

Jelena Želeskov Đorić

✉ J. Želeskov Đorić ✉ REZILIJENTNOST I ZADOVOLJSTVO POSLOM HIRURGA ✉

REZILIJENTNOST I ZADOVOLJSTVO POSLOM HIRURGA

Dr Jelena Želeskov Đorić

**REZILIJENTNOST
I ZADOVOLJSTVO
POSLOM HIRURGA**

Beograd
2012

Dr Jelena Želeskov Đorić

Rezilijentnost i zadovoljstvo poslom hirurga

Izdavač

*Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Gračanička 18, Beograd*

E-mail

krinstitut@gmail.com

Za izdavača

Dr Leposava Kron

Recenzenti

Dr Leposava Kron, naučni savetnik

Dr Marija Mitić, vanredni profesor

Dr Branislava Knežić, naučni savetnik

Kompjuterska obrada teksta

Slavica Miličić

Design korica

Ana Serenčeš

Štampa

Zuhra Simić

Tiraž

300

Objavlјivanje ove knjige finansiralo je

**Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja
Republike Srbije**

SADRŽAJ

Uvod.....	11
Zadovoljstvo poslom.....	15
Definicije zadovoljstva poslom	16
Teorijske osnove koncepta zadovoljstva poslom	18
Istraživanja zadovoljstva poslom.....	22
Istraživanja zadovoljstva poslom zdravstvenih radnika	24
Istraživanja zadovoljstva poslom hirurga	27
Rezime istraživanja zadovoljstva poslom	29
Rezilijentnost	31
Definicije rezilijentnosti.....	31
Teorijske osnove koncepta rezilijentnosti.....	35
Istraživanja rezilijentnosti	49
Istraživanja rezilijentnosti i zadovoljstva poslom zdravstvenih radnika.....	53
Istraživanja rezilijentnosti hirurga	56
Rezime istraživanja rezilijentnosti.....	57
Afektivno vezivanje	59
Teorija afektivnog vezivanja	60
Afektivna vezanost u odrasлом добу.....	68
Istraživanja odrasle afektivne vezanosti	75

Istraživanja odraslog afektivnog vezivanja i rezilijentnosti	79
Istraživanja odrasle afektivne vezanosti i zadovoljstva poslom.....	85
Afektivna vezanost zdravstvenih radnika	88
Istraživanja afektivne vezanosti hirurga.....	92
Rezime istraživanja afektivne vezanosti partnerskog tipa.....	94
Petofaktorski model ličnosti	97
Dimenzije petofaktorskog modela ličnosti	100
Istraživanja petofaktorskog modela ličnosti.....	103
Istraživanja petofaktorskog modela ličnosti i rezilijentnosti.....	105
Istraživanja petofaktorskog modela ličnosti i zadovoljstva poslom.....	107
Istraživanja petofaktorskog modela ličnosti kod zdravstvenih radnika.....	108
Istraživanja petofaktorskog modela ličnosti kod hirurga.....	110
Rezime istraživanja petofaktorskog modela	112
Hirurgija kao grana medicine	115
Studija rezilijentnosti i zadovoljstva poslom hirurga u Srbiji	125
Povezanost rezilijentnosti i zadovoljstva poslom hirurga u Srbiji	125
Rezultati istraživanja	141
Predikcija zadovoljstva poslom lekara	161
Ograničenja studije.....	173
Završna razmatranja	175
Literatura	179

Mojoj porodici

Posao predstavlja važan aspekt u životu svakog čoveka. On nije neophodan isključivo radi egzistencije, već zadovoljava i neke druge ljudske potrebe, kao što je potreba za samoaktualizacijom ili samoostvarenjem. Ljudi koji rade ono što vole i zadovoljni su svojim poslom su i ispunjeniji i zadovoljniji svojim životom, kao i interpersonalnim odnosima. U tom smislu, izučavanje zadovoljstva poslom važno je ne samo sa aspekta organizacije, već i individue koja obavlja određenu vrstu posla. Imajući u vidu niz što eksternih što internih faktora koji mogu uticati na obavljanje poslovnih aktivnosti, neosporno je da posao nosi i određen nivo stresa. Način na koji osoba izlazi na kraj sa svakodnevnim stresom, može biti važan ne samo za efikasnost i produktivnost u radu, već i za mentalno i fizičko zdravlje radnika. Koncept rezilijentnosti zaposlenih u radnom okruženju je važno istraživati, kako bi poslodavac mogao da na najadekvatniji način reaguje u odnosu na trenutno stanje u radnoj organizaciji.

Fenomeni rezilijentnosti i zadovoljstva poslom u ovoj knjizi posmatrani su sa stanovišta dve teorijske orientacije u psihologiji. Prvu od njih predstavlja teorija afektivnog vezivanja, koja se bavi emocionalnim razvojem čoveka, dok drugu predstavlja paradigma preuzeta iz psihologije ličnosti.

Istraživanje rezilijentnosti i zadovoljstva poslom lekara je od posebnog značaja ne samo zbog činjenice da je zdravstvenom sistemu u Srbiji već duži period potrebna restruktuaracija i redefinisanje osnovnih principa rada, već imajući u vidu i činjenicu da je posao lekara najstresniji u odnosu na ostale profesije, te da su prema dostupnim istraživanjima hirurzi najizloženiji stresu na poslu. Opis

radnog mesta hirurga i odgovornost posla kojim se ova grupa lekara bavi svakako zaslужује pažњу, као и студије које би се бавиле отпорношћу на стres на послу и задовољством професијом ових лекара. Истраживања rezilijentnosti i задовољства послом у овој књизи представљена су посебно за хирурге и лекаре других специјалности.

Pored prikaza teorijskih концепата као и истраживања из ове области, у књизи су приказани и резултати студије која је спроведена у Србији. Ови резултати могу бити корисни за развој едукативних као и preventivnih програма у здравственом систему, како би се побољшала не само услуга коју лекари пружају пациентима, већ и пovećalo задовољство послом i rezilijentnost samih lekara.

U nadi да ћемо у психологији sve više гledati u potencijale i snage koje ljudi poseduju, a manje u poremećaje i bolesti.

*Rezilijentno,
Dr Jelena Želeskov Đorić*

UVOD

U našoj sredini sve se više govori o odgovornosti lekara i njihovim dužnostima prema pacijentima, načinu na koji obavljaju svoj posao, eventualnim greškama i zakonskim regulativama u slučajevima zloupotreba struke. Veoma malo ili čak uopšte ne, naše društvo se bavi nekim od faktora koji mogu biti značajni za jedan od osnovnih pojmoveva vezanih za posao - zadovoljstva poslom. O zadovoljstvu poslom zdravstvenih radnika se i ne govori, jer se podrazumeva da u ovoj humanoj profesiji nema mesta nezadovoljstvu onih koji ovaj posao obavljaju. Smatra se da, ako su izabrali ovaj poziv, on sam po sebi jeste nešto što bi trebalo da im pruži zadovoljstvo. U široj javnosti nezadovoljstvo poslom lekara pominje se u kontekstu plata zdravstvenih radnika, pa se smatra da zbog toga što lekari nisu zadovoljni visinom plate, pokazuju manju efikasnost i predanost poslu, te imaju u najmanju ruku neljubazan stav prema pacijentima. Da li se pojma zadovoljstva/nezadovoljstva poslom može objasniti i nečim drugim, izuzev onoga o čemu govori javno mnjenje? Uzimajući u obzir nauku i istraživanja koja se sprovode u svetu, treba reći

da je zadovoljstvo poslom neophodno sagledati i u kontekstu stresnosti samog posla. Smatra se da je rezilijentnost tj. otpornost na stres jako važna ne samo da bi osoba bila zadovoljna onim čime se bavi, već i načinom na koji pristupa poslu. O rezilijentnosti je do sada dosta toga napisano, definicija je mnogo, kao i teorija, pa ipak što se tiče profesije lekara istraživanja skoro da i nema, izuzev par retkih studija (Chambell et al., 2001; Bertges et al., 2005), što je iznenađujuće kada se zna da je lekarska profesija na vrhu lestvice onih koje su stresne (Maslach, 1982), pri čemu je ustanovljeno da je od svih specijalnosti hirurgija najstresnija (Ramirez et al., 1996). Posao hirurga podrazumeva stalno angažovanje oko pacijenata čak i nakon operacije, dostupnost u svakom trenutku i odlazak na kliniku u bilo koje doba dana i noći ukoliko je pacijentovo stanje loše, a takođe i stalnu koordinaciju sa ostalim medicinskim osobljem koje radi zajedno sa hirurzima u timu (anestezija, medicinske sestre i sl.). Radno okruženje hirurga u našoj zemlji karakteriše veliki timski rad, pa iako u svakoj ustanovi postoji određena hijerarhija prema kojoj se tačno dan unapred zna program operacija za sledeći dan, ko se nalazi u kojoj sali, a ko je u hirurškoj ambulanti, veoma često se shodno promenama novonastalih okolnosti (skidanje operacije sa programa, pogoršanje pacijenata, povećanje broja pacijenata i sl.) dešavaju promene u radnim obavezama na koje hirurzi moraju biti spremni. U tom smislu, hirurški posao ne samo da je stresan sam po sebi, već ga time čini i radno okruženje u kome se lekar nalazi. Hirurzi pored operativnih obaveza imaju i obaveze na kliničkim odeljenjima gde obilaze operisane pacijente i ordiniraju terapiju, a takođe neizostavni deo

svakodnevnog posla je i susret i razgovor sa rodbinom pacijenata koju su operisani. U situacijama smrtnih ishoda hirurg je osoba koja rodbini saopštava tužnu vest, što predstavlja samo još jedan stresni trenutak u radnom okruženju ovih lekara. Pored posla kojim se bave, hirurzi imaju i druge uloge u svom privatnom životu. Oni su i muževi, žene, roditelji, nečija deca. Porodica i socijalni život hirurga veoma su važni za njihov rad i karijeru. U dosadašnjim istraživanjima hirurzi su izjavljivali da porodični život i socijalne aktivnosti mogu veoma ozbiljno uticati na njihovu karijeru i rad (Reyes, 2007; Thangaratinam et al, 2006). Jedno od istraživanja koje je sproveo Harari izučavajući problematične brakove lekara, dalo je rezultate da opsativno-narcističke crte ličnosti partnera, kao i odnos u kome nema konflikta ali nema ni zajedništva mogu biti značajni faktori problema u braku lekara (Harari, 1998). Od faktora koji su najznačajniji za zadovoljstvo brakom lekara navode se podrška partnera i što manji konflikt uloga (Armstrong et al., 2009). Imajući sve ovo u vidu, istraživanje partnerskih odnosa i njihovog doprinosa u razumevanju zadovoljstva poslom hirurga čini se veoma značajnim i opravdanim.

Koliko su hirurzi otporni na stres i da li se ta otpornost može objasniti nekim faktorima? Aktuelna istraživanja iz ove oblasti, ističu da je jedan od najznačajnijih stresora koji utiče na posao hirurga interferiranje posla sa privatnim životom (Bunch, Dvonch, & Storr, 1992), kao i da oni hirurzi koji dobro balansiraju posao i porodicu jesu rezilijentniji (Bertges et al., 2005). Jedna od teorija koja u poslednje vreme izaziva veliko interesovanje istraživača kao moguće teorijske osnove za objašnjenje ponašanja odraslih je teorija afektivnog vezivanja

(Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1990), koja je iako veoma eksplorisana u različitim oblastima psihologije, tek nedavno počela da se razmatra u zdravstvenoj psihologiji. Što se hirurga tiče, rezultati nedavno sprovedenog istraživanja pokazali su da partnerski odnos može biti veoma značajan i povezan sa odnosom koji hirurzi imaju prema stresu na poslu (Sargent et al., 2004), ali da takođe jeste u vezi i sa zadovoljstvom poslom što je za naše istraživanje značajan rezultat (Kao et al., 2005).

S druge strane, zadovoljstvo poslom kod hirurga potrebno je sagledati i iz ugla psihologije ličnosti, jer se doživljavanje stresa ne može pripisati samo karakteristikama posla, već i lekarima koji taj posao rade (McManus et al., 2002). Za razliku od teorije afektivnog vezivanja čija je primena u ovoj oblasti tek na početku, crte ličnosti hirurga do sada su veoma proučavane. Posmatrajući hirurge u odnosu na druge lekare istraživači su pronašli značajne razlike, pa se može reći da je izbor specijalizacije za koju se neko odlučuje u medicinskim naukama sve samo ne slučajno odabran. Model ličnosti koji je najviše korišćen u istraživanjima bio je petofaktorski model ličnosti (McCrae & Costa, 1992). Što se otpornosti na stres i zadovoljstva poslom tiče, istraživanja su pokazala da crte ličnosti jesu značajne za rezilijentnost hirurga (Deary et al., 1996), kao i za zadovoljstvo poslom (Greenbeerg & Baron, 1993), pa postoji osnova da se upitamo da li se to može reći i za hirurge u našoj sredini.

