

Psihoedukacija i prevencija sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara - pregledni članak

Adriano Friganović^{1,2}, Irena Kovačević²,
Jelena Slijepčević², Sandro Vidmanić³
KBC Zagreb, Zdravstveno veleučilište, KBC Rijeka

SAŽETAK

UVOD: Psihoedukacija zauzima važan dio terapijskog procesa, odnosi se na veliki broj intervencija koje imaju za cilj pomoći osobi kako shvatiti svoje trenutne smetnje te se što uspješnije nositi s njima u svakodnevnicu. Psihoedukacijske intervencije imaju za cilj ponovnu uspostavu narušenog funkcioniranja, eliminaciju simptoma i osiguravanje osobnog rasta pojedinca. Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara predstavlja veliki problem, jer pojava simptoma povećava rizike za obitelj i pacijenta

CILJ: Cilj ovog članka jest napraviti sustavnu analizu literature te osigurati dovoljno znanstvenih dokaza o posljedicama sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara, ali i o psihoedukaciji kao intervenciji kojom možemo prevenirati i na vrijeme liječiti simptome.

MATERIJALI I METODE: Medline baza podataka pretraživana je s ciljem da identificira relevantne studije i pregledne članke objavljene u posljednjih 10 godina. Ključne riječi koju su korištene bile su psihoedukacija, sindrom sagorijevanja i sestrinstvo.

REZULTATI: Dostupna literatura je pokazala kako medicinske sestre izložene stresu imaju simptome sindroma sagorijevanja. Kao rezultat sindroma sagorijevanja javljaju se kronični umor, smanjena radna sposobnost i visok rizik za neželjene događaje. Psihoedukacija ima pozitivne učinke na simptome sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara.

ZAKLJUČAK: Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara veliki je problem za zdravstvene ustanove i zdravstveni sustav. Izrada planova prevencije i uključivanje psihoedukacije kao intervencije uvelike bi smanjilo i pojavnost i štetne efekte na zdravstveni sustav.

KLJUČNE RIJEČI: psihoedukacija, sindrom sagorijevanja, sestrinstvo

1. UVOD

Psihoedukacija zauzima važan dio psihoterapijskog procesa, no postoji i kao zasebna intervencija u prilagodbi klijenta i njegove obitelji na potencijalne psihološke posljedice tjelesnih oboljenja (1). Psihoedukacija se odnosi na sve pacijente, od onih sa psihičkim smetnjama i poremećajima pa do pacijenata s teškim somatskim oboljenjima koji posljedično imaju neke psihološke smetnje (2). Generalni cilj psihoedukacije je pomoći pacijentima da što bolje razumiju svoju bolest i da se što bolje nose s njom i njenim posljedicama na svakodnevno funkcioniranje (3). Posebno se radi na jačanju pacijentovih snaga, prilagodbenih kapaciteta, vještina suočavanja s problemima kako bi oporavak bio što brži i što dugotrajniji, ili kako bi se pacijenti što bolje nosili sa zahtjevima svoje bolesti (1). U proces psihoedukacije uključeni su i članovi obitelji, koji imaju važnu ulogu u procesu ozdravljenja. Ideja psihoedukacije je sljedeća: „što bolje pacijent poznaje svoju bolest, to mu je lakše s njom živjeti i protiv nje se boriti!“

(4). Kako bi psihoedukacija bila učinkovita potrebna je suradljivost koja se definira kao ponašanje pacijenta koje je u skladu s preporukama liječnika (5,6). Mnoge osobe ne žele sudjelovati u psihoedukacijskom tretmanu što je njihova valstita odluka. To se odnosi na one koji aktualno nemaju simptoma bolesti, bolje se osjećaju, žele se sami liječiti, nemaju povjerenja u liječnika i nemaju dovoljno medicinskih informacija (7). Psihoedukacija je najviše vezana uz psihičke bolesti te se u nizu radova pokazalo kako ima mnoge pozitivne učinke poput smanjenja rizika od povratka bolesti te smanjenja osjećaja beznadnosti i bespomoćnosti i kod pacijenata i kod obitelji (8, 9). Postoji niz radova koji ističu pozitivnu vrijednost (psiho)edukacija u radu s teškim i kroničnim somatskim bolestima poput karcinoma, hipertenzije, dijabetesa, astme i sl., ili u prije i/ili postoperativnim situacijama (9,10). Porast broja kroničnih pacijenata koji zahtijevaju konstantnu potporu, u suradnji s izloženošću zdravstvenog osoblja stalnom psihičkom i emocionalnom pritisku, stvara potrebu za definiranjem aktivnosti sa sustavnim pristupom u ranom otkrivanju i liječenju posljedica sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara (11). Bolnice bi morale utjecati na ponašanje pacijenata i njihovih obitelji prema zdravstvenim djelatnicima kako bi se već postojeći pritisak umanjio.

