнети у Образложењу теме мастер рада под насловом:

Синдром сагоревања код лекара и његов утицај на квалитет пружене услуге

моје ауторско дело, да сам без ограничења носилац ауторских права над њима (у складу са Законом о ауторском и сродним правима „Сл. гласник РС“, бр.104/2009, 99/2011, 119/2012, 29/2016-одлука УС) и да њиховим коришћењем не вређам права трећих лица.

У Крагујевцу, 1.4.2026.

Кандидат

Гордана Мутавцић

бр. досијеа: 14/2024