ZADOVOLJSTVO POSLOM

Posao predstavlja jedan od centralnih aspekata u životu svakog čoveka. Uloga koju osoba preuzima radeći neki posao predstavlja sržni identitet individue i validira nečiji životni smisao. U tom kontekstu, smisao samog posla koji osoba radi podrazumeva više stvari, počevši od ekstrinzičke nagrade koja obezbeđuje finansijski aspekt zadovoljenja osnovnih životnih potreba i u velikoj meri utiče na kvalitet života, pa do interpersonalnih



relacija koje su deo svakog posla (Harpaz & Snir, 2003). Zadovoljstvo poslom veoma je važan koncept koji je istraživan i u akademskim i u profesionalnim krugovima, a prva istraživanja datiraju još od 1900 godine. Značaj ovog koncepta u radnoj sredini ogleda se u njegovoј povezanosti sa različitim aspektima radnih dešavanja kao što su povećanje radnog učinka, duže zadržavanje na istom poslu i manja fluktuacija radne snage (Blood, Swavely Ridenour, Thomas, Dean-Qualls, & Scheffner Hammer, 2002; Johnson & Johnson, 2000; Lopopolo, 2002; Spears & Parker,

2002), pa čak i zadovoljstvo životom (Smith, 1992). Uloga zadovoljstva poslom u psihologiji rada počela je da interesuje veoma rano ne samo istraživače već i poslodavce. Imajući u vidu značaj zadovoljstva poslom na radni učinak radnika većina poslodavaca bi kada bi mogla da bira izabrala da daje one vrste poslova koji omogućavaju kvalitetne uslove rada, jer bi to moglo rezultirati visokim zadovoljstvom poslom kod radnika. Tradicionalno verovanje i istraživača i onih u praksi bilo je da zadovoljstvo poslom uzrokuje ponašanje radnika. Zadovoljniji radnik bi se, pretpostavlja se, ponašao zainteresovanije prema poslu koji radi, bio bi vredniji i produktivniji. Novija istraživanja pokazala su da iako postoji povezanost između zadovoljstva poslom i radnog učinka, ta povezanost ne dokazuje da zadovoljstvo direktno uzrokuje radno ponašanje.

DEFINICIJE ZADOVOLJSTVA POSLOM

Zadovoljstvo poslom definiše se na različite načine. Lok definiše zadovoljstvo poslom kao prijatno emotivno stanje koje rezultira procenom nečijeg radnog postignuća ili unapređuje nečije vrednosti (Locke, 1969), dok Smit kaže da zadovoljstvo poslom predstavlja afektivnu reakciju na posao koja je zasnovana na poređenju aktuelnih dostignuća sa onim što se želi (Smith, 1969). Tridesetak godina kasnije Spektor govori o zadovoljstvu poslom kao stepenu dopadanja odnosno nedopadanja posla kojim se osoba bavi (Spector, 1997). Pored toga, Kamp (1994) definiše zadovoljstvo poslom uzimajući u obzir potrebe i vrednosti radnika koje trebaju biti zadovoljene na radnom mestu, a Robins (1998) zaključuje da je zadovoljstvo poslom bazirano na „razlici između priznanja i

nagrada koje radnik dobija i onoga što on veruje da bi trebalo da dobije“ (Robbins, 1998, str.25). Definicija ovog koncepta ima zaista mnogo, a u Tabeli 1 su prikazane neke od postojećih.

Tabela 1. Definicije zadovoljstva poslom

Vroom (1964)	Zadovoljstvo poslom je osnova radnikove evaluacije da li od posla dobija ono što želi.	Ulrich & Lake (1991)	Zadovoljstvo poslom je pozitivno emotivno stanje nastalo kao posledica iskustva koje osoba ima u vezi sa svojim poslom.
Herzberg (1968)	Zadovoljstvo poslom je osnova teorije ljudskih odnosa, koja ističe da su radnici razvili pozitivne stavove prema poslu ukoliko im on dozvoljava da ispunе svoje potrebe.	Scarpello & Vanderber (1992)	Zadovoljstvo poslom je neslaganje između onoga što radnik želi i onoga što zaista dobija od svog posla.
Locke (1976)	Zadovoljstvo poslom odnosi se na radnikove afektivne relacije prema svojoj radnoj ulozi i predstavlja funkciju onoga što radnik opaža da želi od posla i onoga što dobija.	DeLeon & Taher (1996)	Zadovoljstvo poslom predstavlja funkciju intrinzičkih i ekstrinzičkih nagrada, kao i radnikovih potreba, očekivanja i karakteristika.
Weissman, Alexander & Chase (1980)	Zadovoljstvo poslom je stepen pozitivnog afekta u odnosu na celokupni posao i njegove komponente.	Comm & Mathaisel (2000)	Zadovoljstvo poslom je razlika između opažanja o poslu i očekivanja i važnosti posla.
Brooke, Russell & Price (1988)	Zadovoljstvo poslom je individualni opšti stav koji osoba ima prema svom poslu.	Johnson & Johnson (2000)	Zadovoljstvo poslom je odgovor radnika na uslove radne sredine.

TEORIJSKE OSNOVE KONCEPTA ZADOVOLJSTVA POSLOM

Baveći se zadovoljstvom poslom neminovno je vratiti se na rane teorije motivacije u psihologiji koje su prirodno oblikovale na koji način ćemo mi danas ovaj koncept razumeti. Jedan od prvih teoretičara koji se bavio motivacijom u industrijskom kontekstu bio je Maslov. On je smatrao da za dobar menadžment u radnoj organizaciji nije potrebno imati neke specijalne veštine koje bi se mogle koristiti da bi radnici efektnije radili, već je potrebno usmeriti se na potrebe koje svaki čovek ima (Maslow, 1971). Govoreći o ljudskim potrebama, isticao je da svaki čovek ima niže (instinktoidne) potrebe i one koje su više (potrebe za poslom koji ima smisla, odgovornost, kreativnost, potreba da čovek radi nešto što je vredno i da to radi dobro). Prema njegovoј teoriji ljudske potrebe mogu se podeliti na sledeći način:

a) *Fiziološke potrebe.* Ovo su osnovne potrebe čoveka koje su biološke prirode kao što su potreba za vodom, hranom, odmorom i seksualnom aktivnošću. Kada su zadovoljene one ne ometaju ponašanje.

b) *Potrebe za sigurnošću.* Ove potrebe se aktiviraju onda kada su primarne potrebe zadovoljene. Uključuju čovekovu potrebu za poslovnom sigurnošću, medicinskom pomoći i osiguranjem, kao i potrebu da se čovek oseća zaštićenim od fizičke i emocionalne povrede.

c) *Socijalne potrebe.* Treći nivo potreba se aktivira kada su zadovoljene potrebe za sigurnošću. Ljudi imaju potrebu da

vole, imaju prijatelje, budu prihvaćeni i nalaze razumevanje od strane drugih ljudi.

d) *Potrebe za samopoštovanjem.* Ovaj nivo potreba uključuje samopoštovanje, prepoznavanje od strane drugih, poverenje i postignuće.

e) *Potrebe za samoaktualizacijom.* Ovo je najviši nivo potreba u Maslovlevoj hijerarhiji koji dovodi do punog razvoja ljudskih potencijala. Ovo su potrebe u kojima čovek dostiže svoj puni potencijal i postaje ono što on želi da bude, koristeći sve svoje talente i kreativnost.

Govoreći o radnom okruženju i ponašanju na radnom mestu, Maslov je smatrao da plata jeste važna, ali da je pored nje čoveku potrebno mnogo više da bi dobro radio svoj posao, kao što je poštovanje na poslu od strane drugih, osećaj pripadanja radnoj organizaciji, samopoštovanje, kao i mogućnost za samoaktualizaciju i dostizanje najviših vrednosti- istine, pravde, lepote, pravičnosti, reda i sl.

Slično Maslovlevoj teoriji o hijerarhiji potreba, Herzberg (1972) je govorio o dualnosti koja je kod čoveka prisutna. On je isticao da svaki čovek ima dve vrste potreba: bazične ili primarne nagone koji uključuju izbegavanje bola, glad i druge forme lišavanja (slično onim kod životinja) i više potrebe (karakteristične za ljude) koje se odnose na psihološki rast i dostizanje sopstvenog potencijala. Svoju teoriju Herzberg je primenio i na polje psihologije rada, razvijajući teoriju zadovoljstva poslom i govoreći o onima koji su zadovoljni i onima koji nisu zadovoljni svojim poslom. U studiji iz 1965 u kojoj je učestvovalo više od 200 računovođa i inžinjera, a koja se bavila faktorima vezanim za posao koji mogu uticati na

zadovoljstvo poslom, učinak na poslu i odnose sa drugima, identifikovano je pet faktora koji utiču na zadovoljstvo poslom: postignuće, unapređenje, cenjenje na poslu, odgovornost i sam posao koji osoba radi. Nasuprot tome, neki od faktora koji dovode do nezadovoljstva poslom bili su: politika kompanije, interpersonalni odnosi sa kolegama na poslu, plata, supervizija i radni uslovi. Ono što je Herzberg primetio u ovoj studiji bilo je da su zapravo faktori nezadovoljstva poslom bili sredinski i bazične prirode, dok su faktori zadovoljstva poslom bili na višem nivou potreba tj. psihološkom i u svojoj biti bili u vezi sa samoaktualizacijom. Kao rezultat ove studije, Herzberg je faktore nezadovoljstva nazvao "higijenskim" faktorima, a one koji su se odnosili na zadovoljstvo "motivacionim" faktorima. Na taj način razvijena je motivaciono-higijenska teorija stava prema poslu. Nakon Herzbergove originalne studije, mnogi drugi istraživači verifikovali su upotrebljivost motivaciono-higijenske teorije zadovoljstva poslom (Soliman, 1970; Williamson & Karras, 1970).

Ipak, Herzbergova teorija doživela je i kritike, pa je tako Lok smatrao da teorija motivaciono-higijenskih faktora po kojoj samo faktori povezani sa motivacijom mogu dovesti do zadovoljstva (a ne i nezadovoljstva) i higijenski faktori mogu samo uzrokovati nezadovoljstvo (a ne i zadovoljstvo) nema osnova. Lok je sproveo dosta studija kojima je pokazao da Herzbergova teorija nije verifikovana, ističući da faktori povezani sa samim poslom (postignuće, greške na poslu i sl.) određuju i zadovoljstvo i nezadovoljstvo poslom. Po njemu ono što determiniše zadovoljstvo ili nezadovoljstvo poslom sastoji se iz tri elementa: percepcije nekih aspekata posla, vrednosnih standarda i procene odnosa između to dvoje (Locke, 1969).

Još jedna od teorija je i Alderferova ERG teorija gde je autor pokušao da revidira Maslovlevu teoriju o hijerarhiji potreba (Robbins et al., 2003). On govori o tri vrste potreba: potrebe za postojanjem ili egzistencijom, potrebe za povezanošću i potrebe za rastom i razvojem. Potrebe za egzistencijom se odnose na bazične potrebe kao i potrebe za sigurnošću. Potrebe za povezanošću se odnose na interpersonalne relacije tj. ono što su kod Maslova socijalne i potrebe za samopoštovanjem. Na kraju, potrebe za rastom su intrinzičke i odnose se na lični razvoj tj. samoaktualizaciju. Prema ERG teoriji moguće je da više od jedne potrebe bude aktivno u isto vreme. Alderfer (1972) govori o dve vrste pokreta koje su značajne osobi: zadovoljenje – progresija je prvi pokret; frustracija – regresija je drugi pokret koji pomaže da bolje razumemo motivaciju ljudskog ponašanja. Kada su čovekove potrebe frustrirane na najvišem nivou, to dovodi do pokreta prema dnu hijerarhije.

Pored navedenih teorija, prema Luthansu (1998) poznata je i MekKlilendova teorija potreba, koja se fokusira na postignuće, moć i pripadnost. On govori da postoje tri vrste potreba: potreba za postignućem – čovek ima nagon da dostigne određene standarde i bude uspešan; potreba za moći – dopustiti drugima da se ponašaju na određen način, tako da nemaju mogućnost da se ponašaju drugačije; potreba za pripadnošću – čovek ima potrebu za dobrim interpersonalnim odnosima.