Sindrom sagorijevanja predstavlja cjelokupni problem koji pogađa pacijente, osoblje, ali i cijeli zdravstveni sustav u vrlo negativnom smislu. Zdravstveni sustav jest vrlo izazovna i visokorizična radna okolina (12). Prvi simptomi sindroma sagorijevanja javljaju se u razdoblju kada zdravstveni djelatnik ne zna kako ili se uopće ne suočava s visokim razinama stresa (13). Kao posljedica sindroma sagorijevanja zdravstveni djelatnici mogu razviti ovisnosti kao što su alkoholizam ili narkomanija (14). Emocionalna iscrpljenost i smanjenje svih emocionalnih resursa dovodi do depersonalizacije, radeći vrlo ciničan i negativan stav o samom sebi, kao i do smanjenog zadovoljstva samim sobom (15). Najčešći razlozi koji dovode do razvoja sindroma sagorijevanja jesu neujednačenost između poslovnih zahtjeva i same pripreme za radno mjesto, nedostatka kontrole, nedovoljog priznanja za učinjen rad i produljeni stres (16, 17). Sindrom sagorijevanja može uzrokovati depresiju. Depresija predstavlja globalni javno zdravstveni problem današnjice (18). Akcijski planovi za prevenciju sindroma sagorijevanja trebaju biti individualizirani, sa dvoje ili više ljudi uključenih, ali uvijek moraju biti usmjereni na kreiranje pozitivne radne okoline gdje je šansa za nastanak sindroma manja.

Stres i sagorijevanje ostaju i dalje veliki problem u sestrinstvu, pogađajući i pojednica i radnu sredinu. Za medicinsku sestru kao individualca, bilo da je stres prihvaćen pozitivno i negativno, neuroendokrinološki odgovor na psihološku reakciju ultimativno doprinosi razvoju bolesti. U bolničkim ustanovama veliki je porast izostajanja s posla i promjene osoblja što utječe na kvalitetu pružene skrbi. Bolnice imaju veliku krizu sa radnom snagom odnosno sa osobljem. Potrebe za uslugama akutne zdravstvene skrbi su u konstantnom porastu sa promjenama očekivanja od zdravstvenog osoblja što stvara nezadovoljstvo radnim okruženjem. Pretvaranje loše radne sredine u zdravu radnu sredinu, medicinske sestre menadžeri smatraju da je moguće zapošljavanjem i zadržavanjem postojećeg osoblja te podizanje razine zadovoljstva cjelokupnog zdravstvenog osoblja. Sestrinstvo predstavlja emocionalan, psihički i duhovno zahtjevan posao, ali nerijetko može biti nagrađujući i zadovoljavajući. Stres je prirodan fenomen u sestrinstvu. Medicinske sestre na redovnoj osnovi svjedoče boli i patnjama drugih ljudi. Sestrinstvo kao profesija je konstantno pod uvjetima stresa u svojoj radnoj okolini. Problemi sa brojem osoblja, zahtjevi za uštedama i stalna opravdavanja kompliciraju proces pružanja sestriinske skrbi. Menadžment stresa u sestrinstvu bi

trebao biti izrazito važan kako bi se osiguralo dobro obavljanje dužnosti. Kao i medicinske sestre, i liječnici su kategorija zdravstvenih djelatnika koji su uvelike izloženi stresu. Liječničko zanimanje s obzirom na odgovornosti koje nosi sa sobom u rangu je najstresogenijih zanimanja (19). Način oblikovanja i način upravljanja poslovima je najčešći uzrok stresa na radu. Prekomjerni ili na neki način nepredvidivi radni zadatci i pritisci rokova su najčešće rezultat loše organizacije i lošeg upravljanja radom uz nezadovoljavajuće radne uvjete. Produženo radno vrijeme, dežurstva, smjenski i noćni rad, odgovornost za tuđe zdravlje, kao i odgovornost za donošenje odluka, te kontakti s oboljelima i njihovim članovima obitelji iscrpljuju liječnika, a nerijetko i uzrokuju pojave raznih psihosomatskih bolesti (21).

