

Utjecaj empatije na pojavu profesionalnog sagorijevanja u doktora dentalne medicine

Jerković, Antonija

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:077569>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-13**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Antonija Jerković

**UTJECAJ EMPATIJE NA POJAVU PROFESIONALNOG SAGORIJEVANJA U
DOKTORA DENTALNE MEDICINE**

Diplomski rad

Akadska godina:

2021./2022.

Mentor:

Izv. prof. dr. sc. Lidia Gavić, dr. med. dent.

Split, kolovoz 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Antonija Jerković

**UTJECAJ EMPATIJE NA POJAVU PROFESIONALNOG SAGORIJEVANJA U
DOKTORA DENTALNE MEDICINE**

Diplomski rad

Akadska godina:

2021./2022.

Mentor:

Izv. prof. dr. sc. Lidia Gavić, dr. med. dent.

Split, kolovoz 2022.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Stres	2
1.2. Profesionalni stres	3
1.3. Konflikt radne i obiteljske uloge.....	3
1.4. Sindrom profesionalnog sagorijevanja.....	5
1.5. Povezanost emocionalne inteligencije i sindroma sagorijevanja.....	7
1.6. Empatija.....	8
1.7. Utjecaj empatije na pojavu sindroma sagorijevanja u doktora dentalne medicine	9
2. CILJEVI I HIPOTEZE	11
3. MATERIJALI I METODE	13
3.1. Anketni upitnik	14
3.2. Subjekti istraživanja	15
3.3. Statistička analiza.....	15
4. REZULTATI	16
5. RASPRAVA.....	25
6.ZAKLJUČCI	32
7. LITERATURA	34
8. SAŽETAK.....	41
9. SUMMARY	43
10. ŽIVOTOPIS.....	45

*Od srca zahvaljujem mentorici izv. prof. dr. sc. Lidia Gavić, dr. med. dent., na uloženom
trudu i vremenu te savjetima pri izradi diplomskog rada.*

Zahvaljujem mag. psych. Nini Medenici.Harg za pomoć pri obradi upitnika.

*Zahvaljujem se svojoj obitelji, posebno roditeljima, na bezuvjetnoj ljubavi i podršci tijekom
čitavog školovanja.*

Zahvaljujem se svom Petru koji je vjerovao u mene kad ni ja sama nisam.

Hvala što ste mi pomogli da postanem ono što danas jesam.

1. UVOD

1.1. Stres

Većina razvijenih zemalja svele su velik broj bolesti na minimum ili ih potpuno iskorijenile. Međutim, kao posljedica stresa, koji je donio moderan život, razvijeni svijet se s nekim bolestima tek suočava. Osobe su suočene sa složenim međuljudskim odnosima, prenatrpanim obavezama, brzim odgovorima što u konačnici dovodi do napetost i nezadovoljstva (1). Nije nužno svaki stresni događaj loš. Naime, mnogi od njih povećavaju osobnu otpornost ili postižu da se osoba osjeća ohrabrenom zbog dobrog suočavanja s izazovima (1). Iako u određenim situacijama stres djeluje stimulatивно na organizam, u većini slučajeva narušava ravnotežu i utječe na fiziološku toleranciju, koja je individualna kod svake osobe (2). Prema Lazarusu i Folkmanu stres je rezultat interakcije između pojedinca i okoline u kojoj pojedinac procjenjuje nedostatke u svojim strategijama suočavanja sa zahtjevnom situacijom (3).

Istraživači su predložili nekoliko različitih oblika izloženosti životnom stresu, pri čemu svaki oblik ima potencijalno različite posljedice po zdravlje. U tom kontekstu, stresor je definiran kao svaka situacija ili skup vanjskih zahtjeva koji zahtijevaju od organizma da potroši resurse kako bi se prilagodio ili nosio sa svojim okolnostima. Stresori mogu biti akutni životni događaji koji nastaju i prestaju relativno brzo, kao što je životno opasna nesreća ili saznanje o nadolazećem otpuštanju s posla, ili se mogu pojaviti kao kronične poteškoće koje traju duže vrijeme, kao što je skrb za smrtno bolesnog supružnika ili nedostatak stabilnog mjesta za život. Iako su konceptualno odvojeni, ovi oblici stresa često su povezani. Na primjer, akutni životni događaj, kao što je prestanak radnog odnosa može izazvati kroničnu poteškoću, kao što je trajna nezaposlenost ili financijske poteškoće koje uslijede. Isto tako, kronična poteškoća, kao što je život u četvrti s niskim prihodima može dovesti do specifičnih akutnih životnih događaja, kao što je svjedočenje velikom zločinu. Konačno, doživotna izloženost stresu odnosi se na ukupan zbroj akutnih životnih događaja i kroničnih poteškoća koje je osoba iskusila tijekom svog životnog vijeka (4).

Reakcija na stres individualna je i ovisi o karakternim osobinama pojedinca odnosno načina na koji osoba reagira na različite vanjske i unutarnje podražaje. Nepredvidive situacije od svakog pojedinca zahtijevaju brzu prilagodbu i ukoliko osoba nema odgovarajuće mehanizme dolazi do nespecifičnog odgovora organizma (1).

1.2. Profesionalni stres

Radna mjesta 21. stoljeća dinamičnoga su i brzog tempa te u velikoj mjeri stimulirana okruženjem koje donosi veliki broj prednosti i prilika, ali i promjenjive uvjete poslovne sredine koji mogu, ako nose prekomjerne zahtjeve i pritisak, utjecati na porast razine stresa što može uzrokovati smanjenje uspjeha na poslu. Najčešći uzroci stresa na radnom mjestu posljedica su loših odnosa među osobljem i nedostatka dobre komunikacije, a nerijetko su rezultat nesnalaženja s vlastitim emocijama, nedovoljne empatije i vještina za rad u grupi (5). Stres negativno utječe na niz čimbenika koji su presudni za uspješnu organizaciju: koncentraciju, kreativnost, inovativnost, koordinaciju pokreta, proces donošenja odluka, komunikaciju i odnose, organizacijsku klimu, pamćenje, zadovoljstvo poslom, samopouzdanje i u konačnici na psihofizičko zdravlje djelatnika. Očito je da je njegov utjecaj štetan za produktivnost i uspjeh pojedinca kao i organizacije u cjelini (6). Upravo stres na radnom mjestu predstavlja globalni javnozdravstveni problem, jedan je od najvećih uzroka profesionalnih bolesti i bolovanja u svijetu, te je među vodećim gospodarskim problemima razvijenih zemalja (7).

Razvijena emocionalna kompetencija omogućava učinkovit način prepoznavanja, reagiranja i upravljanja u stresnim situacijama, što u konačnici višestruko koristi i organizaciji i zaposlenicima (5).

1.3. Konflikt radne i obiteljske uloge

Ravnotežu između posla i obitelji teško je održati u modernim industrijskim društvima zbog sve većih zahtjeva tih dviju uloga. Sukob između posla i obitelji raste zbog promjenjivih demografskih trendova na poslu i obitelji širom svijeta, uključujući sve veći broj majki s malom djecom u radnoj snazi; nagli porast potreba za skrb za starije osobe zbog starenja stanovništva; i povećanje uključenosti muškaraca u zahtjeve obiteljske skrbi, osobito u razvijenim zapadnim zemljama. Sukob između posla i obitelji također raste zbog širenja tehnologije i prevladavanja osobnih elektroničkih komunikacijskih uređaja koji pojedince mogu držati stalno povezanim s poslom i obiteljskim brigama 24 sata dnevno, sedam dana u tjednu (8).

Sukob između poslovne i obiteljske uloge izravno i neizravno utječe na većinu svjetske populacije. Čak i samci te osobe koje nemaju djecu, vrlo često navode kako imaju neki sukob između posla i obitelji. Naime, svi pojedinci mogu biti sinovi, kćeri, sestre, braća ili mogu

živjeti s prijateljima koji funkcioniraju kao obitelj. Sukob između posla i obitelji također ima rastuće neizravne učinke jer studije pokazuju da se sukobi između posla i obitelji mogu prenijeti na kolege s posla i obitelj (8).

Sukob između posla i obitelji psihološki je fenomen koji su prvi predložili Greenhaus i suradnici 1985. godine. Radi se o sukobu između uloga koji se javlja kada su zahtjevi energije, vremena ili ponašanja radne uloge u sukobu s onima obiteljske uloge (9). Ključna pretpostavka sukoba između posla i obitelji je da su zahtjevi i očekivanja na poslu (npr. rad do kasno, putovanja) često u sukobu s onima obitelji (npr. pokupiti dijete nakon škole kako bi moglo prisustvovati nogometnom treningu ili odvođenje roditelja liječniku kada su bolesni i ne mogu sami voziti). Kada višestruke uloge pojedinca, poput posla i obitelji, postanu nekompatibilne jedna s drugom, dolazi do sukoba uloga (8).

Sukob između posla i obitelji povezan je s mnogim kritičnim ishodima na poslu i osobnom životu. To uključuje rezultate rada (npr. zadovoljstvo poslom, organizacijsku predanost i fluktuaciju), obiteljske ishode (npr. zadovoljstvo brakom i zadovoljstvo obitelji), tjelesno zdravlje (npr. fizički simptomi, ponašanje u prehrani i vježbanju), psihološko zdravlje (npr. stres i depresivni simptomi) i zadovoljstvo životom (8).

Sukob uloga proizlazi iz nekompatibilnosti zahtjeva uloge između posla i obitelji koji proizlaze iz vremena, napetosti ili ponašanja. Sukob temeljen na vremenu nastat će kada je vremenski pritisak nespojiv sa zahtjevima druge domene uloga. Na primjer, prekovremeni rad oduzima sate koje roditelj može provesti s djecom (konflikt između posla i obitelji); a bolest člana obitelji može ograničiti radno vrijeme (konflikt između obitelji i posla). Sukob temeljen na napetosti događa se kada napetost u jednoj ulozi ograničava sposobnost pojedinca da obavlja drugu ulogu (9). Na primjer, studija stručnjaka otkrila je da se iscrpljenost i tjeskoba od posla mogu preliti na domenu obitelji ili života (sukob između posla i obitelji) ograničavajući izvedbu uloge pojedinca. S druge strane, novopečeni roditelji možda ne spavaju dovoljno, što utječe na njihov radni učinak (konflikt između obitelji i posla) (8). Sukob temeljen na ponašanju javlja se kada su specifični obrasci ponašanja potrebni u jednoj ulozi nekompatibilni s očekivanjima ponašanja u drugoj ulozi. Na primjer, sugerirano je da liječnici na poslu naglašavaju smirenost, emocionalnu stabilnost i autoritet. Nasuprot tome, očekuje se da bi član obitelji trebao biti topao, emotivan i pristupačan u svojim interakcijama. U tom aspektu, liječnici moraju prilagoditi svoje ponašanje kod kuće kako bi bili u skladu s očekivanjima svog muža, žene ili djece. Inače će on ili ona vjerojatno doživjeti sukobe temeljene na ponašanju (9).

Prethodne studije pokazuju da postoji značajna korelacija između sukoba poslovnog i obiteljskog života i razine emocionalne inteligencije (10).

Zaposlenici, koji ne mogu uskladiti poslovne i obiteljske odgovornosti, vjerojatno doživljavaju sagorijevanje. U radnom okruženju sagorijevanje postupno postaje prepoznato kao ozbiljan izazov koji utječe na pojedince zaposlene u ljudskim uslugama, a osobito one zaposlene u zdravstvenim uslugama (11).