Na kraju, treba spomenuti i Bazični samoevaluativni model koji je predložila Judž sa saradnicima 1998 godine, po kome postoje četiri bazične samoevaluativne dimenzije koje određuju odnos prema zadovoljstvu poslom: samopoštovanje, opšta samoefikasnost, lokus kontrole i neuroticizam. Prema modelu osobe višeg samopoštovanja i samoefikasnosti, koje

imaju unutrašnji lokus kontrole i manje su neurotične biće više zadovoljne svojim poslom u odnosu na one sa nižim samopoštovanjem, samoefikasnošću, spoljašnjim lokusom kontrole i većim neuroticizmom.

Samo pitanje šta je to što determiniše zadovoljstvo poslom, dovelo je do različitih stavova u istraživanjima. Neki autori su na početku smatrali da je zadovoljstvo poslom jednodimenzionalni konstrukt (Scarpello & Campell, 1983; Ironson et al., 1989), a kasnije da je u pitanju multidimenzionalni konstrukt gde je potrebno meriti različite facete zadovoljstva poslom (Cross, 1973, Smith et al., 1969). U prilog multidimenzionalnom pristupu ovom konceptu ide činjenica da se zadovoljstvo poslom sastoji od seta komplikovanih zadataka, uloga, odnosa i nagrada koji su u interrealcijama (Locke, 1976). U tom smislu, radnik može biti jako zadovoljan svojim poslom i kolegama na poslu, a veoma nezadovoljan supervizijom ili mogućnošću napredovanja na poslu.

ISTRAŽIVANJA ZADOVOLJSTVA POSLOM

Veliki je broj istraživanja koja su se bavila ovom temom. Neka od njih uzimala su u obzir demografske varijable i u odnosu na njih istraživala koncept zadovoljstva poslom i ona će biti prva prikazana. Jednim od skorijih istraživanja u kome su uzorak činili naučni radnici, doktori nauka iz raznih oblasti ustanovljeno je da su najmlađi i najstariji radnici bili i najzadovoljniji poslom (Bender & Heywood, 2006), dok je prethodna studija o odnosu između nivoa obrazovanja i zadovoljstva poslom pokazala da su visoko obrazovani generalno najmanje zadovoljni poslom (Clark & Oswald, 1996). Istraživanja koja su se bavila polnim razlikama pokazala su da

postoje razlike u zadovoljstvu poslom kod žena i muškaraca, pa su tako žene manje zadovoljne poslom u odnosu na muškarce (Bender, 2005), a žene u nauci jesu manje zadovoljne poslom u odnosu na muškarce koji su naučni radnici (Bender & Heywood, 2006). Ipak, neka istraživanja u Americi i Velikoj Britaniji dala su drugačije rezultate u odnosu na polne razlike, pa je ustavljeno da su žene zadovoljnije poslom u odnosu na muškarce (Clark, 1997). Može se reći da još uvek postoje neslaganja među istraživačima o polnim razlikama i zadovoljstvu poslom (Howard, 2005).

Studije o starosti radnika i raznih aspekata posla, pokazale su da stariji radnici manje odsustvuju s posla i manje menjaju radno mesto u odnosu na mlađe (Rhodes, 1983; Tett et al., 1991) kao i da su zadovoljniji poslom (Howard, 2005). Rezultati nekih studija pokazali su da postoji povezanost između nacionalne pripadnosti i zadovoljstva poslom (Bender & Hayword, 2006), kao i da su radnici koji su u braku zadovoljniji poslom u odnosu na one koji nisu u bračnoj zajednici (Bender & Hayword, 2006).

Pored demografskih studija, mnoga druga istraživanja bavila su se konceptom zadovoljstva poslom u odnosu na neke druge varijable. Ustanovljeno je da je zadovoljstvo poslom povezano sa očekivanjima zaposlenih (Hameresh, 2000), zadovoljstvom životom (Bonebright, Clay & Ankenman, 2000) i zadovoljstvom porodicom (Salvatore & Munoz Sastre, 2001). Zadovoljstvo poslom povezano je i sa sposobnošću osobe da prevaziđe stres (Burke, 1996; Stanton et al., 2002; Garfinkel et al., 2005; Andresen, 2007), kao i sa učinkom na poslu (Bennett, 2005), boljom produktivnošću (Bender & Heywood, 2006), efektivnošću organizacije (Howard, 2005), kvalitetom rada na poslu, metodama rada i kooperacijom sa kolegama

(Balzer, 2000), gde su rezultati pokazali da su radnici koji su zadovoljniji odnosom koji imaju sa kolegama na poslu zadovoljniji poslom (Wharton & Baron, 1991; Luthans, 1998).

ISTRAŽIVANJA ZADOVOLJSTVA POSLOM ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Prema istraživanjima, jedan od četiri najvažnija indikatora koliko je jedan zdravstveni sistem dobar jeste zadovoljstvo poslom lekara koji taj posao obavljuju (Demlo, 1975; Blendon, 2001). Stoga je sa naučne tačke zapravo nemoguće govoriti koliko je jedan zdravstveni sistem dobar ili ne i izučavati probleme koji u tom sistemu postoje ukoliko se ne izučavaju lekari koji taj sistem i čine (Qian & Kin Lim, 2008). U naučnim krugovima tema zadovoljstva poslom lekara u poslednje vreme privlači sve više pažnje (Frank et al., 1999; Haas et al., 1998; Hadley et al., 1999; Linzer et al., 2000; McMurray et al., 2000; Schulz et al., 1997), jer je ustanovaljeno da oni lekari koji su zadovoljniji svojim poslom pružaju bolju uslugu pacijentima (Bovier i Perneger, 2003; Leigh et al., 2002), kao i da zadovoljstvo poslom lekara jeste povezano sa zadovoljstvom pacijenata uslugom koju dobijaju u zdravstvenoj ustanovi (Haas et al., 2000), te da je zadovoljstvo poslom lekara povezano sa povoljnim ishodom za pacijenta (Katz, 1999). Pored toga lekari koji su zadovoljniji poslom adekvatnije određuju terapiju, a pacijenti se pre pridržavaju instrukcija koje dobiju od lekara (DiMatteo et al., 1993; Williams et al., 2002). Pretpostavlja se da su pacijenti onih lekara koji su zadovoljniji svojim poslom zadovoljniji medicinskom negom

koju dobiju zbog bolje komunikacije pacijent-lekar ili veće empatije lekara (Hass et al., 2000).

Istraživanja iz ove oblasti pokazuju da je najveće nezadovoljstvo poslom kod zdravstvenih radnika iz oblasti mentalnog zdravlja (Prosser et al., 1997), kao i da nezadovoljstvo poslom lekara jeste značajan faktor promene posla ali i pacijentovog nezadovoljstva (Kaplan et al., 1996), te da su lekari najmanje zadovoljni svojim životom u odnosu na opštu populaciju (Tyssen et al., 2009). Još je značajniji podatak da nezadovoljstvo poslom može dovesti do narušenog zdravlja samih lekara (Leigh et al., 2002), dok oni lekari koji su zadovoljni poslom imaju manje izgaranje na poslu (Alvarez, 2002; Esteva, 2006, Sharma et al., 2008), i bolje opšte zdravstveno stanje (Ramirez et al., 1996). Zadovoljstvo poslom lekara važno je i za mentalno zdravlje samih lekara (Ramirez et al., 1996), i značajan je protektivni faktor stresa na poslu (Visser et al., 2003). Uzimajući u obzir pomenuta istraživanja čini se opravdanim baviti se temom zadovoljstva poslom zdravstvenih radnika u našoj sredini.

Dosadašnja istraživanja bavila su se mnogim faktorima koji mogu uticati na zadovoljstvo poslom, a neke novije studije pokazale su da izgaranje na poslu može biti dobar prediktor zadovoljstva poslom kod zdravstvenih radnika (Shanafelt et al., 2002; Kuerer et al., 2007). Najveći broj dosadašnjih istraživanja bavio se nekim demografskim varijablama, pa je ustanovljeno da na zadovoljstvo poslom utiču dužina radnog vremena (Strait, 1998; Kluger et al., 2003), zarada lekara, pri čemu su lekari opšte prakse i pedijatri najzadovoljniji poslom u odnosu na zaradu (Bashaw, 1999), dobri socijalni odnosi sa kolegama na poslu (Alvarez et al., 2002) i sl. Rezultati nekih istraživanja pokazali su

da na zadovoljstvo poslom mogu uticati pol, starost, i mesto stanovanja (Castrillón et al., 1999). Što se pola tiče, prema nekim studijama on može biti značajan faktor uticaja na zadovoljstvo poslom, pa su žene zadovoljnije poslom u odnosu na muškarce (Dowell et al., 2000; Qian & Kin Lim, 2008). Neki drugi autori ne slažu se sa ovom tvrdnjom i ističu da pol ne utiče na zadovoljstvo poslom lekara (Keeton et al., 2007).

Istraživanja koja su se bavila zadovoljstvom poslom i starošću takođe pokazuju inkongruentnost, pa je prema nekim istraživanjima ustanovljeno da su mlađi lekari manje zadovoljni poslom i imaju veće izgaranje na poslu u odnosu na starije kolege (Ozyurt et al., 2006), a prema drugim da su mlađi lekari zadovoljniji poslom (Arnetz, 2001; Daugherty, 1998; Sobrequés, 2003) naročito kada je njihov partner takođe lekar (End et al., 2004). Specijalnost lekara i njen odnos sa zadovoljstvom poslom dali su kontradiktorne rezultate. Prema nekim autorima lekari opšte prakse su najzadovoljniji poslom u odnosu na druge lekare (Shugerman et al., 2001; Qian & Kin Lim, 2008), dok prema drugima specijalnost nije značajna za zadovoljstvo poslom (Keeton et al., 2007). Još neki od faktora koji prema istraživanjima mogu biti značajni za zadovoljstvo poslom lekara jesu dužina godišnjeg odmora (Ozyurt et al., 2006), plata i kooperacija sa kolegama (Gothe et al., 2007), subjektivna procena zdravlja samog lekara (Bergman et al., 2003), lekarske greške (Pate, 2007), emocionalna iscrpljenost (Piko, 2006), autonomija koju lekar ima na poslu (Qian & Kin Lim, 2008), kao i lekarski staž (Sturm, 2002). Istraživanja zadovoljstva poslom lekara u Velikoj Britaniji pokazala su da je oko 70% lekara zadovoljno ili veoma zadovoljno svojom karijerom (Leigh et al., 2002) iako su u odnosu na lekare sa

Novog Zelanda značajno manje zadovoljni poslom (Grant, 2004). Većina istraživanja slaže se da su lekari uopšteno zadovoljni ili veoma zadovoljni svojim poslom u odnosu na druga zanimanja (Castrillón et al., 1999; Keeton et al., 2007; Sobrequés, 2003).

U literaturi se uzimajući u obzir dosadašnja istraživanja govori o različitom broju faktora koji su važni za zadovoljstvo poslom lekara. Neki autori pominju pet faktora i to: briga za pacijenta, osećaj postignuća, kontinuitet nege pacijenata, autonomija i lično vreme koje lekar ima nakon posla (Duffy & Richard, 2006), dok drugi govore o sedam faktora značajnih za zadovoljstvo poslom lekara i to: regres, autonomija, odnos sa pacijentima, odnos sa kolegama, status na poslu, plata i dobra kontrola posla. (Qian & Kin Lim, 2007).

ISTRAŽIVANJA ZADOVOLJSTVA POSLOM HIRURGA

Hirurgija je jedna od mnogobrojnih specijalnosti u medicini, koja je istorijski gledano najprestižnija specijalizacija, jer je ustanovljeno da hirurzi za razliku od drugih lekara dobijaju veće poštovanje od strane pacijenata i društva (Leigh et al., 2002). Rezultati nekih dosadašnjih istraživanja zadovoljstva poslom hirurga veoma su kontradiktorna, pa tako jedna tvrde da su hirurzi najzadovoljniji poslom u odnosu na ostale lekare (Campbell et al., 2001; Deary et al., 1996; Firth-Cozens et al., 1999; Firth-Cozens, 2007; Ramirez et al., 1996), dok druga govore u prilog činjenici da su hirurzi visoko nezadovoljni poslom (Sharma i sar., 2007), kao i da su lekari opšte prakse i psihijatri zadovoljniji poslom u odnosu na hirurge (Leigh i sar.,

2002; Lepnurm i sar., 2006). Ima i onih istraživanja koja tvrde da ne postoje razlike između hirurga i drugih lekara u zadovoljstvu poslom (Dowell et al., 2000).