Potreba za razvojem programa prevencije sindroma sagorijevanja i pružanja psihološke podrške u današnje vrijeme postaje sve veća. Problemi koji proizilaze iz izloženosti stresu zdravstvenih djelatnika uvelike pogađaju kvalitetu pružene zdravstvene skrbi i nisu u skladu sa zahtjevima kvalitete. Budući da većina zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj u svojim strateškim planovima imaju razvoj sustava za unapređenje i osiguranje kvalitete kao i akreditaciju bolnica nužnost za razvijanjem programa prevencije posljedica izloženost zdravstvenih radnika stresu dolazi u fokus. Psihoedukacija kao psihoterapijska metoda može biti sastavni dio preventivnog programa. Bolničke ustanove imaju postojeće kadrovske i druge resurse potrebne za dobro upravljanje ovim problemom kao i za razvoj preventivnih programa. Dosadašnja iskustva iz literature pokazuju kako je ovaj problem zanemarivan i nedovoljno istaknut pa samim time ova tematika nije dovoljno obrađivana. Utjecaj stresa kod zdravstvenih radnika na somatske bolesti nedovoljno je istraživano te se vrlo malo spominje u obrazovnim kurikulumima bilo kojeg profila zdravstvenih djelatnika.

2. CILJ

Cilj ovog članka jest napraviti sustavnu analizu literature te osigurati dovoljno znanstvenih dokaza o posljedicama sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara, ali i o psihoedukaciji kao intervenciji kojom možemo prevenirati i na vrijeme liječiti simptome.

3. MATERIJALI I METODE

Medline baza podataka pretraživana je s ciljem da identificira relevantne studije i pregledne članke objavljene u posljednjih 10 godina. Ključne riječi koju su korištene bile su psihoedukacija, sindrom sagorijevanja i sestrinstvo. Ograničenja za jezik bila su članci na engleskom i hrvatskom jeziku. Studije koje su uključene u analizu odnose se na sindrom sagorijevanja u sestrinskoj populaciji i preventivne intervencije.

Tablica 1. Kriteriji uključenja i isključenja

	Kriteriji uključenja	Kriteriji isključenja
Kategorija članka	<ul style="list-style-type: none">• sustavna analiza• pregledni članci• originalni članci• izvješća	<ul style="list-style-type: none">• pisma• uvodnici
Ključne riječi	<ul style="list-style-type: none">• psihoedukacija i• sindrom sagorijevanja i• sestrinstvo	
Datum objave	<ul style="list-style-type: none">• 2006. - 2016.	<ul style="list-style-type: none">• prije 2006.
Jezik	<ul style="list-style-type: none">• Engleski, Hrvatski	<ul style="list-style-type: none">• sve ostalo

4. REZULTATI

Pregled literature prikazan je u Diagramu 1.