1.4. Sindrom profesionalnog sagorijevanja

Sindrom sagorijevanja (engl. *burnout syndrome*) od velike je važnosti za društvo koje se suočava sa značajnim gubitkom ljudskih potencijala, a pojedinac sa značajnim gubitkom životnog zadovoljstva. Nadalje, osoba koja nije svjesna frustracija koje ju okružuju i vlastite preopterećenosti sklonija je sagorijevanju. Promatrajući problem na integriran način sa svih aspekata – pojedinac, obitelj i zajednica – jasno je da sindrom sagorijevanja nije samo problem pojedinca nego svih njegovih paralelnih, nad i podsustava u društvu (12).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (engl. *World Health Organisation, WHO*), sagorijevanja je sindrom koji je definiran kao rezultat kroničnog stresa na radnom mjestu koji nije uspješno kontroliran (13). Termin „sagorijevanja na poslu“ uveo je 1974. godine psiholog Herbert Freudenberger, međutim, najšire prihvaćena definicija sagorijevanja dolazi od Maslacha i Jacksona koji pod pojmom sagorijevanja podrazumijevaju sindrom emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osobnog postignuća u radu s ljudima (14). Dimenzija iscrpljenosti je opisana kao istrošenost, gubitak energije i umor. Dimenzija cinizma izvorno se zvala depersonalizacija (s obzirom na prirodu zanimanja ljudskih usluga), ali je također opisana kao negativan ili neprikladan stav prema klijentima, razdražljivost, gubitak idealizma i povlačenje. Dimenzija neučinkovitosti izvorno se nazivala smanjeno osobno postignuće, a također je opisana kao smanjena produktivnost ili sposobnost, nizak moral i nesposobnost suočavanja (15). Popis simptoma je dugačak i većina njih nije vrlo specifična. Simptomi su povezani s različitim stadijima sindroma i podijeljeni su u različite skupine. To uključuje simptome upozorenja u ranoj fazi (povećana predanost ciljevima i iscrpljenost), nakon čega slijedi faza smanjene predanosti (prema pacijentima i klijentima, prema drugima općenito, prema poslu, prema povećanim zahtjevima), emocionalne reakcije i okrivljavanje (depresija, agresija), što konačno dovodi do smanjenja kognitivnih performansi, motivacije,

kreativnosti i prosuđivanja, izravnavanja emocionalnog, društvenog i intelektualnog života, psihosomatskih reakcija i očaja (16). Simptomi sagorijevanja uzrokuju značajan fizički ili emocionalni problem i u konačnici mogu potaknuti osobu da potraži pomoć i intervenciju. Budući da je simptomatologija sagorijevanja prilično složena sindrom se razvija u nekoliko uzastopnih faza. U početku je Freudenberg opisao njegov razvoj u modelu od 12 stupnjeva. Kasnije je ovaj model pojednostavljen, a trenutno se najčešće koristi model s pet stupnjeva. Ovaj model počinje fazom medenog mjeseca i karakterizira ga entuzijazam. Međutim, neizbježno, nakon vremena to postaje povezano s doživljavanjem stresa na poslu. Ako se u ovoj fazi ne implementiraju pozitivne strategije suočavanja, postoji rizik od pokretanja procesa sagorijevanja. Slijedi druga faza, odnosno faza stagnacije koju karakterizira pojava stresa koja započinje svjesnošću da su neki dani teži od drugih. Život se svodi na posao i brigu o poslu, a obiteljski, društveni i osobni prioriteti se zanemaruju i trpe te se javljaju uobičajeni simptomi stresa koji na osobu utječu emocionalno, ali i fizički. Razvija se stadij kroničnog stresa koji dovodi do frustracije. Pojedinci se osjećaju neuspješno i nemoćno. Napori koje ulažu im se ne isplate, a dojam ili činjenica da ne dobivaju dovoljno priznanja posljedično dovode do toga da se pojedinac osjeća nesposobnim i neadekvatnim. To vodi do faze apatije, gdje se javljaju očaj i razočaranje. Ljudi ne vide izlaz iz situacije i postaju rezignirani i ravnodušni, što u konačnici vodi posljednjoj fazi, odnosno sagorijevanju (17).

Hoće li stres rezultirati sagorijevanjem ovisi o otpornosti pojedinca, a otpornost ovisi o osobnosti samog pojedinca, ali i o čimbenicima zaštite iz njegove okoline, poput podrške obitelji, susjedstva, prijatelja, institucija i slično. Socijalna podrška djeluje kao ublaživač stresa i njegovih razornih posljedica, a može pomoći i u prevenciji stresa tako što štetne pojave čini manje prijetećima za pojedinca. Osim toga, socijalna podrška može pružiti korisne resurse za suočavanje kada se stres pojavi (12). Riječ je o nimalo bezazlenom zdravstvenom problemu koji je uvršten u priručnik Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (13).

Sindrom sagorijevanja čest je među zdravstvenim djelatnicima, zbog njihove visoke predanosti, empatije prema bolesnicima i donošenja odluka vezanih za život i zdravlje pacijenata (18). Terapeutski odnosi koje takvi pružatelji razvijaju s primateljima zahtijevaju trajnu i intenzivnu razinu osobnog, emocionalnog kontakta, što može biti prilično stresno. Unutar takvih zanimanja prevladavajuće norme su nesebičnost i stavljanje potreba drugih na prvo mjesto; raditi dugo i učiniti sve što je potrebno da se pomogne primatelju terapijske usluge, odnosno pacijentu (15).

1.5. Povezanost emocionalne inteligencije i sindroma sagorijevanja

Sagorijevanje na poslu može imati mnogo negativnih učinaka na zaposlenike, što ne samo da može smanjiti učinak i zadovoljstvo poslom, već i povećati stopu izostanaka sa radnog mjesta, napuštanja radnog mjesta, pogreškama u radu, smanjenim zadovoljstvom primatelja zdravstvene usluge i lošijom kvalitetom mentalnog zdravlja liječnika (7). Osim toga, rezultati dosadašnjih istraživanja pokazali su kako “sagorijevanje na poslu može lako dovesti do apatije prema drugima, negativno utjecati na pojedinca i imati negativan utjecaj na organizaciju posla”. U tom kontekstu, ključ za razvoj uspješne tvrtke je smanjenje sagorijevanja zaposlenika na poslu i poboljšanje njihovog radnog učinka (19).

Mnoge su organizacije shvatile da im, kako bi se istaknule u današnjem konkurentnom poslovnom svijetu, nisu potrebne samo akademske vještine nego i emocionalna inteligencija (EI). EI ima dug proces razvoja; Salovey i Mayer službeno su iznijeli koncept emocionalne inteligencije još 1990-te. Nakon čega je 1995-te. Koncept EI je dobio veliku pozornost u cijelom svijetu zbog objavljivanja Golemanove knjige *Emocionalna inteligencija: Zašto to može biti više od IQ-a*. Od tada je odnos između EI i radnog učinka postao važan istraživački predmet u području industrijske i organizacijske psihologije. U brojnim istraživanjima radni učinak povezan je s EI. Naime, EI nije samo sposobnost upravljanja vlastitim osjećajima, već i sposobnost razumijevanja drugih unutar organizacije. Poboljšavanje EI zaposlenika, može učinkovito smanjiti sagorijevanje na poslu, poboljšati radni učinak i riješiti problem loše učinkovitosti organizacije (19). Emocionalna inteligencija je “sposobnost kontroliranja emocija sebe i drugih, razlikovanja emocija pojedinaca i primjene tih informacija za usmjeravanje vlastitog razmišljanja i djelovanja”. Durán i suradnici su dokazali kako pojedinci koji imaju jasnu sposobnost emocionalnog izražavanja i sposobnost emocionalnog popravljanja mogu značajno doprinijeti individualnom uspjehu (20). Emocije ne utječu samo na način na koji ljudi misle i djeluju, već i signaliziraju o prosuđivanju i obradi informacija. Zaposlenici s višom EI mogu lakše pronaći odgovarajuća rješenja na poslu i razumno primijeniti emocionalne resurse i često mogu brzo pristupiti socijalnoj podršci u komunikaciji i interakciji s ljudima, čime se smanjuje mogućnost neuspjeha i depersonalizacije uzrokovane neuspjehom. Zaposlenici mogu upravljati emocijama prilagođavajući svoju percepciju radnog okruženja i emocionalne podražaje iz okoline; mogu postići ono što žele jačanjem, slabljenjem, produljenjem ili skraćivanjem određenih emocionalnih iskustava. Sve to može učinkovito smanjiti osjećaj sagorijevanja zaposlenika na poslu (19).

Prema Danielu Golemanu postoji pet ključnih elemenata emocionalne inteligencije: samosvijest, samoregulacija, motivacija, empatija i socijalne vještine (21).

Empatija je najvažnija i najbitnija komponenta emocionalne inteligencije društvene svijesti i izravno je povezana sa samosviješću (21). Kako bi se postigla humanizacija u zdravstvu, svaki zdravstveni djelatnik mora biti sposoban razviti empatičnu komunikaciju sa svojim pacijentima (22).

1.6. Empatija

Empatija je sposobnost razumijevanja i dijeljenja osjećaja drugih ljudi . Prema psihodinamičkom, biheviorističkom pristupu i pristupu usmjerenom na osobu, empatija olakšava razvoj terapijskog odnosa s korisnikom zdravstvene skrbi (23).

Empatija se prvi put spominje u psihoterapijskom kontekstu 1950-ih. Pristup usmjeren na osobu definirao ga je kao privremeno stanje koje zdravstveni djelatnik doživljava u svom nastojanju da razumije život korisnika zdravstvene skrbi bez povezivanja s njim (23). Suvremeni koncept empatije višedimenzionalan je i sastoji se od afektivnog, kognitivnog i bihevioralnog aspekta. Kroz povijest, razvoj i integracija ovog koncepta evoluirali su kroz tri različita vremenska razdoblja. Sve do kraja 1950-ih uglavnom je prevladavala kognitivna dimenzija. Od 1960-ih nadalje naglasak je stavljen na afektivnu dimenziju, dok je od 1970-ih empatija definirana u svojoj višedimenzionalnosti; odnosno bihevioralni aspekt pridodan je svakodnevnoj praksi zdravstvenih djelatnika (23).

Afektivna dimenzija sastoji se od koncepta brige i koncepta iskrenog, bezuvjetnog prihvaćanja korisnika zdravstvene zaštite. Briga se odnosi na pomoć i podršku kao nusprodukte emocionalne interakcije. Koncept potpunog i iskrenog bezuvjetnog prihvaćanja odnosi se na odobravanje 'drugog' i konsenzus među ljudima, bez predrasuda i stereotipa (23).

Kognitivna dimenzija odnosi se na međuljudsku osjetljivost i sposobnost razumijevanja pozicije u kojoj se druga osoba nalazi odnosno zauzimanja njegove perspektive. Međuljudska osjetljivost znači objektivno razumijevanje situacije druge osobe. To je dubok proces upoznavanja nekoga, temeljen na verbalnim i neverbalnim znakovima. Sposobnost razumijevanja situacije druge osobe odnosi se na fleksibilnost i objektivno razumijevanje gledišta druge osobe (hodati u njezinim cipelama, shvaćati način na koji ona djeluje kognitivno, emocionalno i mentalno). Simpatija, empatija i suosjećanje blisko su povezani pojmovi koji se

često koriste kao sinonimi. Međutim, simpatija je definirana kao emocionalna reakcija sažaljenja prema nesreći drugoga, posebno onih za koje se smatra da nepravедno pate. Empatija se shvaća kao složeniji međuljudski koncept koji uključuje svijest i intuiciju, dok je suosjećanje „komplementarna društvena emocija, izazvana svjedočenjem patnji drugih“ i povezana je s osjećajima zabrinutosti, topline povezane s motiviranjem podrške (23).

1.7. Utjecaj empatije na pojavu sindroma sagorijevanja u doktora dentalne medicine

Dentalna medicina kao dio zdravstvene profesije nosi odgovornost za stvaranje i njegovanje dobrih odnosa sa pacijentom. Odnosi između doktora i pacijenta bitna su komponenta svake zdravstvene profesije, a osobito dentalne medicine. Dentalni pacijenti najčešće posjećuju dentalne ordinacije zbog oralnih problemima koji im ometaju kvalitetu života. Traženje usluga doktora dentalne medicine u većini je slučajeva nužnost uzrokovana hitnim dentalnim problemima koji zahtijevaju hitnu njegu. U drugim slučajevima, posebno u novijoj informacijskoj eri u kojoj su pacijenti visoko informirani, pacijenti traže usluge poboljšanja vlastitog estetskog izgleda (24).