Od faktora koji mogu biti u vezi sa zadovoljstvom poslom hirurga često se pominju izgaranje na poslu (Bohle et al., 2001; Johnson et al., 1993; Kuerer et al., 2007), uvođenje novih tehnika u operacionalu salu (Stahl et al., 2005), radno vreme i organizacija posla (Drachman, 1996; Shanafelt, 2005; Shanafelt et al., 2005), stipendiranje u toku specijalizacije (Anderson & Mavis, 1995), vrsta radnog ugovora (Clifton et al., 2007), održanje osećanja kompetentnosti hirurga i uslovi rada (Dowell et al., 2000), kao i broj bračnih partnera (Kao et al., 2005). Interesantno je pomenuti i par studija koje su se bavile zadovoljstvom poslom žena hirurga, upravo zato što je hirurgija prvenstveno muška profesija i što su takva istraživanja u Evropi veoma retka. Jedna od studija sprovedena u Austriji pokazala je da su mlađe i starije žene hirurzi zadovoljnije poslom od onih srednjih godina, kao i da su žene hirurzi bez dece zadovoljnije poslom od onih koje ih imaju (End et al., 2004). Smatra se da nezadovoljstvo poslom žena hirurga leži u činjenici da imaju manje podrške na poslu i česta dežurstva (Caniano et al., 2004).

Jedna od većih studija koja je sprovedena u Kanadi pokazala je da na zadovoljstvo poslom hirurga mogu uticati mnogi faktori a neki od njih su: zdravstveno stanje, mesto stanovanja (oni hirurzi koji žive u manjim mestima su zadovoljniji poslom), opterećenje poslom, on-call status, plata (u ovoj studiji hirurzi su bili najzadovoljniji platom u odnosu na ostale lekare), kolegijalnost, prevazilaženje stresa, akademski rad pored kliničkog rada i sl. (Lepnurm et al., 2006). Druga studija koja se bavila zadovoljstvom poslom

hirurga dala je rezultate da se 59% varijanse zadovoljstva poslom može objasniti kreativnošću, pritiskom samog posla i odgovornošću hirurga (Duffy & Richard, 2006).

Iako su neke studije dale rezultate da su hirurzi koji imaju više brakova i koji su se češće razvodili manje zadovoljnji poslom (Kao et al., 2005), do sada se istraživači nisu bavili povezanošću partnerskih i bračnih odnosa hirurga sa zadovoljstvom poslom, što je bio i jedan od ciljeva studije koja je sprovedena u Srbiji.

REZIME ISTRAŽIVANJA ZADOVOLJSTVA POSLOM

Konceptom zadovoljstva poslom do sada se bavilo dosta istraživača. Neka istraživanja ograničila su se na demografske varijable kao što su pol, obrazovanje, starost, nacionalna pripadnost ili bračni status ispitanika. Druge studije su naglašavale da zadovoljstvo poslom može biti povezano sa očekivanjima zaposlenih, zadovoljstvom životom i porodicom, sposobnošću osobe da prevaziđe stres, ali i nekim aspektima samog posla i načina njegovog organizovanja. Istraživanja zadovoljstva poslom lekara nisu mnogobrojna, iako je ustanovljeno da zadovoljstvo poslom lekara može biti veoma značajno pri analizi uspešnosti zdravstvenog sistema jedne zemlje. Istraživanja koja su se bavila lekarima pokazala su da se lekari koji jesu zadovoljni svojim poslom razlikuju u odnosu na one koji to nisu. Tako su lekari koji su zadovoljni svojim poslom boljeg somatskog i mentalnog zdravstvenog stanja, manje izgaraju na poslu, pružaju bolju i adekvatniju negu pacijentima, manje fluktuiraju na radnom mestu i imaju bolji učinak a što je još značajnije, pacijenti su zadovoljniji negom i tretmanom koji

dobijaju. Za razliku od njih, lekari koji su nezadovoljni poslom imaju narušeno zdravstveno stanje, češće menjaju posao i pacijenti su manje zadovoljni pruženom uslugom. Autori koji su izučavali zadovoljstvo poslom lekara navode da na ovaj fenomen mogu uticati veoma različite pojave, kao što su pored demografskih varijabli između ostalog i izgaranje na poslu, stres, organizacija samog posla, lekarske greške i sl. Pored toga, postoje studije koje govore da su lekari veoma zadovoljni svojim poslom u odnosu na druge profesije. Jedan od ciljeva istraživanja koje je predstavljeno u ovoj knjizi odnosio se i na to koliko će lekari u Srbiji biti zadovoljni svojim poslom, naročito hirurzi, kao i da li će se hirurzi razlikovati od drugih lekara u odnosu na zadovoljstvo poslom. Ovaj cilj je značajan iz najmanje dva razloga, od kojih jedan svakako jeste kontradiktornost rezultata dosadašnjih iako malobrojnih studija na ovoj populaciji, kojima se tvrdi da hirurzi jesu ili najzadovoljniji poslom u odnosu na druge lekare ili najmanje zadovoljni poslom ili se čak uopšte ne razlikuju prema zadovoljstvu poslom u odnosu na druge lekare. Drugi, ali ne manje značajan razlog ove studije jeste i to da kod nas istraživanje ovakvog tipa nije rađeno.

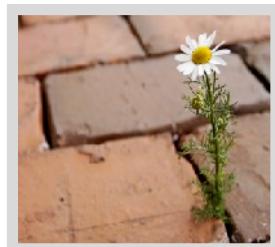
Na kraju, kada govorimo o zadovoljstvu poslom kod hirurga ne treba zaboraviti i faktore koji mogu uticati na to zadovoljstvo. Studije koje smo naveli ističale su da postoje različiti faktori koji mogu uticati na zadovoljstvo poslom kod hirurga a neki od njih su: crte ličnosti, partnerski odnos, organizacija posla, uvođenje novih tehnika u operacionu salu, demografske varijable, prevazilaženje stresa, izgaranje na poslu i sl. Studijom su ispitani faktori koji mogu biti značajni za zadovoljstvo poslom hirurga, a koji nisu u dovoljnoj meri istraženi u ranijim istraživanjima.

REZILIJENTNOST

Rezilijentnost je dinamički proces pozitivne adaptacije u kontekstu značajne nedaće. Iako kao što ćemo videti postoje razne definicije rezilijentnosti kao i teorije, neophodno je da postoje dva uslova da bi o njoj mogli da govorimo i to: 1) izloženost pretnji ili ozbiljnoj nedaći; 2) postizanje pozitivne adaptacije uprkos velikim napadima na razvojni proces (Garnezy, 1990; Luthar & Zigler, 1991; Masten, Best, & Garnezy, 1990; Rutter, 1990; Werner & Smith, 1982, 1992).

DEFINICIJE REZILIJENTNOSTI

Trenutne definicije rezilijentnosti su problematične i veoma različite (Kaplan, 2005). Ima autora koji rezilijentnost definišu kao pozitivni završetak raspodele razvojnih ishoda među individuama pod visokim rizikom (Rutter, 1990), drugi govore o



rezilijentnosti uzimajući u obzir tri grupe fenomena: 1) tamo gde oni koji su pod rizikom pokazuju bolje nego očekivane rezultate; 2) pozitivna adaptacija uprkos stresnim iskustvima; 3) postoji dobar oporavak od trauma (Masten, 1994); a neki pak rezilijentnošću smatraju kapacitet za uspešnu adaptaciju uprkos izazovima ili pretećim okolnostima (Waller, 2001).

Bruks definiše rezilijentnost kao "kapacitet deteta da se efikasno bori sa stresom i pritiskom, prevladava svakodnevne izazove, oporavlja se od razočaranja, greški, trauma i nedaća, razvija jasne i realne ciljeve, rešava problem, opušteno razgovara sa drugima, i sebe i druge tretira vrednim i sa poštovanjem" (Brooks, 2005, pp.297), kao i "sposobnost da se sretne sa životnim izazovima kroz istinu, poverenje, smislenost, odgovornost, empatiju i nadu" (pp.298), dok Smit rezilijentost definiše kao "proces razvojih snaga" (Smith, 2006, pp.31).

U humanističkoj psihologiji pojам rezilijentnosti odnosi se na mogućnost osobe da u problemima pred kojima je vidi mogućnosti za rast i razvoj, pa se rezilijentnim osobama smatraju one koje ne samo da su se borile sa nesvakidašnjim stresorima, već su zapravo to doživljavale kao izazov i iz toga učile i imale mogućnost da se dalje razvijaju. Rezilijentnost je i kapacitet za uspešnu adaptaciju, uprkos izazovima ili pretećim okolnostima i razvoj kompetentnosti pod uslovima koji su teški (Masten, Best & Garmezy, 1990; Stewart, Reid & Mangham, 1997; Wolff, 1995).

Neke definicije govore o kapacitetu osobe da izdrži stresore i ne manifestuje psihološku disfunkcionalnost, kao što je mentalna bolest ili stalno negativno raspoloženje. Rezilijentnost je dakle, kapacitet osobe da izbegne psihopatološko ispoljavanje u teškim

uslovima. Psihološki stresori su događaji koji dovode do aktuelnog ili hroničnog stresa, kao što su smrt bliskih osoba, hronična bolest, seksualno, fizičko ili socijalno nasilje, strah, nezaposlenost i društveno nasilje. Glavni proces u izgradnji rezilijentnosti je razvoj adaptivnih mehanizama prevladavanja ili strategija prevazilaženja stresa, dok su dva osnovna koncepta koja su povezana sa rezilijentnošću rizični i zaštitni faktori. Rizični faktori podrazumevaju doživljavanje brojnih stresnih životnih događaja (preseljenja, tranziciju itd.) ili pojedinačnih traumatičnih dešavanja (razvod, smrt bliskih osoba i sl.) dok su zaštitni faktori zapravo triplet koji uključuje:

1. *dispozicionalne karakteristike osobe*, kao što je intelektualna sposobnost (Baldwin et al., 1993; Brooks, 1994; Wolff, 1995; Wright & Masten, 1997), lak temperament (Werner, 1997; Wright & Masten, 1997), autonomija (Werner, 1997), samopouzdanje (Polk, 1997), socijabilnost i efektivne strategije prevladavanja (Brooks, 1994), i komunikacione veštine (Werner, 1997).
2. *porodične karakteristike* koje podrazumevaju prisutnost osećaja topline, kohezije, strukture, emocionalne podrške, pozitivne afektivne obrasce i blisku vezu sa bar jednom značajnom osobom (Baldwin et al., 1993; Brooks, 1994; Masten & Coatsworth, 1998; Stewart et al., 1997; Werner, 1997; Wolff 1995; Wright & Masten, 1997).
3. *spoljašnje faktore podrške*, kao što su dobri odnosi sa drugima (Wright & Masten, 1997).

Ono što se ovde ističe je da rezilijentnost nije privilegija pojedinih osoba, već da je ona rođenjem data predispozicija za odgovor na stresna dešavanja, koja će se kod nekih razviti

(Werner & Smith, 1992) i koja se transformiše i menja (Lifton, 1993). Imajući u vidu ova dva koncepta, rezilijentnost predstavlja balans između stresa i teškoća kojima je pojedinac izložen s jedne strane i sposobnosti da se bori sa njima kao i podrške sredine u kojoj se osoba nalazi sa druge strane.

Neslaganja autora oko koncepta rezilijentnosti odnose se i na to kako se pojam koncepcionalizuje, kao crta ličnosti (Wagnild & Young, 1993) ili kao dinamički proces, a još veću konfuziju unose autori koji koriste termin „rezilijentna deca“ iako pod rezilijentnošću podrazumevaju dinamički proces (Masten et al., 1994; Werner, 1984). Skorašnje studije idu u prilog tome da rezilijentnost nije crta ličnosti već dinamički konstrukt i razvojni proces (Luthar et al., 2000; Masten, 1999; Rutter, 2000; Tedeschi & Kilmer, 2005). Važno je napomenuti da se među autorima koji se ovim konceptom bave postavlja i pitanje o multidimenzionalnosti konstrukta (Fischer et al., 1987; Liddle, 1994; Tolan, 1996).