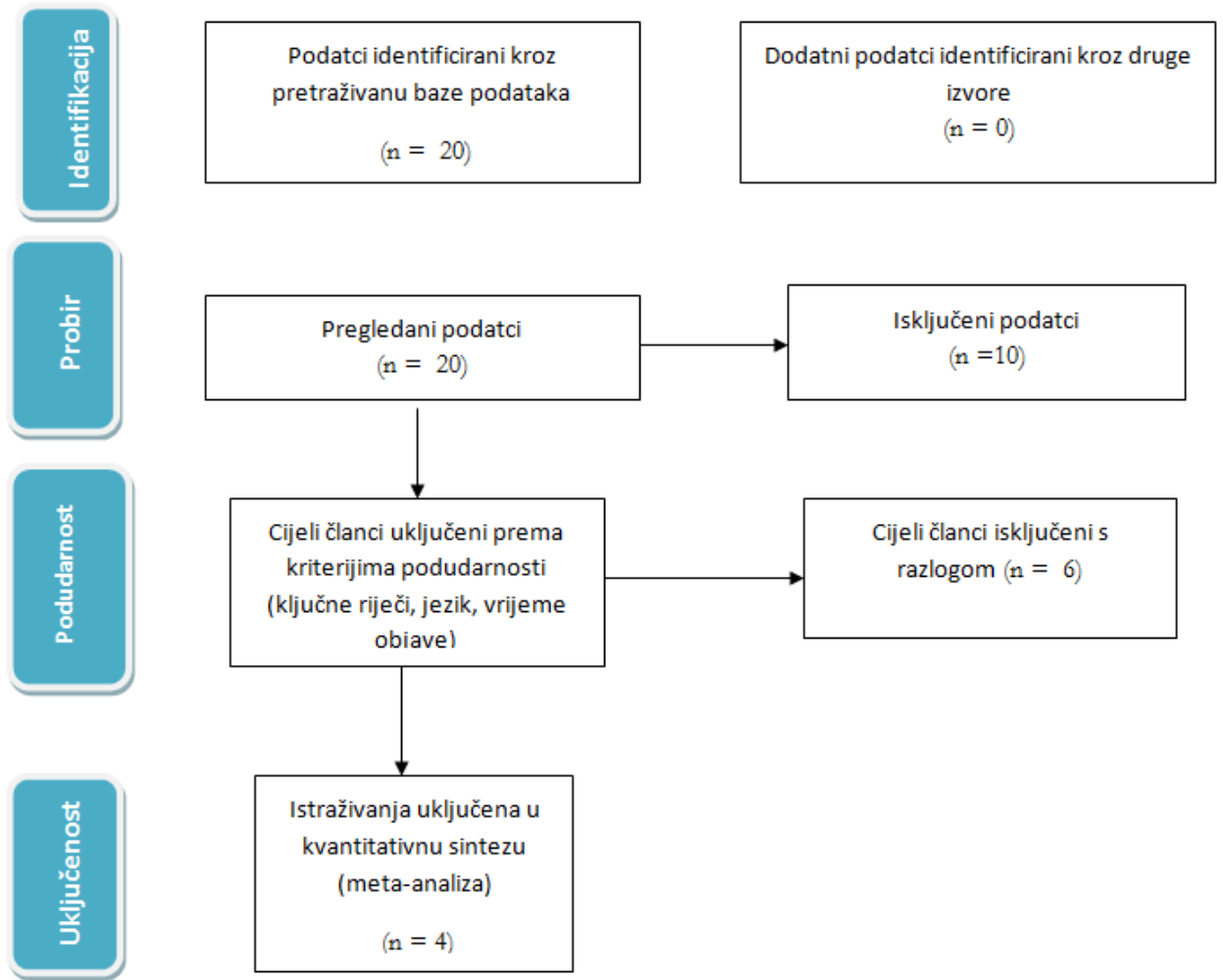


Diagram 1. Diagram tijeka pretraživanja

Tablica 2. Studije korištene u sustavnoj analizi

Autori, godina	Cilj	Tip studije	Populacija	Država	Rezultati
Ba AL, Early SF, Maher NE, Klaristenfeld JL, Gold JI. 2014. (22)	Studija je imala za cilj odrediti je li čimbenici kao grupna kohezija ili organizacijska predanost mogu djelovati protektivno i moderirati povezanost izloženosti streu i postraumatskim simptomima.	Presječna studija	N=251	SAD	Rezultati su pokazali kako grupna kohezija i organizacijska predanost u kombinaciji sa naporima edukatora, administracije, uprave i samih sestara predstavlja ključni korak u unapređenju broja sestara koje ne žele promijeniti radno mjesto, pozitivnim ishodima sestrinske skrbi i unapređenju kvalitete pružene skrbi kako prema pacijentu tako i prema obiteljima.
Maiden J, Georges JM, Connelly CD 2011. (23)	Studija ima za cilj ispitivanje povezanosti varijabli na krajnji cilj što je smanjenje medicinskih grešaka u jedinicama intenzivnog liječenja.	Mješovita studija (kvalitativni i kvantitativni pristup)	N=205	SAD	Rezultati studije ukazuju na povezanost medicinskih grešaka i moralnog distresa i suosjećajnog umora. Rezultati također daju podršku izgradnji sustava prijavljivanja pogrešaka bez osjećaja krivnje, a ne na kažnjavanje.
Young LJ, Derr DM, Cicchillo VJ, Bressler S. 2011. (24)	Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi prevalenciju zadovoljstva sa suosjećanjem.	Deskriptivna studija	N=70	SAD	Rezultati pokazuju kako vodstvo u bolnički sredinama mora biti osvješteno o prevalenciji sekundarnog traumatskog stresa i i sindroma sagorijeavnja kod medicinskih sestara na ovim radilištima.
Potter P, Deshield T, Rodrigez S. 2013. (25)	Cilj ove studije je bio unaprijediti kvalitetu pružene skrbi za pacijente posljedično na umor od suosjećajnosti, sekundarni traumatski stres i sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara.	Studija izvodivosti	N=1	SAD	Uspostavljanje ovog programa može doprinijeti vodstvu zdravstvenih radnika stvaranje pozitivnog okruženja koji pruža mogućnosti i povezuje osoblje. Trenig za umor od suosjećajnosti pruža mogućnost ponovnog povezivanja zdravstvenog djelatnika sa misijom i vizijom zdravstvene ustanove.