Pacijenti često žele doktora dentalne medicine koji je usredotočen na osobu jer je time doktor ujedno i pristupačniji. (25). Liječnički stil usmjeren na osobu zahtijeva od doktora dentalne medicine da razvija dobre komunikacije i empatične vještine (24). Komunikacija s pacijentima ne ograničava svoj opseg na razmjenu informacija, već se proteže na stvaranje, njegovanje i održavanje odnosa između doktora i pacijenta kroz cijeli proces uspostavljanja kognitivne veze s pacijentima, postavljanja dijagnoze, planiranja i konsenzusa o mogućnostima liječenja, a posebno o pacijentovom suglasnošću s planom liječenja. Komunikacijski proces je cijeli ciklus prosljeđivanja poruke od pošiljatelja do primatelja i smatra se da je završen tek kada pošiljatelj primi povratnu informaciju od primatelja. Upravo je povratna informacija, koja se najčešće zanemaruje u našoj razmjeni s pacijentima, dobar pokazatelj uspješnosti uspostavljanja odnosa. Ovaj proces komunikacije zahtijeva temeljni koncept empatije (24). Razumijevanje osjećaja, stavova i iskustava pacijenata bitan je i presudan korak prema snažnom, učinkovitom i temeljitom dentalnom pregledu (26).

Empatija može značajno potaknuti i motivirati pacijente na suradljivost u toku liječenja. U konačnici empatija dovodi do boljih ishoda i većeg zadovoljstva pacijenata. Naime prema istraživanjima, empatija se smatra važnim čimbenikom za uspješne ishode liječenja, smanjenje

vremena oporavka pa čak i smanjenje boli. Istovremeno, empatija pozitivno utječe na profesionalno zadovoljstvo doktora dentalne medicine te smanjuje profesionalno sagorijevanje (27). Sagorijevanje se događa kada se pojedinci osjećaju emocionalno preplavljeni zahtjevima svog posla (28). Povećano opterećenje, vremenski pritisci, konkurentnost, terapija vođena tehnologijom i povećanje cinizma u pogledu procesa skrbi su svi čimbenici koji doprinose profesionalno stresu i u koje se vjeruje da mogu pridonijeti padu empatije (29). Iscrpljeni liječnici manje su shvaćati pacijentove potrebe i slušati ga, te se zaštićuju tako što pacijente stavljaju na distancu i depersonaliziraju ih (28). Brazeau i suradnici su u svom istraživanju uočili da što je viša razina sagorijevanja studenata medicine, to je njihova klinička empatija niža (30). Zenasni i suradnici su navedene rezultate primijetili i kod liječnika (31). Po Truchotu, kada su liječnici opće prakse na visokoj razini sagorijevanja, skloni su povlačenju iz odnosa s pacijentima. Ova strategija povlačenja omogućuje zdravstvenim djelatnicima u stanju sagorijevanja da vrate osjećaj psihološke ravnoteže ili zaštite svojih unutarnjih resursa (31).

Da bi se očuvala učinkovita empatija u skrbi, zdravstveni djelatnik mora raditi u okviru pozitivnog stanja uma, što će rezultirati smanjenjem profesionalnog stresa i sagorijevanja. Predloženo je da bi optimalni empatijski pristup za liječnike trebao biti „klinička empatija”, koja sprječava previše suosjećanja prema pacijentu, ali bez zanemarivanja emocionalne reakcije i osjećaja pacijenta. Klinička empatija je prvenstveno kognitivna kvaliteta koja uključuje razumijevanje unutarnjih iskustava i perspektiva pacijenta kao zasebne osobe, u kombinaciji sa sposobnošću da se to razumijevanje prenese pacijentu (32). Međutim, klinička empatija ne bi se trebala odnositi na potpuno izbjegavanje i emocionalne i afektivne empatije, već na složen/globalni kognitivni i afektivni pristup. Još uvijek je nejasno u kojem je stupnju afektivna empatija neophodna da bi se klinička empatija pojavila i do koje razine postaje neprikladna u terapijskom odnosu. U svakom slučaju, klinička empatija mora uključivati sposobnost razlikovanja sebe od drugoga kako ne bi bili zagubljeni u pacijentovoj boli i emocijama. To će zaštititi od dugotrajne iscrpljenosti i depersonalizacije te pomoći u sprječavanju sindroma sagorijevanja (33). Empatija se obično shvaća kao kritičan čimbenik u pružanju učinkovite podrške, ali se također smatra primarnim putem ranjivosti za razvoj sekundarnih stresnih poremećaja u profesiji, kao što je umor od suosjećanja i profesionalna emocionalna iscrpljenost (29).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Cilj ovog rada bila je utvrditi stupanj emocionalne empatije te istražiti povezanost emocionalne empatije i pojavnosti sukoba između radne i obiteljske uloge kod doktora dentalne medicine.

Nadalje, ovim istraživanjem ispitani su faktori koji potencijalno mogu utjecati na stupanj emocionalne empatije i pojavnost sukoba radne i obiteljske uloge kod doktora dentalne medicine.

Hipoteze ovog istraživanja glase:

1. Empatija nema utjecaj na pojavnost sukoba radne i obiteljske uloge kod doktora dentalne medicine;
2. Stupanj emocionalne empatije i sukoba radne i obiteljske uloge ne ovise o spolu, dobi, mjestu rada, ukupnom radnom stažu ispitanika, dodatnim specijalističkim usavršavanjem te zaposlenjem u različitim razinama zdravstvene zaštite.

3. MATERIJALI I METODE

Ispitnu skupinu za ovo ispitivanje činili su doktori dentalne medicine s područja Republike Hrvatske, Republike Srbije te Bosne i Hercegovine. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu (Klasa: 003-08/ 22-03/0003; Ur. br.: 2181-198-03-04-22-0016).

3.1. Anketni upitnik

Upitnik u obliku mrežne ankete izrađene u programu Google Forms distribuiran je ispitanicima elektroničkom poštom i na društvenim mrežama. Ispunjavanje upitnika bilo je potpuno anonimno i dragovoljno. Sudionici istraživanja upitnik su ispunjavali od 24. siječnja 2022. do 15. svibnja 2022. Sastojao se od ukupno 39 pitanja podijeljenih u tri segmenta.

Prvi segment upitnika sadržavao je pitanja o općim i demografskim podacima ispitanika (spol, dob, godina završetka fakulteta, godine radnog staža, država i mjesto rada, specijalističko usavršavanje, zaposlenost ovisno o razini zdravstvene zaštite).

Drugi segment upitnika sadržavao je Skalu emocionalne empatije. Skala emocionalne empatije mjeri sklonost emocionalnog reagiranja izazvanu emocionalnim stanjem drugih. Skala sadrži 19 tvrdnji koje opisuju emocionalne doživljaje koji su sukladni emocionalnom stanju drugih kao i osjećaje simpatije prema onima koji su u nevolji. Procjene su davane u obliku Likertove skale s rasponom procjena od 0 do 4 (0 - uopće se ne odnosi na mene, 1 - uglavnom se ne odnosi na mene, 2 - niti se odnosi, niti se ne odnosi na mene, 3 - uglavnom se odnosi na mene, 4 - u potpunosti se odnosi na mene). Najveći mogući rezultat je 76 bodova, a veći rezultat na skali znači veću sklonost doživljavanja emocionalne empatije (34).

Treći segment upitnika sadržavao je Skalu za procjenu konflikta radne i obiteljske uloge s kojom smo mjerili stupanj konflikta radne i obiteljske uloge. Skala se sastojala od 12 pitanja na koje su odgovori kao u drugom dijelu upitnika bili ponuđeni u obliku Likertove skale od 1 do 7 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem; 3 - donekle se ne slažem, 4 - niti se slažem, niti se ne slažem, 5 - donekle se slažem, 6 - uglavnom se slažem, 7 - u potpunosti se slažem). Tvrdnje su podijeljena u dva seta koja se razlikuju po smjeru ometajućeg utjecaja (posao na obitelj i obitelj na posao). Prvi set tvrdnji odnosi se na utjecaj poslovnih obveza na obiteljski život, dok se drugi set tvrdnji odnosi se na utjecaj obiteljskih obveza na poslovno okruženje. Ukupan rezultat formira se za svaku podljestvicu posebno računanjem prosječne

vrijednosti na pripadajućim tvrdnjama, a veći rezultat znači veći konflikt radne i obiteljske uloge (35).

Upitnik je na hrvatski jezik prevela i prilagodila Ana Šimunić (36).

3.2. Subjekti istraživanja

Ciljana populacija provedenog istraživanja bili su doktori dentalne medicine iz Republike Hrvatske, Republike Srbije i Bosne i Hercegovine zaposleni u različitim ustanovama zdravstvene zaštite.

U registru doktora dentalne medicine na dan 17. svibnja 2018. godine, pri Hrvatskoj komori dentalne medicine evidentirano je 5066 doktora dentalne medicine (37).

Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine broj zaposlenih doktora dentalne medicine 2018. godine iznosio je 592 (38).

Prema evidenciji stomatološke komore Srbije ukupan broj članova upisanih kao doktori dentalne medicine stomatološke komore Srbije na dan 18. svibnja 2022. iznosio je 9412.

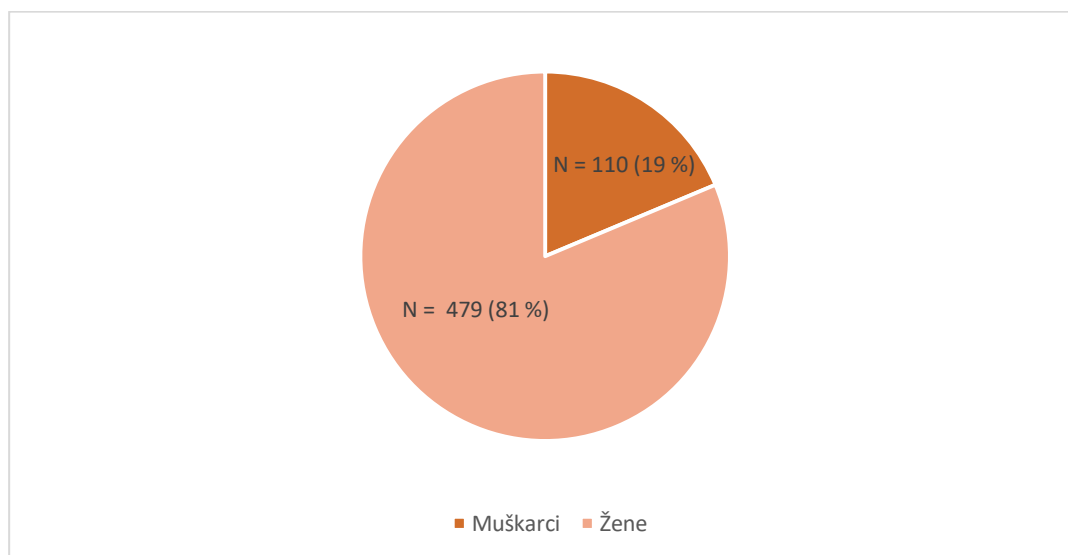
Dakle ukupan broj doktora dentalne medicine iz tri navedene države iznosio je 15 070. Uz 5 % granicu pogreške, interval pouzdanosti od 90 % i distribuciju odgovora od 50 % minimalna potrebna veličina uzorka bila je 375.