Iz navedenih istraživanja može se zaključiti da postoje dva pristupa u istraživanju rezilijentnosti. Jedan predstavljaju oni koje možemo nazvati pristalicama genetičko-sredinske perspektive i koji smatraju da se deca radaju sa faktorima rizika kao što su: prenatalni problemi, siromaštvo, neobrazovana porodična sredina, razvod roditelja, psihopatološki poremećaji kod roditelja (Garnezy, 1993; Werner, 1994; Masten, 2001) te su navodili protektivne faktore kao i faktore vulnerabilnosti u svojim istraživanjima. Prema ovom pristupu samo oni koji su rođeni sa specifičnim karakteristikama i živeli u određenim sredinama mogli su razviti rezilijentnost u odnosu na kasnije životne izazove.

Po drugom pristupu osoba u toku života može učiti veštine prevladavanja. Prema Elejn Hartsman rezilijentnost je proces koji sadrži veštine koje se mogu učiti. Po njoj to su: spremnost da se konfrontiramo sa bolnim temama, učenje rešavanja problema, učenje kada nešto prihvati i kada promeniti, kao i učiti kako kreirati smisao u ličnoj tragediji (Hartsman, 2001). Takođe, i prema Barbari Frederikson rezilijentnost se može učiti i treba raditi na kursevima koji će omogućiti da se kroz predavanja razvija rezilijentnost kod osoba koje je nisu dovoljno razvile (Frederickson, 2001). Ovde treba imati u vidu da je još Emi Verner u svojoj studiji na Havajima naglasila da se „deci može pomoći da postanu rezilijentnija ukoliko roditelji pospešuju nezavisnost, uče decu adekvatnim veštinama komunikacije i daju im primer brižnosti i sposobnosti da sami sebi pomognu kada je to potrebno“ (Werner, 1989, pp. 111). U našem istraživanju referentni okvir predstavlja teorija Paula Stolza koja pripada drugom pristupu u istraživanju rezilijentnosti po kojoj je rezilijentnost nešto što se može razvijati i učiti.

TEORIJSKE OSNOVE KONCEPTA REZILIJENTNOSTI

Neke od značajnijih teorija koje predstavljaju referentni okvir u razumevanju fenomena rezilijentnosti a koje ćemo detaljnije opisati jesu: 1) Eriksonova teorija ličnosti; 2) Teorija kontrole afektivnog ponašanja; 3) Teorija širenja i izgradnje pozitivnih emocija; 4) Samodeterminišuća teorija; 5) Teorija Benarda; 6) Teorija Volinovih; 7) Teorija Martina Seligmana; 8) Teorija Alberta Bandure; 9) Kobasina teorija snage; 10) Teorija Paula Stoltza.

Prva od teorija je Eriksonova teorija o osam stupnjeva u psihosocijalnom razvoju gde su razvojni zadaci karakteristični za svaki stupanj važni za razumevanje individualnog kapaciteta za rezilijentnost kroz životni ciklus (Erickson, 1963). Prvih pet stupnjeva bazirano je na Frojdovoj teoriji psihoseksualnog razvoja, dok su ostala tri Eriksonovo samostalno delo. S obzirom da se naša studija bavi rezilijentnošću, svaki od stupnjeva biće posmatran uzimajući je u obzir.

1. *Najranije detinjstvo:* Bazično poverenje/bazično nepoverenje (rođenje- 1 godina). Bazično poverenje se kod bebe razvija ukoliko osoba koja brine o njoj može da zadovolji potrebu za ljubavlju i to na stalan način. Ovde se pojavljuje *vrlina nade* i Erikson veruje da ovo može ojačati ego. (*Karakteristika rezilijentnih osoba je da imaju vere i nade u sebe* (Brooks, 1994; McCubbin et al., 1997; Werner, 1994)).
2. *Rano detinjstvo:* Autonomija spram stida i sumnje (1 - 3 godina). Dete će u ovom periodu razviti dobru volju i biti ponosno ukoliko ga roditelj uči i vaspitava bez povređivanja detetovog osećanja samokontrole i autonomije. Ukoliko se autonomija više razvije u odnosu na stid i sumnju, Erikson smatra da se razvija *vrlina volje*. (*Samodisciplina i odlučnost jesu identifikovani kao markeri rezilijentnosti* (Ryan & Deci, 2000; Werner, 1994; Wolin & Wolin, 1995)).
3. *Predškolski period:* Inicijativa spram krivice (4 - 5 godina). Ovo je period kada dete uči da inicira ideje i akcije, kao i da planira buduće događaje. Dete se pomera od ograničenja i uči o budućim mogućnostima. Ukoliko roditelj pokaže podsmevanje ili minira maštu deteta ili njegov osećaj inicijative, dete će imati osećaj nedostatka samodovoljnosti. Kada dete razvija inicijativu,

javlja se *vrlina smisla*. (Smisao u ovoj fazi jeste opisan kao smelost da se teži ka postizanju ciljeva bez sputavanja ili osujećenja (Hergenhahn, 1990)). *Hrabrost ili smelost u krizi je preteča rezilijentnosti s obzirom da osoba mora uspešno da prevlada životne izazove* (Wolin & Wolin, 1996).

4. *Školski period*: vrednoća spram inferiornosti (6 – 11 godina). Osećaj vrednoće i marljivosti je rezultat ove faze. Dete stvara osećaj poverenja da ima sposobnost da bude produktivan član društva. Rezultat ove faze je *vrlina kompetencije*. Kako se osoba uspešno adaptira izazovima života, osećaj kompetentnosti se sve više razvija. (*Rezilijentnost se pojačava osećanjem kompetentnosti, jer što se osoba bolje snađe u izazovima, veća je verovatnoća za uspeh u kasnijim krizama na koje može naići* (Masten, 2001)).

5. *Adolescencija*: Identitet spram konfuzije uloga (12 - 20 godina). Erikson je smatrao da je ovaj period prelomni između mladosti i odraslog doba. Deca traže identitet i prave planove za svoj život. Iz ove faze izlazi se sa *vrlinom vernosti*. (Eriksonova definicija vernosti odnosi se na još jedan marker rezilijentnosti: *Sposobnost da se održi slobodna lojalnost i pripadnost uprkos neminovnim protivrečnostima koje sadrži neki sistem vrednosti* (Erikson, 1964, pp.125)).

6. *Rano odraslo doba*: Intimnost spram izolacije (20 - 24 godine). Ova faza odnosi se na mlade odrasle osobe koje traže partnerske veze i koje imaju kapacitet da priznaju konkretnu partnersku vezu i obavežu se na neki način u odnosu na nju. Ukoliko nije dovoljno razvijen kapacitet za produktivan rad i intimnost, osoba će biti „preokupirana sobom, izbegavati bliske odnose sa drugima, i stoga razvijati osećanje izolovanosti“

(Hergenhahn, 1990, pp.160). Ono što obeležava ovu fazu je *vrlina ljubavi*. (*Oni za koje se smatra da su rezilijentni karakteriše mogućnost da budu sa drugima i istražuju opcije i alternativne puteve u odnosima. To nije moguće ukoliko je osoba preplavljenja ili izolovana* (Wolin & Wolin, 1995)).

7. *Odraslo doba*: plodnost spram stagnacije (25 - 64 godine). Ovo je period kada osoba pokušava da na naredne generacije prenese svoja znanja i veštine. Nesebična briga za dobrobit sledećih generacija, obično kroz mentorski rad ili vaspitanje mlađih je ono što karakteriše ovu razvojnu fazu. Ukoliko je osoba razvila plodnost ona izlazi sa *vrlinom brige*. Humanistički orijentisani psiholozi naročito ističu značaj dobrih odnosa sa drugima kao centralnu tačku potpuno razvijene osobe. Ruf ovu orijentaciju naziva orijentacijom ka drugima i smatra da su pozitivne relacije značajan kvalitet pozitivnog funkcionisanja odrasle osobe (Ruff, 1989). *Volinovi ovaj kvalitet nazivaju moralnošću i smatraju je važnom karakteristikom rezilijentne osobe* (Wolin & Wolin, 1995).

8. *Starost*: Integriranost ega spram očaja (od 65 godine nadalje). Ako osoba gledajući na svoj život unazad ima osećanje ispunjenosti možemo reći da postoji integriranost ega, jer je osoba uspela da se adaptira svim teškoćama u svom životu kao i pobedama. Ukoliko je život bio pun frustracija i razočaranja, osoba oseća očaj. One osobe koje su se dobro adaptirale na životne izazove iz ove faze izlaze sa *vrlinom mudrosti*. (*Rezilijentne osobe uče iz prošlih grešaka i primenjuju prethodno učenje u sadašnje izazove* (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989)).

U odnosu na Eriksonov model veliki broj istraživača bavio se karakteristikama koje mogu uticati na životni tok individue i

rezilijentnost, što je uključivalo istraživanja ranih uticaja (teorija kontrole), perzistentnih karakteristika (pozitivne emocije) i individualnih odgovora osobe na životne situacije (samo-determinacija). Teorija koja se fokusirala na rane odnose jeste teorija kontrole afektivnog ponašanja ili kod nas poznatija kao teorija afektivnog vezivanja. Tvorac ove teorije Džon Bolbi govorio je o ulozi osobe koja brine o detetu kao o sigurnoj bazi iz koje beba može da istražuje i uči o okolini koja je okružuje (Bowlby, 1969). Bolbi je verovao da svaka novorođena beba ima potencijal da razvije sigurni afektivni odnos sa jednim ili više osoba koje o njoj brinu, te da onda može da istražuje sredinu. Takođe, Bolbi je smatrao da je ova funkcija ljudskog ponašanja evoluciona jer omogućava bebi da uči i istražuje, kao i da se uvek vrati na sigurno mesto kod majke ili neke druge osobe koja o bebi brine. Dok god je dete zaštićeno u svojim istraživanjima sredine, mogućnosti za učenje o sredini se povećavaju i vrednost bliskih odnosa se može lako prepoznati (Bowlby, 1969). Kako je upravo ova teorija jedan od referentnih okvira za istraživanje rezilijentnosti u ovom istraživanju, ona će kasnije biti detaljnije opisana.

Još jedna od teorija koje se bave fenomenom rezilijentnosti jeste teorija širenja i izgradnje pozitivnih emocija. Fredrikson je sugerisao da pozitivne emocije omogućavaju osobi da učestvuje u sredini, jer one daju čitav repertoar mišljenja i akcija u sredini, kao i izbor za šta će se osoba od onog što je prisutno u sredini odlučiti. Frederikson je povezao pozitivne emocije sa izgradnjom teorije rezilijentnosti, rekavši da one osobe koje imaju pozitivne emocije imaju i bolje veštine prevladavanja, sposobnost da pronađu smisao u nedaćama, kao i nagomilavanje i mešanje efekata pozitivnih emocija, što predstavlja srž dobrog zdravlja i važan je činilac psihološke rezilijentnosti (Fredrickson, 2001).

Još jedna od teorija nešto skorijeg datuma je teorija samodeterminacije koja uzima u obzir neke pozitivne i stalne činioce ljudske prirode, kao što su intrinzička motivacija, samo-regulacija i sl. (Ryan & Deci, 2000). Ovi autori identifikovali su tri psihološke potrebe koje formiraju osnovu motivacije: kompetentnost, odnosnost i autonomiju. Ove potrebe su „esencijalne za optimalno funkcionisanje prirodno datih sklonosti ka rastu i integraciji, kao i za konstruktivni socijalni razvoj i lično zdravlje (Ryan & Deci, 2000, str.68). Samodeterminišuća teorija smatra da čovek može biti ili „proaktiv i uključen“ ili „pasivan i otuđen“ i da to zavisi od socijalnih uslova u kojima se osoba razvija i funkcioniše.

Sledeća u nizu je teorija Benarda koja ističe biološku komponentu rasta i razvoja koja postoji u svakom ljudskom biću. Benard (1991) ističe da su ljudi rođeni sa unutrašnjom rezilijentnošću i kapacitetom da razviju one crte ličnosti koje se nalaze kod osoba koje su preživele teške događaje i iz njihizaše kao pobednici. Po njemu to su sledeće crte:

1. *socijalna kompetentnost*- odgovornost, kulturna fleksibilnost, empatija, komunikacione veštine, smisao za humor;
2. *rešavanje problema*- planiranje, traženje pomoći, kritičko i kreativno mišljenje;
3. *autonomija*- osećaj identiteta, samoefikasnost, samosvesnost, adaptivno distanciranje od negativnih uslova i poruka;
4. *osećaj smisla i verovanja u bolju budućnost*- određeni ciljevi, profesionalne aspiracije, optimizam, vera i spiritualne dimenzije ličnosti.