5. DISKUSIJA

Rezultati koji su prezentirali Ba i suradnici (22) u svojem istraživanju pokazali su kako grupna kohezija i predanost organizaciji ima protetktivni učinak i utječe li na povezanost izloženosti stresu i posttraumatskim stresnim simptomima i na druge negativne ishode zdravstvene njege. U samom startu studije detektirano je kako većina medicinskih sestara pripravnika u svojem programu je bilo izloženom nekom stresnom događaju. Regresijskim modelom pronađena je interakcija i dokaz kako grupna kohezija ima utjecaj i može djelovati protektivno na pojavu simpoma sindroma sagorijevanja. Autori su dokazali kako organizacijska predanost i grupna kohezija su povezane sa održavanjem pozitivnih učinaka sestrinske prakse. Rezultati ovog istraživanja su pokazali kako grupna kohezija i organizacijska predanost u kombinaciji sa naporima edukatora, administracije, uprave i samih sestara predstavlja ključni korak u unapređenju broja sestara koje ne žele promijeniti radno mjesto, pozitivnim ishodima sestrinske skrbi i unapređenju kvalitete pružene skrbi kako prema pacijentu tako i prema obiteljima.

Studija koju su proveli Maiden i suradnici (23) pokazale je odnose između moralnog distresa, umora od suosjećajnosti, percepcije neželjenih događaja, i karakteristika medicinskih sestara u nacionalnom uzorku od 205 registriranih medicinskih sestara. Ova studija uključivala je kvalitativno istraživanje o fenomenu neželjenog događaja na maloj fokusnoj grupi. Rezultati su pokazali statistički značajnu korelaciju između moralnog distresa i umora od suosjećajnosti u ovoj grupi. Autori su željeli detektirati kontekstualne čimbenike koji dovode do neželjenih događaja u jedinicama intenzivnog liječenja. Povezanost medicinskih grešaka i moralnog distresa i suosjećajnog umora ovim istraživanjem je dokazana. Rezultati također daju podršku izgradnji sustava prijavljivanja pogrešaka bez osjećaja krivnje, a ne na kažnjavanja. Ključnu ulogu u izgradnji ovakvog okružja moraju imati medicinske sestre u jedinicama intenzivnog liječenja.

Gledajući rezultate studije koju su proveli Young i suradnici (24) jasno je vidljiva i determinirana prevalencija zadovoljstva suosjećajnošću, sindroma sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa kod medicinskih sestara na kardiovaskularnim odjelima i potvrditi postoje li razlike između intenzivne i postintenzivne skrbi. Statističkom analizom dobili su se rezultati koji pokazuju kako vodstvo u bolničkim sredinama mora biti osvješteno o prevalenciji sekundarnog traumatskog stresa i i sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara na ovim radilištima.