3.3. Statistička analiza

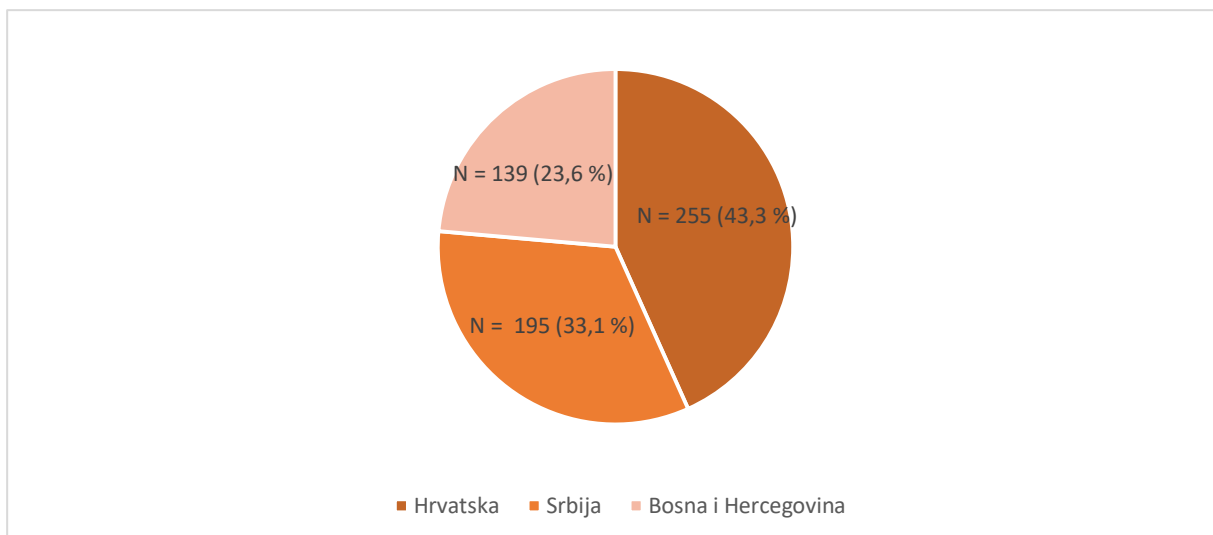
Svi pravilno ispunjeni upitnici uneseni su u Microsoft Excel 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, SAD) program i po završetku istraživanja statistički obrađeni uz pomoć programskog paketa SPSS (IBM Corp., Armonk, New York). Za određivanje osnovnih statističkih parametara (srednje vrijednost, standardne devijacije, medijana te minimalne i maksimalne vrijednosti) korištena je metoda deskriptivne statistike. Spearman-ov koeficijent korelacije i linearna regresijska analiza korišteni su za procjenu povezanosti stavova ispitanika s njihovim socio-demografskim obilježjima. Razina značajnosti postavljena je na $P < 0,05$.

4. REZULTATI

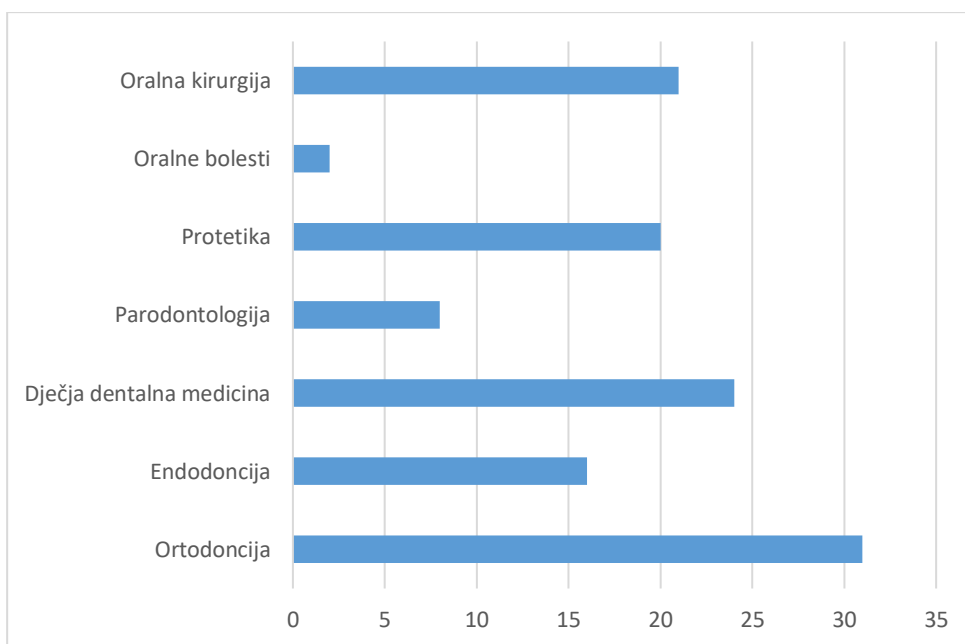
U ovom istraživanju sudjelovalo je 589 doktora dentalne medicine. Raspon godina ispitanika bio je od 24 do 71 godine života, a prosječna dob iznosila je $35,71 \pm 8,46$. Ispitanu populaciju činilo je 479 osoba ženskog spola (81 %) i 110 osoba muškog spola (19 %) (Slika 1). U istraživanju je sudjelovalo 255 doktora dentalne medicine iz Republike Hrvatske, 195 iz Republike Srbije te 139 iz Bosne i Hercegovine (Slika 2). Od ukupnog broja ispitanika 20,71 % specijalizirano je za neko od grana dentalne medicine (Slika 3). Najveći broj ispitanika radi u privatnim ordinacijama i to i kao dio stomatološkog tima ($N = 245, 41,60 \%$) ili kao vlasnik ($N = 171, 29,03 \%$). Slijede, domovi zdravlja (21,39 %), poliklinike (4,41 %) i klinički bolnički centri (3,57 %). Od ukupnog broja ispitanika koji rade u privatnim zdravstvenim ordinacijama, njih 144 (34,62 %) izjavilo je da ordinacija u kojima rade ima ugovor sa osiguravajućih kućama. Od toga je samo 8 ispitanika izjavilo da je riječ o nekim od privatnih osiguranja, dok je ostatak imao ugovor sa državnim zdravstvenim osiguranjem.



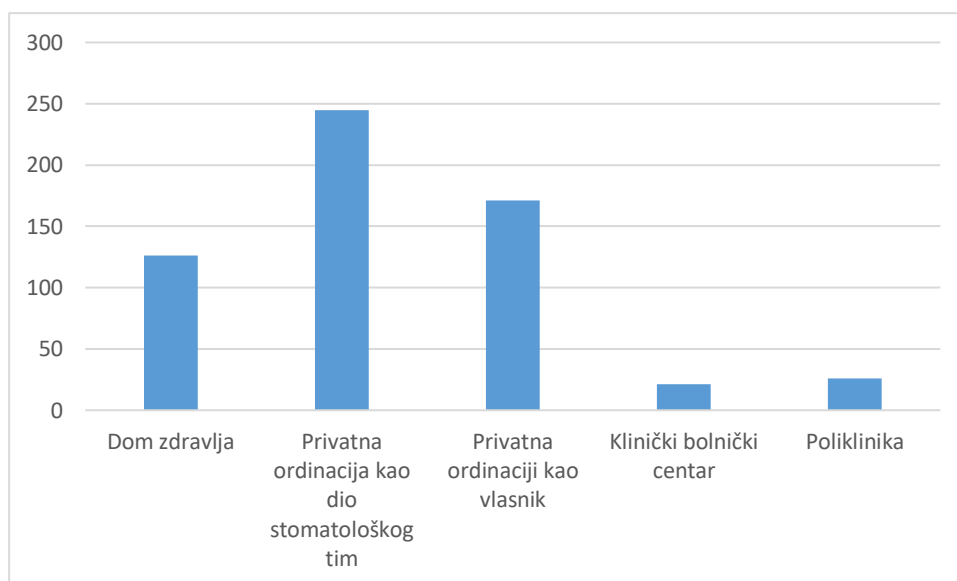
Slika 1. Spolna struktura ispitanika



Slika 2. Zastupljenost ispitanika ovisno o državi iz koje dolaze



Slika 3. Zastupljenost specijalista dentalnih grana u istraživanju



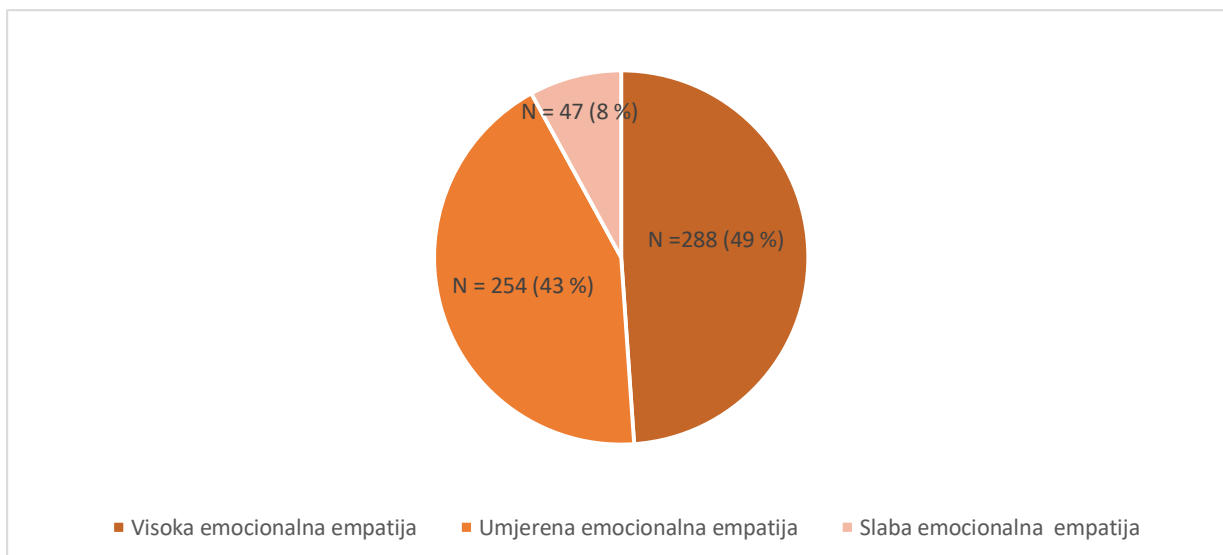
Slika 4. Radno mjesto ispitanika

U Tablici 1 prikazani su rezultati koji su ispitanici postigli na skali emocionalne empatije te na skali konflikta radne i obiteljske uloge.

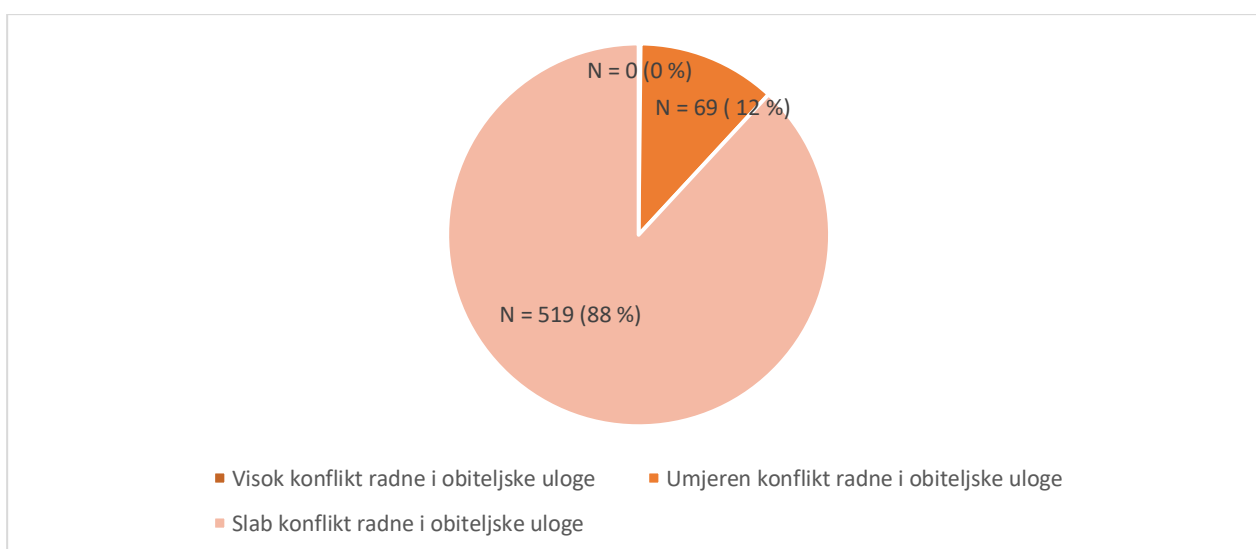
Tablica 1. Rezultati na skali emocionalne empatije i skali konflikta radne i obiteljske uloge

	Minimum	Medijan	Maksimum	Srednja vrijednost	Standardna devijacija
Skala emocionalne empatije	22	60	76	59,17	9,38
Skala konflikta radne i obiteljske uloge	12	37	69	36,58	11,49

Po Bloomovoj klasifikaciji, na skali empatije 288 (49 %) ispitanika ima visoku emocionalnu empatiju, 254 (43 %) umjerenu, a 47 (8 %) ispitanika slabu emocionalnu empatiju (Slika 5). Nadalje, na skali konflikta radne i obiteljske uloge ni jedan ispitanik nije imao maksimalan broj mogućih postignutih bodova. Po Bloomovoj klasifikaciji samo jedna osoba ima visok konflikt radne i obiteljske uloge, umjeren 69 (12 %) ispitanika te 519 (88 %) ispitanika ima slab konflikt radne i obiteljske uloge (Slika 6) (39).