Benard smatra da rezilijentnost nije ništa drugo do proces zdravog ljudskog razvoja u kome ličnost i sredina zajedno komuniciraju u delovanju kroz recipročnu vezu.

Takođe, vrlo poznata teorija rezilijentnosti je teorija o sedam rezilijenci Volinovih u kojoj autori istražuju kako deca poremećenih i nekompetentnih roditelja nauče da vode računa o sebi i da tokom tog procesa postaju snažna (Volin & Volin, 1996). Preživeli iz problematičnih porodica, razvijaju tokom vremena sposobnosti prevazilaženja teških situacija, koje postepeno prelaze u aspekte ličnosti ili trajne snage ličnosti. Te aspekte ličnosti nazivaju rezilijencama i smatraju da ih ima sedam. To su:

- *uvid* (navika da se postavljaju teška pitanja i daju iskreni odgovori)
- *nezavisnost* (povlačenje granica između pojedinca i problematičnih roditelja, održavanje emocionalne i fizičke distance uz zadovoljavanje zahteva svesti individue)
- *odnosi* (intimne veze i veze sa drugim ljudima koje osobu ispunjavaju, koje drže u ravnoteži zrelu svest o sopstvenim potrebama s empatijom i sposobnošću da se nešto pruži drugom)
- *inicijativa* (preuzimanje odgovornosti za probleme, ostvarivanje kontrole, sklonost naprezanju i proveravanju samog sebe u teškim zadacima)
- *kreativnost* (uvođenje reda, lepote i svrhe u haos problematičnih iskustava i bolnih osećanja osobe)
- *humor* (nalaženje komičnog u tragičnom)
- *moral* (informisana savest koja proširuje želju osobe za dobrom ličnim životom na celo čovečanstvo)

Rezilijence se grupišu prema tipu ličnosti, pa tako osoba koja je otvorena i društvena ima drugačiji redosled rezilijenci od onog koji je introspektivan i ozbiljan. Autori smatraju da je mali broj onih koji poseduju svih sedam rezilijenci, ako se kompletno izoluje prošlost koju su doživeli. Uglavnom je rezilijentna ličnost ona kod koje su rezilijentnost i povredivost stalno u opoziciji, stalno se bore snage obeshrabrenja i snage odlučnosti, pri čemu u većini slučajeva pobeđuje odlučnost. U kontekstu ove teorije rezilijentnost se shvata kao nešto što predstavlja trajne karakteristike ličnosti, koje su se tokom vremena razvile.

Pored ove teorije, od značaja su i one teorije koje se bave konceptima koji su u bliskoj vezi sa rezilijentnošću. Teorija Martina Seligmana o naučenoj bespomoćnosti pokušava da objasni zašto neke osobe uspevaju da se u teškim situacijama izbore, a neke odustaju i bivaju poražene, što je u direktnoj vezi sa fenomenom rezilijentnosti. Seligman (1975) je zaključio da naučena bespomoćnost podrazumeva internalizovanje verovanja da bez obzira šta osoba uradila, ona percepira da nema kontrolu nad stresnom situacijom u kojoj se našla. Pojam naučene bespomoćnosti vrlo je blizak shvatanju atribucione teorije, po kojoj su ljudi motivisani da razumeju svet i ono što se zbiva u njemu interpretirajući ono što se dešava u spoljašnjosti, pri čemu način na koji čovek vidi ono što se događa utiče na to kako će on reagovati na situaciju u kojoj se nalazi (Weiner, 1986). Važno je to kako osoba vidi ono što se zbiva, za njeno reagovanje, a ne kako se to zaista zbiva. Seligman je u kasnijoj fazi razvoja svoje teorije govorio i o naučenom optimizmu ističući da način na koji ljudi objašnjavaju svoj život jeste naučen u detinjstvu. Suština optimizma po njemu ne leži u pozitivnim fazama i imaginaciji o pobedi, već u načinu na koji individua opisuje i objašnjava

pojedinačni događaj, bilo loš ili dobar, koji joj se dogodio. Ono što je značajno za ovu studiju, jeste Seligmanovo stanovište da se negativni stil objašnjavanja može promeniti u pozitivni, čime se zapravo daje mogućnost razmatranja rezilijentnosti kao procesa koji se transformiše u vremenu (Seligman, 1995).

Naučeni optimizam se može porediti i sa onim što se u Bandurinoj teoriji naziva samoefikasnošću (Bandura, 1982). Bandura je smatrao da je za čoveka procena sopstvenih kapaciteta kontrole nad situacijama koje se dešavaju u životu najvažnija. Čovekov život prepun je teških situacija, frustracija, nepravde, nepovoljnih uslova, kriza. Samoefikasnost određuje u kojoj meri će se čovek angažovati i u kojoj meri će nastaviti ka svojim ciljevima bez obzira na tešku životnu situaciju u kojoj se našao. Kada se nađu u teškim i stresnim situacijama ljudi koji sumnjaju u svoju efikasnost će odustati od svojih ciljeva, za razliku od onih koji sebe doživljavaju efikasno i koji će upravo takvu situaciju doživeti kao izazov iz koga veruju da će izaći kao pobednici. Ovakvo shvatanje blisko je Kobasinoj teoriji snage. Snaga u oblasti ljudskog razvoja predstavlja individualni kapacitet osobe da se nosi sa teškim uslovima u životu (Kobasa, 1979). Kobasa navodi tri karakteristike osoba koje smatra snažnim:

- verovanje da mogu da kontrolišu ili utiču na događaj ili iskustvo
- osećaj da su veoma uključeni ili odani aktivnostima koje čine u životu
- anticipiranje promene kao izazova za dalji razvoj

Kobasa (1979) smatra da snažne osobe vide da potencijalno teške situacije imaju nekog smisla i interesa, vide stresore kao promenljive i vide promenu kao normalan aspekt života.

U našoj studiji referentni okvir za istraživanje rezilijentnosti bila je teorija o koeficijentu rezilijentnosti Paula Stoltza koja se oslanja na tri naučne discipline: kognitivnu psihologiju, psihoneuroimunologiju i neurofiziologiju, a iza nje stoji dvadeset pet godina istraživačkog rada i šesnaest godina primene teorije u praksi. Osnovni koncepti teorije zasnovani su na teoriji Alberta Elisa i njegovom ABC modelu čija je suština da je „ponašanje zasnovano pre na tome kakva verovanja o događaju ima osoba nego na samom događaju i da ta verovanja utiču na reakcije i osećanja“ (Stoltz, 1997, str.149). Na osnovu Elisovih ideja, Aron Bek je formulisao model kognitivne psihologije u kome je istakao značaj diskutovanja o negativnim verovanjima koje osoba ima o sebi, trenutnoj situaciji ili događaju u budućnosti. Bekov model pružio je mogućnost da ljudi prepoznaju i diskutuju o svojim reakcijama na životne događaje.

U kontekstu Stoltzove teorije rezilijentnost se definiše kao sposobnost osobe da prevaziđe teške situacije i životne nedaće i iz njih izade još snažnija i spremnija za buduće događaje. Rezilijentnost ima četiri aspekta i to su: samokontrola, odgovornost, generalizacija i trajanje. Nedaće mogu biti opšte ili specifične, interne ili eksterne, ali su uvek definisane individualnom interpretacijom onoga ko se u njima nalazi. Nedaće koje se dešavaju u životu prema Stoltzu mogu se posmatrati na tri nivoa:

- socijalnom
- radnom
- individualnom

Socijalne nedaće odnose se na promene u zdravstvenom stanju, zabrinutost za ekonomsku sigurnost, strah od nasilja i

kriminala, spoljašnje uslove, gubitak vere u institucije, obrazovanje i okruženje.

Radne nedaće odnose se na gubitak poverenja u radnu organizaciju, jer što više osoba radi to manje dobija od organizacije.

Individualne nedaće nastaju iz prethodnih, jer one utiču na individuu i mogu je preplaviti. Akumulacija ovih efekata vremenom može dovesti do gubitka nade kod osobe.

Po ovoj teoriji tri važne karakteristike koeficijenta rezilijentnosti kao pokazatelja ove sposobnosti su da on:

- predstavlja novi referentni okvir za razumevanje uspeha
- meri kako osoba odgovara na nedaće u životu
- omogućava terapijski rad na razvijanju rezilijentnosti osobe

Ljudi se razlikuju po tome da li imaju visok ili nizak koeficijent rezilijentnosti i u zavisnosti od toga reaguju na određen način na životne teškoće. Stoltz smatra da je uspeh u životu i na poslu determinisan koeficijentom rezilijentnosti i kao deo svog istraživanja ove problematike, nudi tri kategorije u koje se ljudi mogu svrstati u odnosu na vrednost koeficijenta rezilijentnosti koji imaju. Osoba se svrstava u određenu kategoriju u odnosu na sposobnosti da se izbori sa nedaćama života.

Kategorije koje Stoltz predlaže imaju metaforične nazive i to su:

- kviter (quitter)¹
- kamper (camper)

¹ U srpskom jeziku ne postoji adekvatna reč kojom bi se prevele navedene kategorije. Predlog prevoda opisanih termina od strane lingvista je: quitter-malodušnik, odustajач, lutzer, ostavljač, onaj koji odustaje; camper-avanturista, kamper; climber-alpinista, planinar, penjač.

- klajmber (climber)

Kviter je osoba koja je izabrala da ne preuzima nikakve rizike i životne izazove već da u životu ide samo na sigurno. Kviteri se obično opisuju kao „depresivni, gorki i emocionalno hladni“ (Stoltz, 1997, str.14). Ove osobe se vrlo često mogu kajati zbog svojih odluka i postajati agresivne i ljubomorne na ljude u okruženju koji su na boljim radnim i životnim pozicijama. Kada rade ove osobe pokazuju minimum svojih ambicija i vrlo su nezainteresovane za rad.

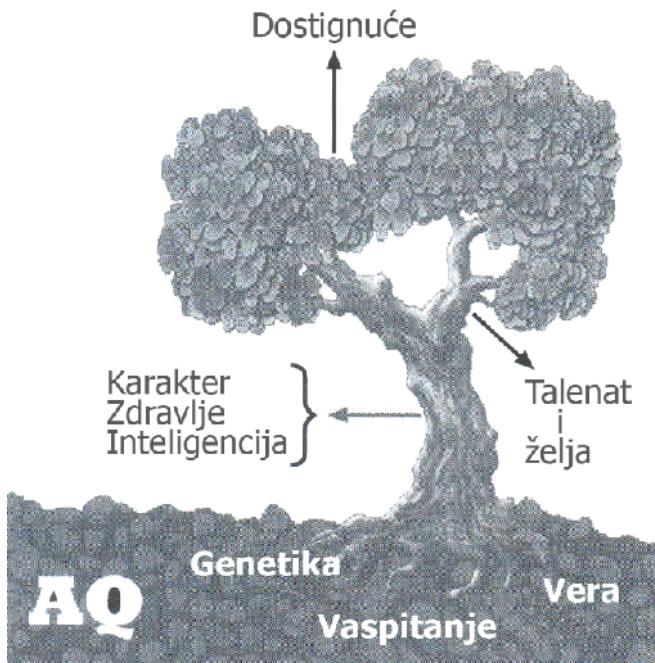
Kamper je osoba koja preuzima rizike života sve dotle dok oni ne postanu isuviše teški ili dok ne postignu ono što su definisali kao uspeh. Ono što je karakteristično za njih jeste da su oni zadovoljni onim što jeste, čime žrtvuju mogućnost da vide i dožive ono što bi moglo da bude. Kada rade ove osobe pokazuju neku inicijativu, neku želju i snagu za rad (Stoltz, 1997, str.19).

Klajmber je osoba koja nastavlja da se penje tj. ide napred, bez obzira šta sve donosi život. Ove osobe karakteriše visok nivo energije i stalno kretanje i aktivnosti, preuzimanje rizika i izazova koje donose teškoće i nedaće života. Klajmberi su definisani kao uporni, postojani i rezilijentni.