Rezultati projekta koji nam donose Potter i suradnici (25) vidljiv je izvrstan program podrške zdravstvenim djelatnicima koji rade na onkološkim odjelima. Budući da svaka bolnica ima želju poboljšati iskustva pacijenata tijekom bolničkog liječenja kako bi došli do željenog ishoda postoji potreba za rješavanjem problema umora od suosjećajnosti, sekundarnog traumatskog stresa i sindroma sagorijevanja. Uspjeh programa ultimativno vodi implementaciji preventivnih programa na razini bolnice dizajniranih da pomognu zdravstvenim djelatnicima, ali i pomognu u razumijevanju i prepoznavanju ovakvih poteškoća. Razvoj institucionalne kulture i prepoznavanje ovih problema jest ključno za svaku bolničku instituciju (26). Uspostavljanje takve kulture omogućuje rukovodećem osoblju proaktivno stvaranje radnih uvjeta gdje se osoblje može povezivati i međusobno pomagati. Prije nego što se program razvija svaka bolnička ustanova za sebe bi trebala utvrditi pojavnost kod osoblja. Burston i Stichler (27) su pronašli statistički značajnu povezanost sestrinske skrbi, suosjećajnog zadovoljstva, stresa i sindroma sagorijevanja. Promocija programa podiže svjesnost o samom problemu i usmjerava kako je edukacija najvažnija u sprječavanju posljedica (28, 29).

Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara nerijetko ima finacijske reperkusije na bolničke ustanove. Najčešći razlozi finacijskih reperkusija jesu odsustvo s posla, smanjena radna sposobnost, visok rizik za pogreške i kombinacija svih navedenih čimbenika. Pregledom literature utvrđeno je kako preveliki organizacijski zadatci pred kojima se nalaze medicinske sestre, ali i drugi zdravstveni djelatnici dovode do sindroma sagorijevanja. Uzroci nastanka sindroma sagorijevanja su veliki broj stresnih situacija i preopterećenost obvezama, nezadovoljstvo poslom, slaba mogućnost napredovanja u karijeri, nedostatak adekvatne pohvale na poslu i u obitelji, narušeni međuljudski odnosi, te prevelika očekivanja od sebe, ali i ljudi oko sebe. Najviše su ugrožene osobe čiji rad uključuje često suočavanje sa smrću, koje su na radnim mjestima pod velikim pritiskom, a posao uzrokuje potiskivanje ili izražavanje emocija suosjećanja. Osobe koje usprkos svom trudu i zalaganju ne uspijevaju postići željene

rezultate, čiji se rad ne cijeni te smatraju kako za svoj rad nisu adekvatno plaćene također su izložene većem riziku sagorijevanja. Sindrom sagorijevanja na emocionalnom i mentalnom planu ispoljava se pojačanom iscrpljenošću, utučenosti, depresijom, osjećajima emocionalne praznine, frustracije, gubitkom motivacije za odlaskom na posao, povlačenjem u sebe, otežanom koncentracijom, agresivnim ponašanjem, čestim međuljudskim sukobima, obiteljskim problemima, te gubitkom samopouzdanja i samopoštovanja. Na tjelesnoj razini javljaju se kronični umor, slabost i bezvoljnost, promjene u težini, nesаница, glavobolja, psihosomatske i kardiovaskularne bolesti, probavne smetnje, te povećana potreba za sedativima, cigaretama i alkoholom. Studije koje obuhvaćaju ovo područje su u velikom slučaju dokazale važnost prevencije i adekvatnog djelovanja u slučaju pojave simptoma, no izostanak značajnijih akcija ukazuje kako još uvijek nije ozbiljno shvaćen problem od strane bolničkog menadžmenta. Psihoedukacija bi trebala biti jedan od oblika organizacijske pomoći, jer se pokazao kao učinkovit i djelotvoran naročito u radu u malim grupama (30). Mala grupa predstavlja izrazito povoljan medij za učenje i stjecanje novih socijalnih iskustava. Pregledom literature u svakom slučaju možemo izvesti zaključak kako je ovaj oblik preventivnog i terapijskog djelovanja nedovoljno zastupljen. Bilo bi nužno provesti eksperimentalni program u kojem je psihoedukacijati sastavni dio aktivnosti prevencije i liječenja sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara te znanstveno potvrditi učinkovitost.

6. ZAKLJUČAK

Sindrom sagorijevanja u svim istraživanjima potvrđen je kao veliki problem zdravstvenim ustanovama kao i činjenica da programi prevencije su vrlo rijetko implementirani. Posljedice koje proizilaze iz razvoja simptoma sindroma sagorijevanja povećavaju rizik za neželjene događaje, smanjuju zadovoljstvo pacijenata bolničkim liječenjem, ali i povećavaju izostanke zdravstvenih radnika sa radnog mjesta povećavajući troškove za poslodavca. Psihoedukacija je sastavni dio preventivnog programa, ali se može koristiti i u terapijskom smislu kad se pojave simptomi i posljedice pojave sindroma sagorijevanja. Dobrim modelima upravljanja i preventivnim mjerama može se utjecati na pojavnost sindroma sagorijevanja, ali i na pojavu drugih kroničnih oboljenja uzročno povezanih.