Slika 5. Emocionalna empatija ispitanika



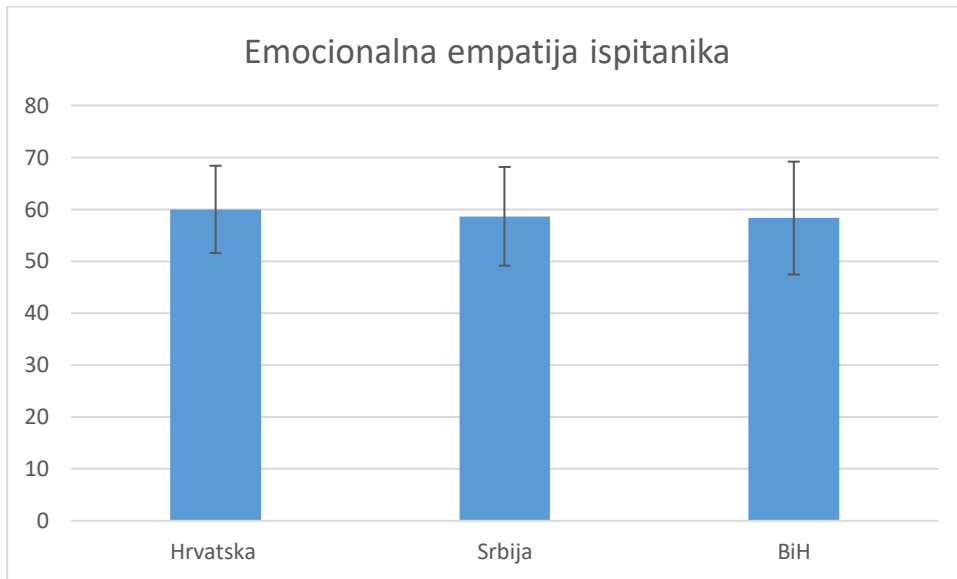
Slika 6. Konflikt radne i obiteljske uloge ispitanika

Spearmanova korelacijska analiza

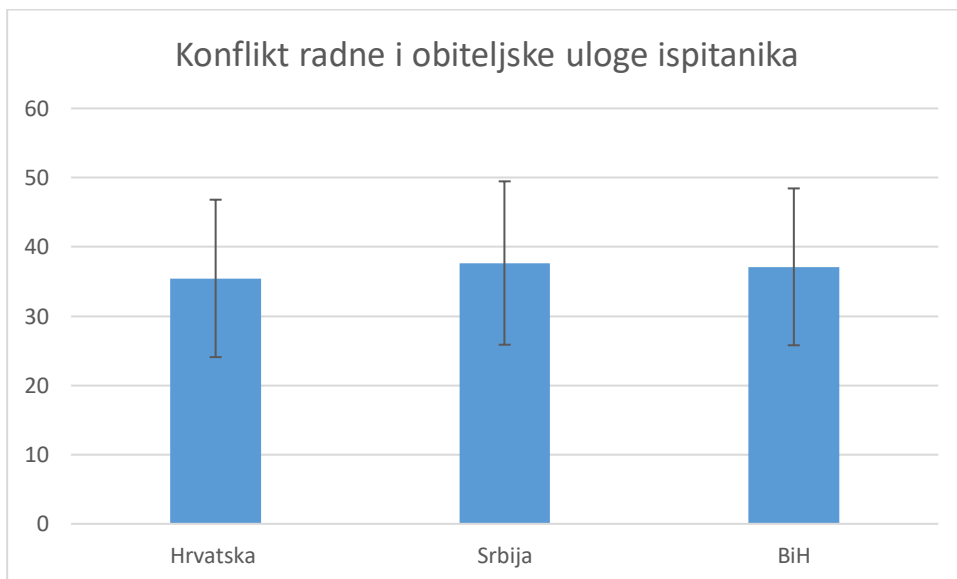
Spearmanovom korelacijskom analizom uočena je pozitivna korelacija između empatije i ženskog spola ($R = 0,282$; $P \leq 0,001$), te zaposlenja u kliničkom bolničkom centru ($R = 0,102$; $P = 0,014$). Specijalizacija iz kirurgije pokazala je blagu negativnu korelaciju s empatijom ($R = -0,130$; $P = 0,002$), a specijalizacija iz ortodoncije neznatnu pozitivnu ($R = 0,088$; $P = 0,033$).

Konflikt radne i obiteljske uloge negativno korelira sa zaposlenjem u domu zdravlja ($R = -0,130$; $P = 0,004$), a pozitivno sa radom kao specijalist iz dentalne protetike ($R = 0,185$; $P \leq 0,001$).

Nije uočena razlika u emocionalnoj empatiji doktora ($P = 0,318$) te konfliktu između radne i obiteljske uloge ($P = 0,291$) zavisno o državi iz koje dolaze.

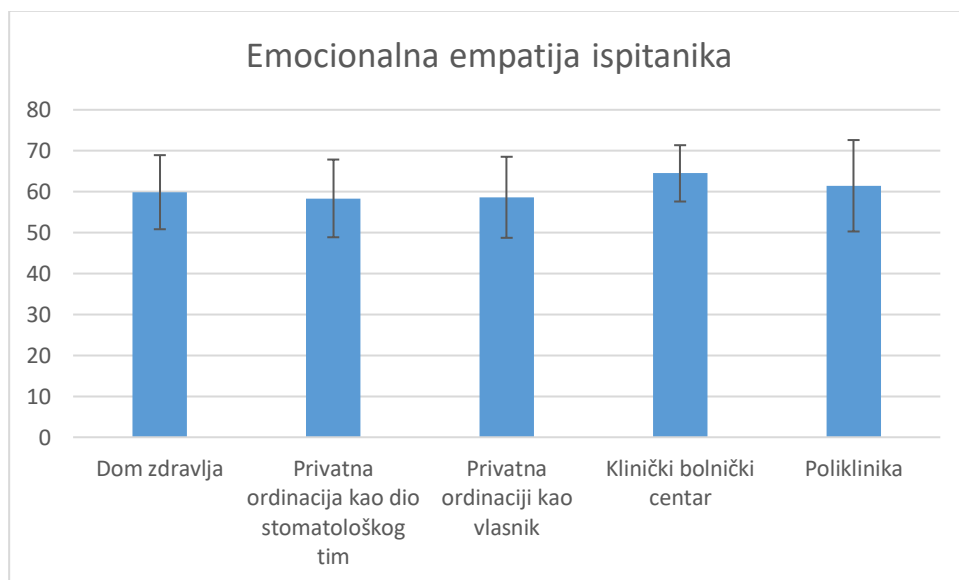


Slika 7. Razlika u razini emocionalne empatije ovisno o nacionalnosti ispitanika

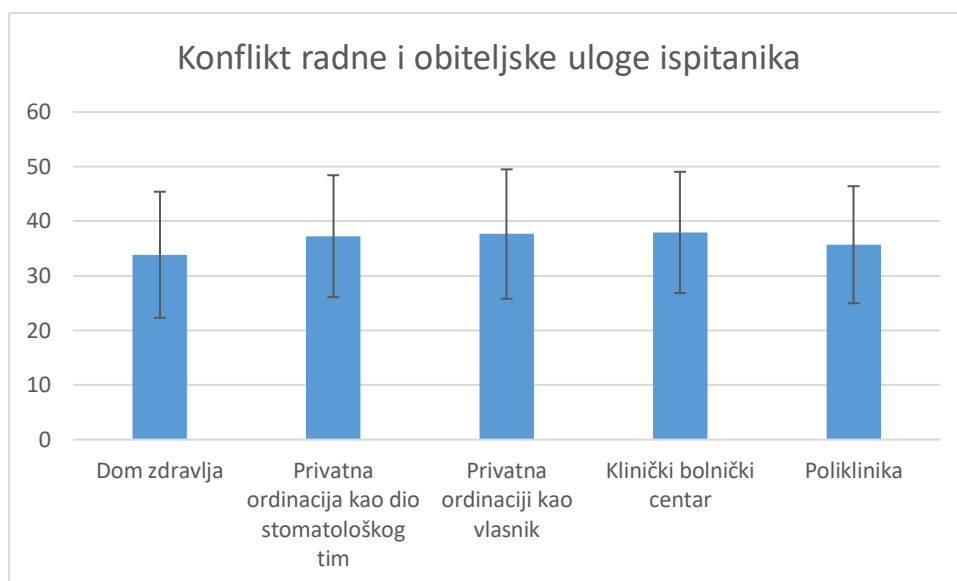


Slika 8. Razlika u razina konflikta radne i obiteljske uloge ovisno o nacionalnosti ispitanika

Uočena je razlika u emocionalnoj empatiji zavisno gdje su ispitanici zaposleni ($P = 0,045$). Razlika je uočena između doktora dentalne medicine koji rade u kliničkim bolničkim centrima s onima koji rade u privatnim ordinacijama kao dio tima ($P = 0,006$), u privatnim kao vlasnici ($P = 0,009$) te doktorima zaposlenim u domovima zdravlja ($P = 0,031$). Nadalje, uočena je statistički značajna razlika u konfliktu između radne i obiteljske uloge zavisno gdje su ispitanici zaposleni ($P = 0,041$). Tukey post-hoc testom uočeno je razlika između zaposlenika koji rade u domovima zdravlja ($33,86 \pm 11,55$) te onih koji rade u privatnim ordinacijama kao vlasnici ($37,65 \pm 11,85$) ($P = 0,033$).

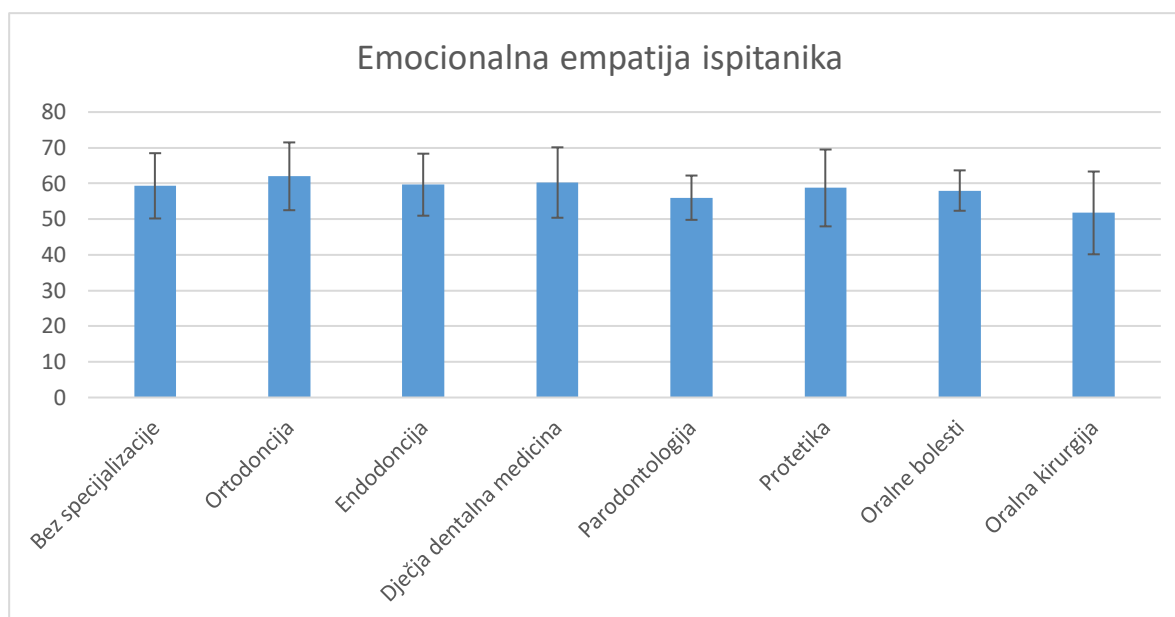


Slika 9. Razina emocionalne empatije ovisno o zaposlenosti u različitim razinama zdravstvene zaštite*