Stoltz smatra da uspeh koji neko postiže tokom života na profesionalnom planu i radnom mestu jeste determinisan koeficijentom rezilijentnosti a tzv. „drvo uspeha“ o kome govori prikazuje u kom odnosu se mogu posmatrati koeficijent rezilijentnosti osobe, njena genetika, uticaj odgajanja osobe, karakter, inteligencija, talanat i učinak koji osoba daje. Kao što se na Slici 1 može videti, lišće metaforično predstavlja onaj deo nas koji je vidljiv drugima kroz naša postignuća i rezultate koje postižemo tokom života. Grane tzv. „drveta uspeha“ se odnose na

veštine, kompetencije, iskustvo i znanje koje posedujemo i ono što smo sposobni da radimo, što se može sintetisati kao rad na razvoju talenta za neki posao. Pored toga, grane drveta čini i naša motivacija, entuzijazam, strast i ambicija tj. žudnja da radimo posao kako treba i najbolje što znamo. Stablo drveta čine inteligencija, zdravlje (psihičko i fizičko) i karakter koji takođe utiču na naš uspeh. Na kraju, koren drveta čine geni, vaspitanje i vera i oni su ti koji imaju uticaj na stablo, grane i lišće drveta. Ipak, da bi drvo ostalo stabilno u periodima nedaća ili nepovoljnih okolnosti svi ovi faktori nisu dovoljni. Ako je zasađeno u pesku verovatno će izgubiti ravnotežu i pasti, a ako je poraslo u steni i gajeno sa bazičnom rezilijentnošću ono će se saviti ali nikada neće pasti. Ako drvo jeste metafora za osobu to znači da će čovek koji ima visok koeficijent rezilijentnosti (AQ) ostati snažan uprkos životnim okolnostima koje su nepovoljne i da je upravo AQ ključni faktor uspeha koji određuje kako se naš učinak manifestuje u svetu u kome živimo.

Slika 1. Drvo uspeha



*Preuzeto iz „Adversity Quotient@ Work“, Stoltz, 2000

Još osamdesetih godina Majhenbaum je govorio da je rezilijentnost nešto što se može učiti i razvijati (Meichenbaum, 1985), a to su kasnija istraživanja Stoltza i potvrdila. Takođe, studije su pokazale da je interpretacija događaja značajnija od samog događaja (Beck et al., 1979; Dollard & Miller, 1950; Ellis, 1962), pa se adekvatnim trening programima može raditi na razvoju AQ ili koeficijenta rezilijentnosti.

ISTRAŽIVANJA REZILIJENTNOSTI

Istraživanje faktora koji mogu biti značajni za adaptaciju u uslovima nedaće ili patnje ima dugu istoriju, počevši od studija iz sedamdesetih godina koje su se bavile schizofrenim pacijentima koji su imali relativno adaptirane obrasce ponašanja i bili atipični pacijenti (Garmezy, 1970). Iako se rezilijentnost tada nije pominjala, neki od aspekata premorbidne socijalne kompetentnosti kod ovih pacijenata danas bi se okarakterisali kao prognostički faktori rezilijentnih crta. Skoro istovremeno, studije dece čije su majke schizofrene bile su krucijalne u istraživanju rezilijentnosti kao velike i značajne teme tadašnjih istraživača (Garmezy, 1974; Garmezy & Streitman, 1974). Rezultati istraživanja pokazali su da deca iz takvih porodica jesu uspevala u životu uprkos visoko rizičnom statusu, što je dovelo do napora da se razumeju individualne razlike u odgovoru na nedaću ili patnju. Najpoznatija longitudinalna studija rezilijentnosti svakako je Kauai studija (1955-1985) koju je sprovedla Emi Werner sa saradnicima (Werner et al., 1971; Werner & Smith, 1977). Studija je počela 1955 godine i u njoj je učestvovalo 698 beba sa Havajskog ostrva Kauai koje su izučavane u odnosu na dva osnovna cilja : 1) da bi se merile dugoročne posledice prenatalnog i perinatalnog stresa i 2) da bi se dokumentovali efekti ranih teških uslova na detetov fizički, kognitivni i psihosocijalni razvoj (Werner, 1989). Deca su praćena do njihovih 30-tih godina a merenja su vršena na različitim stupnjevima razvoja (kada su imali 1 godinu, 2 godine, 10 godina, 18 godina i 32 godine). Ono što su istraživači primetili bilo je da je nekoliko „visoko rizične“ dece, koja su bez obzira na ponavljanji

stres, teške uslove i siromaštvo, needukaciju, roditelje koji imaju probleme sa alhoholom ili mentalnom bolešću, razvilo zdrave ličnosti, stabilne karijere i snažne interpersonalne relacije. Tada su istraživači pokušali da identifikuju protektivne faktore koji doprinose rezilijentnosti ove dece. Ustanovljeno je da za period od rođenja do 18-te godine najveći uticaj ima kvalitet porodične sredine tj. da su deca pokazivala veću kompetentnost ukoliko se kvalitet porodičnog okruženja razvijao i poboljšavao (Werner, 1989). Rani markeri rezilijentnosti koji su se mogli identifikovati kod ove dece bili su da su na nivou dece oni imali pozitivnu pažnju i ka članovima porodice ali i prema strancima, kao predškolci imali su pozitivnu socijalnu orijentaciju, a sa 10 godina aktivno su učestvovali u školskom životu imali mnoga interesovanja i hobije koje su delili sa drugima, a na nivou odraslih rezilijentne osobe mogле су uspostavljati bliske partnerske odnose kao i bliske odnose sa bar jednim roditeljem, ili zamenom roditeljske figure. Ove osobe су smatralе da imaju kontrolu nad svojim životima tj. unutrašnji lokus kontrole. Ukratko, ova deca su mogla razviti pozitivan self koncept i uz pomoć značajnih drugih u svom životu, smatrati da je njihov život smislen i da ima cilj (Werner, 1994). Zadnje merenje u njihovim 30-tim godinama, pokazalo je da iako imaju zdravstvene probleme koji su povezani sa stresom, kao što su migrene, oni su uspeli da razviju veru (spiritualnost ili duhovnost) i svest o samodeterminaciji i ličnoj kompetentnosti (Werner, 1994). Na osnovu ove longitudinalne studije Verner je identifikovala pet grupa protektivnih faktora koji se javljaju kod visoko rizične dece, sada odraslih, za koje se videlo da su se dobro prilagodili sredini. To su: 1) osobine ličnosti; 2) veštine i vrednosti kao i profesionalni planovi, a pored toga i dobro raspoređene kućne

obaveze i poslovi; 3) roditeljski stil u vaspitanju koji je podržavao samopoštovanje i kompetentnost; 4) odrasli ili mentorji koji su bili podržavajući; 5) mogućnosti u velikim prelaznim fazama razvoja, kao što su programi obrazovanja u okviru sredine, volonterski rad ili religiozna orientacija.

Iako je Werner zaključila da i rezilijentna deca imaju problema, naročito u periodima stresnih životnih događaja, sve dok postoji balans između tih događaja i protektivnih faktora moguća je uspešna adaptacija (Werner, 1994).

Pored ove longitudinalne studije istraživanjem rezilijentnosti bavili su se i drugi autori uključivši i faktore kao što su socioekonomski aspekti (Garmezy, 1991, 1995; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1982, 1992), zlostavljanje (Beeghly & Cicchetti, 1994; Cicchetti & Rogosch, 1997), siromaštvo i nasilje u zajednici (Luthar, 1999; Richters & Martinez, 1993), mentalna bolest roditelja (Masten & Coatsworth, 1998), kao i katastrofalni životni događaji (O'Dougherty-Wright, Masten, Northwood & Hubbard, 1997). Sva ova istraživanja imala su za cilj da pronađu protektivne faktore koji bi razlikovali onu decu koja imaju zdrave adaptacione profile od onih koja ih nemaju i koja su manje prilagođena. Iako su se prvobitno usmerili na „rezilijentnu decu“ govoreći o osobinama koje oni poseduju (Masten & Garmezy, 1985), istraživači su kasnije uključili i socijalni kontekst u kome takva deca žive kao i same porodice iz kojih potiču (Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982, 1992). Dalja istraživanja išla u u pravcu promena koncepta rezilijentnosti iz fiksne u dinamičku strukturu, jer je postajalo jasno da pozitivna adaptacija uprkos izloženosti nedaćama uključuje razvojnu progresiju, tako da se nove snage ili vulnerabilnosti razvijaju sa promenjenim životnim okolnostima (Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1982).

Tako se pojam rezilijentnosti sve više opisivao kao suprotan fiksnoj prirodi koncepta, približio onome što smatramo konceptom invulnerabilnosti. Uopšteno najveći broj istraživanja bavio se ili protektivnim faktorima tj. onim koji modifikuju efekat rizika u pozitivnom smeru (Beeghly & Cicchetti, 1994; Cohler, Stott, & Musick, 1995; Luthar & Zigler, 1991; Masten et al., 1990, 1999; Rutter, 1999; Toth & Cicchetti, 1996; Werner & Smith, 1992) ili faktorima vulnerabilnosti tj. onima koji doprinose negativnom ishodu u situaciji rizika (Kraemer et al., 1997 Masten et al., 1999; Rutter, 2000).

Sistematisacija istraživanja iz rezilijentnosti koju je predstavila Masten pokazuje da se sva istraživanja mogu svrstati u četiri grupe (Masten, 2007). Prvu grupu čine istraživanja koja su se bavila rezilijentnošću u raznim situacijama i težila da identifikuju karakteristike deteta, porodice ili sredine koje mogu biti značajne (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1979; Werner, 1989). Drugu grupu čine istraživanja skorijeg datuma koja polaze od teorije afektivnog vezivanja i porodičnih interakcija koje mogu biti značajni protektivni faktori kod rezilijentnosti (Davies & Cummings, 2006; Egeland, 2007; Gunnar, 2006; Masten & Shaffer, 2006; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005), kao i istraživanja psihobiološkog reagovanja na stres i sisteme samoregulacije za pažnju, emocije i ponašanje (Boyce, 2007; Cicchetti & Curtis, 2006; Gunnar & Vazquez, 2006; Rothbart & Bates, 2006; Rueda et al., 2005, prema Reich et al., 2010). Treću grupu istraživanja čine ona koja su se fokusirala na eksperimente kojima bi testirali ideje o rezilijentnosti da bi na taj način radili na prevenciji i intervencijama (Cicchetti, Rappaport, Sandler & Weissberg, 2000; Masten, Burt, & Coatsworth, 2006; Wang & Gordon, 1994). Na kraju u četvrtu

grupu svrstavaju se istraživanja rezilijentnosti u odnosu na gene, neuronsku mrežu i multiple nivoe analize i međuodnosa (Cicchetti & Blender, 2006; Cicchetti & Curtis, 2006; Curtis & Cicchetti, 2003; Curtis & Nelson, 2003; Lester, Masten & McEwen, 2006; Luthar, 2006; Masten, 2007a, 2007b; Masten & Curtis, 2000; Masten & Obradovic, 2006; Rutter, 2006).

Iako se većina razvojnih istraživanja rezilijentnosti fokusirala na individue, postoje i ona koja su se bavila porodicama (Patterson, 2002), decom iz istih odeljenja u školi (Doll, Zucker & Brehm, 2006), školskim sistemom (Wang & Gordon, 1994).

Na odrasloj populaciji neka od istraživanja rezilijentnosti rađena su na osobama obolelim od HIV-a (Rabkin et al., 1993), osobama obolelim od kancera (Antoni & Goodkin, 1988), kao i na izbeglicama (Muecke, 1992). U našoj sredini istraživanje rezilijentnosti rađeno na psihoterapeutima kako iz Srbije tako i iz Evrope, pokazalo je da psihoterapeuti jesu veoma rezilijentni (Želeskov-Đorić, 2006), kao i da su "neke od karakteristika ličnosti značajne za rezilijentnost osobe u odnosu na pritisak autoriteta na neetično ponašanje" (Hedrih i Želeskov Đorić, 2006, str.67).

ISTRAŽIVANJA REZILIJENTNOSTI I ZADOVOLJSTVA POSLOM ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Pre nego što predemo na prikaz nekih od istraživanja rezilijentnosti na zdravstvenim radnicima, važno je postaviti pitanje zašto je uopšte značajno baviti se rezilijentnošću lekara?