7. REFERENCE

1. Ratković AS, Brajković L, Šumić M, Cvek M. Psihoedukacija u zdravstvenom sustavu. *Medix* 2011;VIII(92):77 - 9.
2. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Psychiatry Res* 2009;169(2):180-2.
3. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull* 1996;22(1): 41-50.
4. Rice MJ, Moller MD. Wellness outcomes of trauma psychoeducation. *Arch Psychiatr Nurs* 2006;20(2):94- 102.
5. Štrkalj Ivezić S, Mužinić L, Vrdoljak M. Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. *JAHS* 2015;1(1):25-34.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 2010;176(2-3):109-113.

7. Boyer BA, Paharia MI. Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology. John Wiley & Sons, 2007. 3. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Psychiatry Res* 2009;169(2):180-2.
8. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste D V. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63(10):892-909.
9. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: metaanalysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995;22 (9):1369-81.
10. Devine EC, Cook TD. Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Res Nurs Health* 1986;9(2): 89-105.
11. Florin D, Basham S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood M, Coombes Y, editors. *Evaluating health promotion. Practice and methods.* Oxford: Oxford University Press 2000:140-50.
12. Henderson J. The Effect of Hardiness Eduaction On Hardiness and Burnout On Registered Nurses. *Nursing Economics* 2015;33(4):204-9.
13. Stordeur S, D'hoore W, Vanderberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(4):533-42.
14. Miliken T, Clements P, Tillman H. The impact of stress management on nurse productivity and retention. *Nursing Economic* 2007;25(4):203-10.
15. Awa LW, Plaumann M, Walter Ulla. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling* 2010;78:184-90.
16. Baker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Hum Resource Manage* 2004; 43:83 - 104.
17. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CC, editors. *The handbook of work and health psychology.* 2nd ed., West Sussex, England: Wiley 2003: 383-429.
18. Kovačević I, Ozimec Vuline Š, Krikišić V, Friganović A, Žulec M, Županić M. Čimbenici rizika u nastanku depresije. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2015;11(44):2-13.
19. Selmanović S, Pranjić N, Brekalo Lazarević S, Pašić Z, Bošnjak I, Grbović M. Faktori loše organizacije rada kao prediktori sindroma izgaranja bolničkih liječnika. *Sigurnost* 2012;42 (1):1-9.
20. Pranjić N, Maleš-Bilić Lj, Begnalić A, Mustajbegović J. Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croat Med J* 2006;47:750-58.
21. Pranjić N. Burnout and predictors for Burnout among Physicians in Bosnia and Herzegovina - survey and study. *Acta Medica Academica* 2006;35(1):66-76.
22. Ba AL, Early SF, Maher NE, Klaristenfeld JL, Gold JI. Group Cohesion and Organizational Commitment: Group Cohesion and Organizational Commitment: Protective Factors for Nurse Residents' Job Satisfaction, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout. *Journal of Professional Nursing* 2014;30(1):89-99.
23. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue and Perceptions About Errors in Certified Critical Care Nurses. *Medication Errors and Critical Care Nurses* 2011;30(6):339-45.
24. Young LJ, Derr DM, Cicchillo VJ, Bressler S. Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress in Heart and Vascular Nurses. *Crit Care Nurs Q* 2011;34(3):227-
25. Potter P, Deshire T, Rodrigez S. Developing a Systematic Program for Compassion Fatigue. *Nurs Admin Q* 2013;37(4):326-32.
26. Jenkins B. Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q* 2012;35(4):388-95.
27. Burston PL, Stichler JF. Nurses work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs* 2010;66(8):1819-31.
28. Boyle D. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs* 2011;16(1)
29. Yang YH, Kim JK. A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean J Adult Nurs* 2012;24:38-51.
30. Vulić - Prtorić A. Oblici psihoedukacije učitelja u malim grupama. *Psychologia Croatica* 1996;1(3-4):137-239.