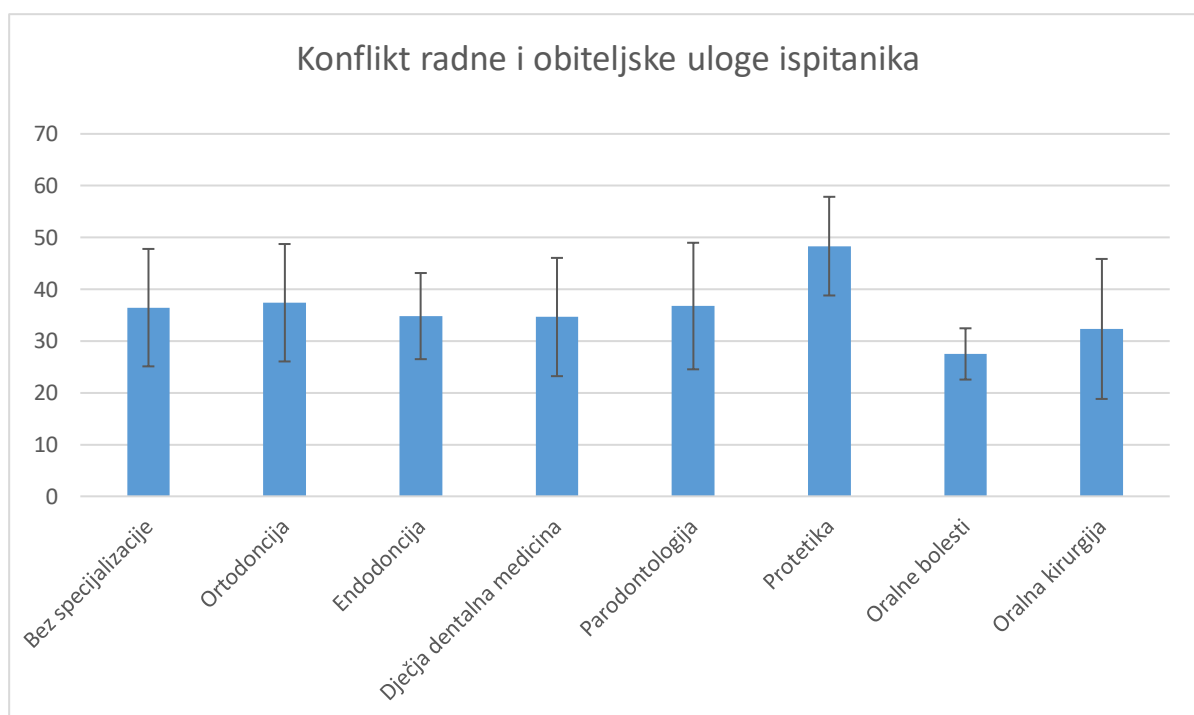


Slika 10. Razina konflikta radne i obiteljske uloge ovisno o zaposlenosti u različitim razinama zdravstvene zaštite*

S obzirom da li su specijalisti pojedine grane dentalne medicine ili su opći doktori dentalne medicine, uočena je statistički značajna razlika u emocionalnoj empatiji ispitanika ($P = 0,014$). Statistički značajna razlika je uočena između specijalista dentalne kirurgije ($51,76 \pm 11,60$) u usporedbi sa doktorima koji nisu specijalisti ($59,33 \pm 9,15$) ($P = 0,007$), specijalistima ortodontije ($62,00 \pm 9,50$) ($P = 0,003$) i dječje dentalne medicine ($60,25 \pm 9,87$) ($P = 0,048$). Osim toga, uočena je statistički značajna razlika u konfliktu radne i obiteljske uloge s obzirom na specijalizaciju kojim se ispitanici bave ili ne ($P \leq 0,001$). Razlika je uočena između specijalista dentalne protetike te specijalista ortodontije ($P = 0,022$), endodontije ($P = 0,011$), dentalne medicine dječje dobi ($P = 0,002$), oralne kirurgije ($P \leq 0,001$), te doktora koji nisu specijalisti ($P \leq 0,001$).



Slika 11. Razina emocionalne empatije ovisno o specijalističkom usavršavanju*



Slika 12. Razina konflikta radne i obiteljske uloge ovisno o specijalističkom usavršavanju*

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da nema povezanosti između empatije i konflikta radne i obiteljske uloge ($P = 0,435$).

5. RASPRAVA

Cilj ovog rada bio je utvrditi stupanj emocionalne empatije kod doktora dentalne medicine te istražiti povezanost emocionalne empatije i pojavnosti konflikta između radne i obiteljske uloge.

U ovom istraživanju sudjelovalo je 589 doktora dentalne medicine s područja Republike Hrvatske, Republike Srbije te Bosne i Hercegovine.

Prema rezultatima istraživanja 49 % ispitanika pokazuje visoku emocionalnu empatiju, 43 % umjerenu, a samo 8 % ispitanika slabu emocionalnu empatiju. S obzirom na nacionalnost ispitanika nisu pronađene statistički značajne razlike u razinama emocionalne empatije.

Analizom prikupljenih podataka utvrđeno je da čak 81% ispitanika čine žene. Širom svijeta bilježimo trend rasta broja žena u dentalnoj medicini (40). Prema istraživanjima provedenim u Sjedinjenim Američkim državama udio žena u dentalnoj medicini povećao se s 24,5 % u 2010. na 29,8 % u 2016. S obzirom da je upis na studij dentalne medicine u SAD-u dostigao rodni paritet (50,5 %) 2018. godine, udio žena zaposlenih kao doktorice dentalne medicine nastavlja rasti (41). Žene su u ovom istraživanju pokazale značajno viši rezultat emocionalne empatije u odnosu na muškarce. Ovi rezultati u skladu su s rezultatima dosadašnjih istraživanjima koja pokazuje veću razinu emocionalne empatije kod žena u pružanju različitih vrsta dentalne skrbi (42, 43). Prema istraživanju provedenom od strane Hojata 2016. godine postoji nekoliko uvjerljivih objašnjenja koja su ponuđena za rodne razlike u emocionalnoj empatiji. Neke od njih su socijalno učenje, genetska predispozicija i evolucijska podloga (44). Na temelju istraživanja potvrđeno je da su žene više perceptivne za emocionalne signale od muškaraca te da posjeduju kvalitete koje mogu doprinijeti boljem razumijevanju što u konačnici utječe na empatičniju povezanost (32, 44). Također žene se, za razliku od muškaraca, kulturno i društveno potiče na razvijanje empatičnih vještina na različite načine (45). Nadalje, na temelju psihoanalitičke i evolucijske teorije roditeljskog ulaganja, vjeruje se da žene razvijaju brižnije stavove prema svom potomstvu nego muškarci (46). Upravo se odnos majke i djeteta smatra osnovom za postojanje razlike u razini empatije između žene i muškarca, što se također odražava u zdravstvenoj praksi u odnosu prema kolegama ili pacijentima (45).

U ovom istraživanju nije utvrđena povezanost empatije i dobi. Slične rezultate pokazuje istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim državama 2019. godine u kojem nije uočeno ni smanjenje ni povećanje razine emocionalne empatije s porastom dobi doktora dentalne medicine (47). S druge strane, nekoliko studija pokazalo je ili izravnu vezu ili ne značajnu povezanost između empatije i dobi među studentima zdravstvenih zanimanja (44). Studija

Aggarwala i suradnika provedena u Indiji na studentima dentalne medicine uočila je statistički značajan pad empatije studenata dentalne medicine na višim godinama studija. Autori su utvrdili kako to može biti posljedica činjenice da na početku obrazovanja studenti vjeruju u idealizam, odnosno dijeljenje osjećaja pacijenata, ali s napredovanjem i stjecanjem znanja te iskustva ti osjećaji nestaju, tj. idealizam ustupa mjesto realizaciji (43). Neumanna i suradnici utvrdili su kako pad empatije tijekom medicinskog fakulteta i specijalizacije sjevernoameričkih studenata i doktora ugrožava profesionalizam te može ugroziti kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi (48). U ovom istraživanju nije utvrđena značajna promjena emocionalne empatije ovisno o duljini radnog staža.

Empatija je neophodna za odnos doktora dentalne medicine i pacijenta, međutim postoje specijalnosti koje zahtijevaju viši stupanj empatičkog angažmana. Naime, pojedine terapije su dugotrajnije što zbog učestalosti susreta i širih konzultacija posljedično može dovesti do razvoja prisnijih odnosa s pacijentima (32, 49, 50). Od ukupnog broja ispitanih doktora dentalne medicine, 20,71 % ispitanika specijalizirani su za jedno od dentalnih grana ili su specijalizanti u postupku stjecanja akreditacije specijalista dentalne medicine. Usporedili smo prosječne rezultate empatije za doktore dentalne medicine svrstane u sedam različitih grupa specijalnosti. Statistički značajne razlike pronađene su u rezultatima emocionalne empatije među doktorima dentalne medicine različitih specijalnosti ($P = 0,014$). Razlika je uočena između specijalista dentalne kirurgije u usporedbi sa doktorima koji nisu specijalisti ($P = 0,007$), specijalistima ortodoncije ($P = 0,003$) i dječje dentalne medicine ($P = 0,048$). Dentalne specijalnosti su prema Gerlach podijeljene u dvije široke kategorije: *specijalnosti „orijentirani na pacijente ili ljude“* i *specijalnosti „orijentirani na postupak ili tehnologiju“* (46). Opća dentalna medicina, dječja dentalna medicina i ortodoncija spadaju u *specijalnosti „orijentirana na pacijente ili ljude“* (47). Vjerojatno će se doktor unutar navedenih specijalnosti upoznati s pacijentovom bolešću unutar psihosocijalnog konteksta, koji može uključivati razumijevanje pacijentovog obiteljskog i radnog života, obrazovanja, socijalne podrške te osobnog pogleda na zdravlje i bolest. *Specijalnosti „orijentirane na postupak ili tehnologiju“* mogu se definirati kao one u kojoj je kontakt s pacijentom relativno ograničen i kratak, a dugotrajna kontinuirana skrb često nije potrebna. Oni su prvenstveno usredotočeni na izvođenje visoko kvalificiranih i specijaliziranih terapijskih tehnika ili postupaka (51). Endodoncija, parodontologija, protetika, oralna patologija, oralna radiologija, dentalna anesteziologija, oralna kirurgija i maksilofacijalna kirurgija spadaju u skupinu *specijalizacija „orijentiranih na postupak ili tehnologiju“* (47). Istraživanjem provedenom od strane Baileyja 2001. otkriveno je da su studenti medicine koji su

planirali nastaviti karijeru u specijalnostima usmjerene na pacijente postigli značajno veće rezultate empatije u odnosu na njihove vršnjake koji su planirali nastaviti karijeru u specijalnostima usmjerenim na procedure. S obzirom na Baileyove prethodne analize, može se pretpostaviti da je veća vjerojatnost da će oni s najboljim rezultatima emocionalne empatije izabrati *specijalizaciju "orijentirane na pacijente ili ljude"* Suprotno tome, može se pretpostaviti da bi ispitanici s lošijim rezultatima na skali emocionalne empatije vjerojatnije odabrali *specijalizacije "orijentirane na postupak ili tehnologiju"* (45). Ove hipoteze potvrđene su u brojnim studijama (32, 52, 53).

Ovisno u zaposlenosti doktora dentalne medicine u različitim razinama zdravstvene zaštite, odnosno primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj razini, uočena je povećana emocionalna empatija u ispitanika zaposlenih u kliničkom bolničkom centru, domu zdravlja te poliklinici u odnosu na privatni sektor gdje je uočena manja razina emocionalne empatija. Suprotno rezultatima našeg istraživanja rezultati studije provedene u Južnoj Australiji na studentima i doktorima medicine pokazuju gotovo identične razine empatije kod doktora zaposlenih u ambulantama u privatnom sektoru i kliničkim bolničkim centrima (48).

Našim istraživanjem pokušali smo utvrditi odnos između empatije i funkcioniranja obitelji, kao i utjecaj pojedinih komponenti na pojavu konflikta radne i obiteljske uloge. Od ukupnog broja ispitanih doktora dentalne medicine 88 % pokazuje slab konflikt radne i obiteljske uloge, 12 % umjeren konflikt radne i obiteljske uloge. Visok konflikt radne i obiteljske uloge nije pokazao niti jedan ispitanik. Studije o konfliktu radne i obiteljske uloge među doktorima posljednjih su godina sve više (54, 55).

Iako našim istraživanjem nije uočena razlika u razini konflikta radne i obiteljske uloge ovisno o nacionalnosti doktora dentalne medicine, poznato je da se percepcija i prevalencija, kao i posljedice konflikta radne i obiteljske uloge razlikuju u različitim kulturama. Prema Russellu i Bowmanu, globalne organizacije su shvatile da postoji potreba za razumijevanjem varijacija u poslovnim/obiteljskim pitanjima od jedne zemlje ili regije do druge i koji su ključni pokretači tih varijacija (56). Tijekom posljednjih desetljeća dogodile su se mnoge promjene u radnoj snazi i prirodi obitelji. Prije svega, sve više žena u radnim odnosima (57). Prema Tayloru, 1951. 42,0 % žena sudjelovalo je u ukupnoj radnoj snazi. Do 2014-te taj se postotak enormno povećao na 75,0 % (58). Nadalje, sve manje žena prestaje raditi nakon rođenja djece (59). Kao posljedica ovih promjena, broj obitelji u kojima su zaposlena oba roditelja u stalnom su rastu (60). Nadalje, broj jednoroditeljskih obitelji nastavlja se povećavati zbog sve većeg

broja brakova koji su se temeljili na razvodu (61). Zbog ovih promjena odgovornosti za rad, kućanske poslove i brigu o djeci više nisu ograničene na tradicionalne rodne uloge kojima je muškarac odgovoran za rad, odnosno posao, a žene za brigu o djeci i kućanstvu (62). Kao posljedica promjenama uloga pojedini muškarci i žene sve teže pronalaze ravnotežu između poslovne i obiteljske uloge (58).

Na temelju teorije rodnih uloga, prema istraživanju Efeoglua i Ozcana utvrđena je veća vjerojatnost pojave konflikta radne i obiteljske uloge kod žena (63). U studiji provedenoj u Turskoj, liječnice su prijavile statistički značajno više konflikta radne i obiteljske uloge u usporedbi s muškim kolegama (64). Također, u studiji provedenoj u Mađarskoj 2008. godine, liječnice su izvijestile o značajno većoj prosječnoj razini i prevalenciji konflikta radne i obiteljske uloge u usporedbi s muškarcima. Liječnice su izvijestile o značajno manjoj podršci roditelja, supružnika i vršnjaka u usporedbi s muškarcima (65). Za razliku od navedenih studija u ovoj studiji nije pronađena veza između konflikta radne i obiteljske uloge i spola.

Također povezanost konflikta radne i obiteljske uloge s dobi ispitanika u ovom istraživanju nije uočena. Ovaj rezultat suprotan je onim dobivenim u već gore spomenutom istraživanju provedenom u Turskoj u kojem se konflikt radne i obiteljske uloge smanjuje s porastom dobi (63). Slično je utvrđeno i u studiji provedenoj u Njemačkoj 2008. godine od strane Fuß i suradnika. Naime prema njihovom istraživanju smatra se da liječnici mlađe životne dobi nailaze na više stresora u poslovnom i obiteljskom životu, a kako dob raste, ti stresori nestaju zbog razvijanja strategija suočavanja što u konačnici rezultira smanjivanjem konflikta radne i obiteljske uloge. Čini se da su mladi liječnici osjetljivi na visoke razine stresa zbog njihove relativno visoke odgovornost i slabe kontrole na poslu, a prema literaturi dodatno nezadovoljstvo proizlazi iz lošijih uvjeta rada na nižim radnim mjestima na početku karijere. Također upravo je to razdoblje kada se mladi liječnici nalaze u fazi osnivanja obitelji suočavajući se s različitim zahtjevima vezanim i za privatni život (66). Također prema studiji provedenoj u Kini utvrđeno je da mlađi liječnici imaju tendenciju posvećivanja više vremena i truda poslu, što lako može dovesti do više sukoba u obiteljskom životu i nezadovoljstvom na poslu (67). Prema dobivenim podacima nije utvrđena statistička značajna veza između pojavnosti konflikta radne i obiteljske uloge i zaposlenosti u različitim razinama zdravstvene zaštite.

Našim istraživanjem utvrđena je značajna razlika u konfliktu radne i obiteljske uloge s obzirom na specijalizaciju kojom se ispitanici bave ili ne. Razlika je uočena između specijalista

dentalne protetike te specijalista ortodontije, endodontije, dentalne medicine dječje dobi, oralne kirurgije, te doktora koji nisu specijalisti. Istraživanjem provedenim u Saudijskoj Arabiji 2022. godine utvrđeno je da ishodi estetske dentalne obrade imaju znatan psihološki utjecaj na pacijente, pri čemu loši ishodi mogu narušiti odnos između doktora dentalne medicine i pacijenta (68). Loš odnos između doktora i pacijenta dovodi do pojave profesionalnog stresa, što može uzrokovati simptome naprezanja kao što su umor, tjeskoba, razdražljivost i depresija što pridonosi liječničkim pogreškama (69, 70). Prema istraživanju provedenom u Kini 2012. godine konflikt radne i obiteljske uloge pozitivno je povezan s emocionalnom iscrpljenošću i cinizmom među liječnicima i liječnicima. Drugim riječima, konflikt je povezan sa sagorijevanjem, što može dovesti do pada zadovoljstva poslom (69). Istraživanje društvenog zadovoljstva odnosom između doktora i pacijenta provedenog u Kini 2015. godine otkrilo je da medicinsko osoblje ima najniže zadovoljstvo u usporedbi s drugim profesijama (71). Nadalje, u istraživanju provedenom 2016. godine Kuburović i suradnici utvrdili su da su glavni uzroci nezadovoljstva zdravstvenih djelatnika u Srbiji plaće, oprema, mogućnost kontinuiranog medicinskog obrazovanja ili usavršavanja te mogućnosti stručnog usavršavanja (72).

Kao što je objašnjeno kroz rad, razvijena emocionalna inteligencija smatra se jednim od glavnih zaštitnih faktora u razvoju sindroma sagorijevanja. Prema istraživanjima Sadaf Zeb i suradnika razvijena emocionalna inteligencija pokazuje značajan pozitivan odnos sa samoučinkovitošću i značajan negativan odnos s konfliktom radne i obiteljske uloge (73).

Postoji i nekoliko ograničavajućih čimbenika ove studije. Naime, našom studijom nismo uzeli u obzir okruženje u kojem ispitanici žive i rade, odnosno njihov stambeni, bračni, roditeljski status. Također prikupljanje podataka tijekom duljeg vremenskog razdoblja omogućilo bi bolje razumijevanje promjena prirode radnih i obiteljskih uloga tijekom vremena jer bi se mogle ispitati pojedine faze života (brak, rođenje djeteta, umirovljenje) koje mogu utjecati na brigu oko posla i obitelji te samim tim na mogući nastanak sukoba uloga.

Iako našim istraživanjem nije utvrđena povezanost između razine emocionalne empatije i konflikta radne i obiteljske uloge među ispitanicima želimo naglasiti značaj emocionalne inteligencije, odnosno empatije kao čimbenika koji pomaže u upravljanju sukobima između poslovne i obiteljske uloge među medicinskim stručnjacima. U budućnosti bi se mogli organizirati projekti podizanja svijesti o važnosti emocionalne inteligencije u promicanju psihološke dobrobiti zdravstvenih radnika. Konflikt između poslovne i obiteljske uloge mogla bi se riješiti smanjenjem obima posla, većim primanjima i fleksibilnim radnim vremenom.

Poboljšanjem uvjeta rada postoji mogućnost smanjenja konflikta između radne i obiteljske uloge, a time i poboljšanja radnog učinka. Upoznavanjem sa strategijama suočavanja sa stresom na radnom mjestu moglo bi spriječiti pojavu zdravstvenih problema. Osim toga, društvene aktivnosti uključujući razmjenu iskustava s članovima obitelji, prijateljima i kolegama također bi pomogle u smanjenju sagorijevanja na poslu među liječnicima.

6.ZAKLJUČCI

Na temelju rezultata istraživanja može se zaključiti sljedeće:

1. Skoro polovina (49 %) ispitanih doktora dentalne medicine pokazuje visoku razinu empatije.
2. Žene pokazuju višu razinu emocionalne empatije u odnosu na muškarce.
3. Specijalisti oralne kirurgije pokazuju najnižu emocionalnu empatiju.
4. Doktori dentalne medicine zaposleni u kliničkim bolničkim centrima imaju najvišu razinu emocionalne empatije.
5. Slab konflikt radne i obiteljske uloge ima 88 % ispitanih doktora dentalne medicine.
6. Niti jedan ispitanik nema visoku razinu konflikta radne i obiteljske uloge.
7. Specijalisti dentalne protetike imaju najvišu razinu konflikt radne i obiteljske uloge.
8. Doktori dentalne medicine zaposleni u domovima zdravlja imaju najnižu razinu konflikt radne i obiteljske uloge.
9. Doktori koji su vlasnici privatnih ordinacija imaju značajnije veći konflikt radne i obiteljske uloge od doktora dentalne medicine zaposlenim u domovima zdravlja.
10. Nema razlike u emocionalnoj empatiji doktora te konfliktu između radne i obiteljske uloge ovisno o državi iz koje dolaze.
11. Nema povezanosti emocionalne empatije i konflikta radne i obiteljske uloge.

7. LITERATURA

1. Genc A, Pekić J, Matanović J. Mehanizmi suočavanja sa stresom, optimizam i generalna samoeфикаsnost kao prediktori psihofizičkog zdravlja. PP. 2013;6:155–74.
2. George JM, Milone CL, Block MJ, Hollister WG. Stress Management for the Dental Team. Philadelphia: Lea and Febiger; 1986. str. 3-20.
3. Singh Y, Sharma R. Relationship between general intelligence, emotional intelligence, stress levels and stress reactivity. Ann Neurosci. 2012;19:107-11.
4. Shields GS, Slavich GM. Lifetime Stress Exposure and Health: A Review of Contemporary Assessment Methods and Biological Mechanisms. Soc Personal Psychol Compass. 2017;11:e12335.
5. Bačić L, Kuvačić D. Razvijena emocionalna inteligencija kao jedan od načina u rješavanju stresa na radnom mjestu. Mustajbegović J, urednik. Međunarodni kongres Era nove ekonomije i novih zanimanja - Stres i mobing. Knjiga sažetaka. Split: Udruga Split zdravi grad; 2008.
6. Juretić H. Kako stres utječe na osobnu i organizacijsku učinkovitost? Mustajbegović J, urednik. Međunarodni kongres Era nove ekonomije i novih zanimanja - Stres i mobing. Knjiga sažetaka. Split: Udruga Split zdravi grad; 2008.
7. Mujić Jahić I, Bukejlović J, Alić-Drina S, Nakaš E. Assessment of Stress among Doctors of Dental Medicine. Acta Stomatol Croat. 2019;53:354-62.
8. Kossek EE, Lee KH. Work-family conflict and work-life conflict. In: Aldag RJ. Oxford research encyclopedias. Business and management. Oxford: Oxford University Press; 2017.
9. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. Acad Manage Rev. 1985;10:76-88.
10. Siahaan E. Evaluating The Effect Of Work-Family Conflict And Emotional Intelligence In Workplace: Review To Increase Employees' Performance. IOP Conf Ser Earth Environ Sci. 2018;126:012100.
11. Ajet GS, Offong RE, Ajayi MP, Iruonagbe TC, & Amoo EO. Work-Family Conflict and Burnout among Female Medical Doctors in Selected Hospitals Abuja. IOP Conf Ser Mater Sci Eng. 2019;640:012128.
12. Horvat G, Tomašević S, Leutar Z. Sindrom sagorijevanja na poslu djelatnika bankarskog sektora koji su u direktnom kontaktu s korisnicima. Socijalne teme. 2016;1:31-47.

13. Robinson DBT, Luton O, Mellor K, James OP, Hopkins L, Powell AG, Hemington-Gorse S, Harries RL, Egan RJ, Lewis WG. Trainee perspective of the causes of stress and burnout in surgical training: a qualitative study from Wales *BMJ Open*. 2021;11:e045150.
14. Gorter RC. *Burnout among Dentists Identification and Prevention*. Amsterdam: University of Amsterdam; 2000.
15. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103-11.
16. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-83.
17. Stanetić K, Petrović V, Marković B, Stanetić B. The Presence of Stress, Burnout Syndrome and the Most Important Causes of Working Stress Among Physicians in Primary Health Care - an Observational Study from Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. *Acta Med Acad*. 2019;48:159-66.
18. Ovchinnikov YV, Palchenkova MV, Kalachev OV. Burnout syndrome: diagnosis, principles of treatment, prophylaxis. *Voen Med Zh*. 2015;336:17-24.
19. Gong Z, Chen Y, Wang Y. The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout and Job Performance: Mediating Effect of Psychological Capital. *Front Psychol*. 2019;10:2707.
20. Durán A, Extremera N, Rey L. Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychol Rep*. 2004; 95:386–90.
21. Drigas AS, Papoutsis C. A New Layered Model on Emotional Intelligence. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8:45-62.
22. Díaz-Narváez VP, Utsman-Abarca R, Arévalo-López Y, Calzadilla- Núñez A, Estrada-Méndez N. Empathy, Components of Empathy and Curricular Evaluation of the Faculty of Dentistry, Evangelical University of El Salvador. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2017;17:1-11.
23. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:26-35.
24. Kadanakuppe S. Effective Communication and Empathy Skills in Dentistry for Better Dentist-Patient Relationships. *J Dent Probl Solut*. 2015;2:58-9.

25. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract.* 2002;51:835-40.
26. Mohan Kumar P, Praveen D, Praveen G, Arun Bhupathi P, Ravi Kanth M, Uloopi KS. Awareness, Knowledge, Attitude and Empathy Levels of Dental Postgraduates Towards Their Patients During Practice and Research-A Questionnaire Based Survey. *J Patient Exp.* 2021;8:23743735211056521.
27. Uziel N, Meyerson J, Giryas R, Eli I. Empathy in dental care - the role of vicarious trauma. *Int Dent J.* 2019;69:348-53.
28. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract.* 2012;62:346-7.
29. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed.* 2015;86:104-15.
30. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy and, professionalism climate. *Acad Med.* 2010;85:33–6.
31. Zenasni F, Boujut E, Bluffel du Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL i sur. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *Int J Pers Cent Med.* 2014;2:759-66.
32. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1563–9.
33. Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *Neuroimage.* 2010;50:873–82.
34. Raboteg Šarić Z. Empatija, moralno rasuđivanje i različiti oblici prosocijalnog ponašanja (Disertacija). Zagreb: Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; 1993.
35. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and Validation of Work-Family Conflict Scales and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology.* 1996;81:433-41.
36. Ćubela Adorić V, Penezić Z, Proroković A, Tucak Junaković I. Zbirka psihologisjkih skala i upitnika, Svezak 7. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru; 2014.
37. Hrvatska komora dentalne medicine. Strategija razvoja dentalne medicine 2017.-2025. Zagreb: Hrvatska komora dentalne medicine; 2018.

38. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine. Sarajevo: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine; 2018.
39. Seid MA, Hussen MS. Knowledge and attitude towards antimicrobial resistance among final year undergraduate paramedical students at University of Gondar, Ethiopia. *BMC Infect Dis.* 2018;18:312-40.
40. Pallavi SK, Rajkumar GC. Professional practice among woman dentist. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2011;1:14-9.
41. Surdu S, Mertz E, Langelier M, Moore J. Dental Workforce Trends: A National Study of Gender Diversity and Practice Patterns. *Med Care Res Rev.* 2021;78:30-9.
42. Sherman JJ, Cramer BS. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Edu.* 2005;96:338-45.
43. Aggarwal VP, Garg R, Goyal N, Kaur P, Singhal S, Singla N, Gijwani D, Sharma A. Exploring the missing link - empathy among dental students: an institutional cross-sectional survey. *Dent Res J.* 2016;13:419-23.
44. Hojat, M. Jefferson Scale of Physician Empathy Scoring Algorithm. Philadelphia: Thomas Jefferson University; 2016.
45. Bailey B. A. Empathy in medical students: assessment and relationship to specialty choice. *Dissertation Abstracts International.* 2001;62:2024.
46. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* 2002;36:522-7.
47. Gerlach A. Measuring Empathy in Dentists and Dental Specialists Using the Jefferson Scale of Physician Empathy – Health Professions Version. Pittsburg: University of Pittsburgh; 2019.
48. Mahoney S, Sladek RM, Neild T. A longitudinal study of empathy in pre-clinical and clinical medical students and clinical supervisors. *BMC Med Educ.* 2016;16:270.
49. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, Velovski J. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *EPM.* 2001;61:349–65.
50. Lieu TA, Schroeder SA, Altman DF. Specialty choice at one medical school: recent trends and analysis of predictive factors. *Acad Med.* 1989;64:622–9.

51. Hojat M, Zuckerman M, Megee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, Gonela JS. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perception of mother and father. *Pers Individ Dif*. 2005;39:1205–15.
52. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1434-8.
53. Voinescu BI, Szentagotai A, Coogan A. Residents' clinical empathy: gender and specialty comparisons—a Romanian study. *Acta Med Acad*. 2009;38:11–5.
54. Ahmad A. Job, Family and Individual Factors as Predictors of Work-Family Conflict. *The Journal of Human Resource and Adult Learning* 2008;4:57-65.
55. Geurts S, Rutte C, Peters M. Antecedents and Consequences of Work-Home Interference among Medical Residents. *Soc Sci Med*. 1999;48:1135-48.
56. Ayca Z. Work-Family Conflict from a Cross-Cultural Perspective. Invited Presentation at the Arab Women Leadership Forum. *AJBAS*. 2013;7:43-8.
57. Patrick C, Stephens H, Weinstein A. Where are all the self-employed women? Push and pull factors influencing female labor market decisions. *Small Bus Econ*. 2016;46:365-90.
58. Taylor S. *Contemporary Issues in Human Resource Management*. Wimbeldon: Chartered Institute of Personnel and Development; 2011.
59. Reemers AMW. *Arbeidsdeelname van paren*. CBS. 2003;2:12-16.
60. Hammer LB, Allen E, Grigsby TD. Work–family conflict in dual-earner couples: Within-individual and crossover effects of work and family. *J Vocat Behav*. 1997;50: 185-203.
61. Steinbach A, Kuhnt AK, Knüll M. The prevalence of single-parent families and stepfamilies in Europe: can the Hajnal line help us to describe regional patterns? *JFH*. 2016;21:578-595.
62. Byron K. A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *J Vocat Behav*. 2005;67:169-98.
63. Efeoglu I, Ozcan S. Work-family conflict and its association with jobperformance and family satisfaction among physicians. *Aust J Basic Appl Sci*. 2013;7:43–8.

64. Ronald JB, Koyuncu M, Fiksenbaum L. Gender Differences in Work Experiences, Satisfactions and Wellbeing among Physicians in Turkey. *Gender in Management: An International Journal*. 2009;24:70-91.
65. Ádám S, Györffy Z, Susánszky E. Physician Burnout in Hungary: A Potential Role for Work--Family Conflict. *J Health Psychol*. 2008;13:847-56.
66. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working Conditions and Work-Camily Conflict in German Hospital Physicians: Psychosocial and Organisational Predictors and Consequences. *BMC Public Health*, 2008; 8:353-70.
67. Deng S, Yang N, Li S, Wang W, Yan H, Li H. Doctors' Job Satisfaction and Its Relationships With Doctor-Patient Relationship and Work-Family Conflict in China: A Structural Equation Modeling. *Inquiry*. 2018;55:46958018790831.
68. Baik KM, Anbar G, Alshaikh A, Banjar A. Effect of Social Media on Patient's Perception of Dental Aesthetics in Saudi Arabia. *Int J Dent*. 2022;2022:4794497.
69. Wang Y, Liu L, Wang J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: the mediating role of psychological capital. *J Occup Health*. 2012;54:232-40.
70. Lee YC, Huang SC, Huang CH, Wu HH. A new approach to identify high burnout medical staffs by Kernel K-Means cluster analysis in a regional teaching hospital in Taiwan. *Inquiry*. 2016;53:1-6.
71. Shi JF, Jiang YS, Hu P, Gong Y, Li YF. A surveying study on social satisfaction to current doctor-patient relationship in China. *J Serv Sci Manag*. 2015;8:695-702.
72. Kuburovic NB, Dedic V, Djuricic S, Kuburovic V. Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia—cross-sectional analysis. *Srp Arh Celok Lek*. 2016;144:165-73.
73. Zeb S, Akbar A, Gul A, Haider SA, Poulouva P, Yasmin F. Work-Family Conflict, Emotional Intelligence, and General Self-Efficacy Among Medical Practitioners During the COVID-19 Pandemic. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:1867-76.

8. SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog rada bio je utvrditi stupanj emocionalne empatije te istražiti povezanost emocionalne empatije i pojavnosti sukoba između radne i obiteljske uloge kod doktora dentalne medicine.

Materijali i metode: U istraživanju sudjelovalo je 589 doktora dentalne medicine s područja Republike Hrvatske, Republike Srbije i Bosne i Hercegovine. Upitnik se sastojao tri segmenta. Prvi segment upitnika sadržavao je pitanja o općim i demografskim podacima ispitanika, drugi segment upitnika sadržavao je Skalu emocionalne empatije dok je treći segment upitnika sadržavao je Skalu za procjenu konflikta radne i obiteljske uloge.

Rezultati: Visoku razinu emocionalne empatije pokazuje 49 % ispitanih doktora dentalne medicine pokazuje. Uočena je pozitivna korelacija između empatije i ženskog spola ($R = 0,282$; $P \leq 0,001$). Nije uočena razlika u emocionalnoj empatiji doktora ($P = 0,318$) te konfliktu između radne i obiteljske uloge ($P = 0,291$) zavisno o državi iz koje dolaze. Istraživanja je utvrđeno da nema povezanosti između emocionalne empatije i konflikta radne i obiteljske uloge ($P = 0,435$).

Zaključak: Istraživanjem je utvrđeno da nema povezanosti između stupnja emocionalne empatije i pojavnosti konflikta radne i obiteljske uloge u ispitanih doktora dentalne medicine. Žene pokazuju veći stupanj emocionalne empatije u odnosu na muškarce. Također ispitanici zaposleni u kliničkom bolničkom centru pokazuju veći stupanj emocionalne empatije, u odnosu na ispitanike zaposlene u privatnom sektoru. Specijalisti oralne kirurgije pokazuju niži stupanj emocionalne empatije.

9. SUMMARY

Title: The impact of empathy on the occurrence of professional burnout in the doctor of dental medicine.

Objective: The aim of this study was to determine the degree of emotional empathy and to explore the connection between emotional empathy and the occurrence of conflicts between work and family roles in dental medicine doctors.

Materials and methods: The research involved 589 doctors of dental medicine from the Republic of Croatia, the Republic of Serbia and Bosnia and Herzegovina. The questionnaire consisted of three segments. The first segment of the questionnaire contained questions about the general and demographic data of the respondents, the second segment of the questionnaire included the Scale of Emotional Empathy, and the third segment of the questionnaire contained a Scale for Assessing Work and Family Roles.

Results: 49 % of dental medicine doctors surveyed show high levels of emotional empathy. A positive correlation was observed between empathy and the female sex ($R = 0.282$; $P \leq 0.001$). No difference in the emotional empathy of the doctor was observed ($P = 0.318$) and the conflict between the working and family roles ($P = 0.291$) depending on the country they come from. Research has found no association between emotional empathy and work and family role conflicts ($P = 0.435$).

Conclusion: The research found no connection between the degree of emotional empathy and the occurrence of work and family based conflict in examined doctors of dental medicine. Women show a higher degree of emotional empathy compared to men. Also, subjects employed at the clinical hospital centre show a higher emotional empathy than those employed in the private sector. Oral surgery specialists show a lower degree of emotional empathy.

OSOBNI PODATCI :

Ime i prezime: Antonija Jerković

Datum i mjesto rođenja: 19. listopada 1996., Split

Državljanstvo: hrvatsko

E-mail adresa: atajerkovic@gmail.com

OBRAZOVANJE

- 2003. – 2011. Osnovna škola Stjepan Radić, Imotski
- 2011. – 2015. Zdravstvena škola Split, Split
- 2016. – 2022. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Integrirani preddiplomski i diplomski studij Dentalne medicine