Odgovor na ovo pitanje leži u činjenici da u odnosu na ostale profesije lekarska profesija jeste najstresnija i da su zdravstveni

radnici pod značajno većim pritiskom na poslu u odnosu na druge radnike (Prosser et al., 1997; Rees & Cooper, 1990; Smith, 2001). Stres koji lekari doživljavaju na poslu ima veliki uticaj na lični i profesionalni život (Gothe et al., 2007) ali i na negu koja biva pružena pacijentima (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997). Lekari se na poslu susreću sa specifičnom kombinacijom stresora povezanih sa profesijom uključujući poremećaje spavanja, borbu sa pacijentovom patnjom i smrću, nerealnim očekivanjima pacijenata, nebalansiranošću posla i porodice, kao i nemogućnošću da utiču na svoj raspored radnih obaveza (West & Shanafelt, 2007). Stres na poslu doprinosi sindromu izgaranja, mentalnim problemima, odsustvu s posla, ranijim odlaskom u penziju, slabijom brigom za pacijenta, depresiji (Caplan et al., 1975; Gray-Toft & Anderson, 1985; Hjemdal et al., 2006; 1985; Sutherland & Cooper, 1990; Tyler & Cushway, 1995; Weinberg & Creed, 2000). Neka istraživanja pokazala su da postoji povećan broj samoubistava među ženama lekarima (Schernhammer & Colditz, 2004), kao i da je samoubistvo jedini uzrok smrti koji je kod lekara značajno veći u odnosu na ostalu populaciju (Torre et al., 2005). Ukoliko imamo u vidu da je veoma mali broj istraživanja rezilijentnosti na odrasloj populaciji (Hjemdal et al., 2006), kao i da je veoma važno baviti se ispitivanjem kako se ponašaju radnici koji su rezilijentni u odnosu na one koji nisu zbog značaja koji otpornost na stres na poslu može imati na obavljanje posla (Thomas-Shanks, 2002) čini se da možemo govoriti o opravdanosti studije koja bi se u našoj sredini bavila rezilijentnošću hirurga.

Istraživanja na zdravstvenim radnicima uglavnom su više bila fokusirana na sindrom izgaranja, pa je ustanovaljeno da žene lekari imaju veće izgaranje na poslu u odnosu na muškarce

(McMurray et al., 2000), da visoko izgaranje na poslu dovodi do slabijeg učinka i kvaliteta nege pacijenata (Barden et al., 2002), da je izgaranje povezano sa socijalnom podrškom od strane kolega na poslu (Glasberg et al., 2007), kao i da je sindrom izgaranja povezan sa rezilijentnošću (Zunz, 1998).

Nekolicina istraživanja otpornosti na stres pokazala su da oni lekari koji doživljavaju veći stres na poslu bez mogućnosti da ga adekvatno prevaziđu pokazuju manje zadovoljstvo poslom u odnosu na one lekare koji imaju veću otpornost na stres (Ramirez et al., 1996), kao i da lekari imaju 18% veći stres na poslu u odnosu na opštu populaciju (Firth-Cozens, 2007; Wall et al., 1997). Lekari imaju srednji nivo rezilijentnosti (Keeton et al., 2007) i kod njih je rezilijentnost povezana sa odgovornošću koja se deli u timu lekara, te su oni lekari koji imaju dobru komunikaciju sa kolegama oko podele odgovornosti rezilijentniji u odnosu na druge koji takvu komunikaciju nemaju i zadovoljniji su poslom (Reid et al., 1999; Xiao et al., 2007). Istraživanje sprovedeno od strane Unca pokazalo je da oni lekari koji imaju negativne emocije i opažanje prema svom poslu jesu izloženiji stresu, anksiozniji i depresivniji (Uncu, 2007). Rezultati nekih istraživanja koja su se bavila stresom kod lekara različitih specijalnosti pokazali su da lekari opšte prakse, očni lekari, internisti, gastroenterolozi, pedijatri, dermatovenerolozi i radiolozi imaju značajno manji stres na poslu u odnosu na hirurge i psihijatre (Ramirez et al., 1996; Shugerman et al., 2001). U još jednoj od retkih studija koje su se bavile rezilijentnošću lekara ističe se da iako ima autora koji smatraju da je rezilijentnost nasleđena crta ličnosti, ona se pre svega uči, a balans između profesionalnog i ličnog života predstavlja ključni faktor razvoja rezilijentnosti lekara (Jensen et al., 2008).

ISTRAŽIVANJA REZILIJENTNOSTI HIRURGA

Broj istraživanja stresa kod hirurga i načina na koji oni prevazilaze stres veoma je mali (Wetzel et al., 2006). Najveći broj istraživanja odnosi se na izgaranje na poslu, gde su rezultati pokazali da između 32% i 37% hirurga ima sindrom izgaranja na poslu (Bertges et al., 2005; Sharma et al., 2008), da mlađi hirurzi imaju veće izgaranje na poslu u odnosu na starije kolege (Campbell et al., 2001), kao i da kod transplantnih hirurga postoji visoko izgaranje na poslu (Yost et al., 2005). Prema nekim istraživanjima ne samo što hirurzi imaju najveći stres na poslu i najviše su zadovoljni poslom (Ramirez et al., 1996), već na taj stres može uticati uvođenje novih aparata i tehničke opreme u operacionu salu (Smith et al., 2005), a sam stres može imati efekat na radni učinak hirurga (Campbell et al., 2001) kao i na njihovo ponašanje prema pacijentima. Tako je u studiji koju je sproveo Kent kod 65% hirurga bar jedan od pacijenata patio usled nedobijanja adekvatne usluge i nedostatka nege usled velikog stresa pod kojim su hirurzi bili na poslu (Kent, 1995).

S druge strane postoje studije po kojima hirurzi imaju srednji nivo izgaranja na poslu (Alvarez et al., 2002), a u pojedinim istraživanjima se govori i o tome da je nivo stresa kod hirurga i psihiyatara isti (Deary et al., 1996) ili pak da hirurzi imaju najniži nivo doživljavanja stresa i depresije na poslu (Firth-Cozens, 2007).

Rezilijentnošću hirurga bavilo se samo par istraživanja. Prva su rađena početkom 90-tih godina kada je Džejms Rizon sa timom psihologa posmatrao greške koje hirurzi prave tokom operacije i došao do rezultata da su oni hirurzi koji su

rezilijentniji imali manji broj grešaka i bolje rešavali kritične situacije tokom operacije pacijenata, a rezultati do kojih je došao kasnije su i objavljeni (Reason, 2000, prema Channa, 2008). Rezultati kasnijih istraživanja pokazali su da veća rezilijentnost hirurga dovodi do većeg zadovoljstva poslom i manje emotivne iscrpljenosti kao aspekta sindroma izgaranja na poslu (Yost et al., 2005).

Hirurzi jesu otporni na stres tj. rezilijentni (Campbell et al., 2001; Linn & Zeppa 1984), ali i pored toga ustanovljeno je da u hirurgiji kao pretežno muškoj profesiji postoji značajna upotreba alcohola i problema povezanih sa njim (Davey et al., 2000; Kraft et al., 1993; Plant et al., 1991; Wilsnack & Wilsnack, 1991) što predstavlja poseban problem same struke.

Na kraju treba pomenuti i jednu od većih studija u kojoj je učestvovalo hiljadu hirurga iz Velike Britanije i u kojoj je ustanovljeno da najveći izvor stresa kod hirurga jeste neslaganje između posla i ličnog života (Green et al., 1990), što može biti značajan rezultat u odnosu na predmet istraživanja studije koja je sprovedena u Srbiji.

REZIME ISTRAŽIVANJA REZILIJENTNOSTI

Koncept rezilijentnosti bio je predmet mnogobrojnih istraživanja koja su se bavila odnosom između rezilijentnosti i različitih varijabli počevši od mentalnog poremećaja roditelja, zlostavljanja, socioekonomskih aspekata, katastrofalnih životnih događaja i sl. Smatralo se da na rezilijentnost mogu uticati kvalitet porodične sredine, karakteristike deteta, porodične interakcije, psihobiološko regovanje na stres, geni i neuronske mreže. Najveći

broj dosadašnjih istraživanja rezilijentnosti uključivao je decu. Na odrasloj populaciji istraživanja rezilijentnosti nisu mnogobrojna, a što se zdravstvenih radnika tiče, naročito hirurga, njih je veoma malo. Istraživači su se kod lekara najviše bavili konceptom izgaranja na poslu i stresom, a nalazi su pokazali da stres koji lekari doživljavaju na poslu može značajno uticati na njihov lični i profesionalni život, kao i negu koja biva pružena pacijentima. Neka od istraživanja bavila su se za nas značajnom temom, odnosom zadovoljstva poslom i rezilijentnošću kod lekara. Rezultati su pokazali da lekari koji su rezilijentniji jesu i zadovoljniji poslom koji obavljaju, kao i da lekari imaju srednji nivo rezilijentnosti. Što se hirurga tiče, iako malobrojna, istraživanja su pokazala da trećina hirurga ima sindrom izgaranja na poslu, koji je u vezi sa otpornošću na stres, kao i da stres koji hirurzi doživljavaju na poslu utiče na njihov radni učinak. Pored toga, hirurzi koji su rezilijentniji imali su manji broj grešaka i bolje rešavali kritične situacije tokom operacije pacijenata u odnosu na one koji su manje rezilijentni. Dosadašnja istraživanja su u odnosu na rezultate veoma kontradiktorna, pa tako ima onih koja govore o tome da lekari drugih specijalnosti imaju manji stres na poslu u odnosu na hirurge, neki drugi smatraju da hirurzi imaju manje stres na poslu od drugih lekara, a ima i onih koji tvrde da je stres na poslu hirurga i drugih lekara isti. Iako su se ova istraživanja bavila stresom na poslu, pitanjem razlika između hirurga i lekara drugih specijalnosti u odnosu na rezilijentnost nije se bavilo do sada nijedno istraživanje, te će stoga jedan od ciljeva ove studije biti i da odgovori na ovo pitanje.

AFEKTIVNO VEZIVANJE

Značaj ranog iskustva za razvoj čovekove ličnosti, isticali su pre svega filozofi, počevši od Platona, preko Loka, Džejmsa Mila, da bi dosta godina kasnije, jedna od sada već poznatih teorija, teorija Sigmunda Frojda govorila o presudnom značaju ranog iskustva za razvoj deteta. Prema psihoanalizi, razvoj se dešava u prvih pet godina života, dete prolazi kroz određene faze razvoja (oralnu, analnu, falusnu i genitalnu fazu), a koncept ranog iskustva karakteriše ireverzibilnost. Psihoanalitičari bivaju prvi koji ističu značaj bliskog odnosa deteta sa majkom kao uslov za normalan ljudski razvoj. Nešto kasnije u okvirima psihoanalyze razvija se teorija afektivnog vezivanja, koja zapravo predstavlja teoriju o poreklu i razvoju čovekove osećajnosti. Kako je zapravo osnivač teorije afektivnog vezivanja Džon Bolbi došao na ideju da razvije ovu teoriju? Interesantno je da je Bolbi započeо rad na ovoј teoriji nešto nakon diplomiranja na Kembridžu, kada se zaposlio u domu za neprilagođene dečake. Dvojica dečaka koja su imala poremećene odnose sa majkama imali su značajan uticaj na kasniji Bolbijev rad. Posmatrajući ih, Bolbi je zaključio da su poremećaji u odnosu majka-dete

presudni za kasniju psihopatologiju. Pre nego što detaljnije opišemo teoriju afektivnog vezivanja treba pomenuti da je u Srbiji pojam afektivnog vezivanja prvi put upotrebljen od strane profesora dr Ivana Ivića, u knjizi "Čovek kao animal symbolicum" u delu koji je posvećen ranom socijalnom razvoju deteta (Ivić, 1978; prema Hanak i Dimitrijević, 2007), kao i da je teorija afektivnog vezivanja uvedena kroz prevod knjige "L' attachment" koju je priredio R. Zazo, a koja se kod nas pojavila 1980 godine pod nazivom "Poreklo čovekove osećajnosti" u prevodu Ljiljane Zec (prema Hanak i Dimitrijević, 2007).

Ipak, sam termin "attachment" kao i "attachment theory" kasnije je kod nas prevoden na više načina, pa su neki autori "attachment" prevodili kao privrženost, a "attachment theory" kao teoriju privrženosti, drugi kao emocionalnu vezanost, osećajnu vezanost, a bilo je i onih autora koji su smatrali da originalni termin ne treba ni prevoditi. U tom smislu u našoj sredini još uvek ne postoji slaganje istraživača koji se bave ovom problematikom oko prevoda nekih osnovnih termina vezanih za teoriju Džona Bolbija. U ovom radu za "attachment" ćemo koristiti termin afektivna vezanost, a za "attachment theory" termin teorija afektivnog vezivanja.

TEORIJA AFEKTIVNOG VEZIVANJA

Teorija afektivnog vezivanja nastala je pedesetih godina XX veka. Njen osnivač Džon Bolbi smatrao je da je potreba deteta za majkom primarna potreba, kao što su glad ili seksualni instinkt, a ne sekundarna, i da je odnos koji dete ima sa majkom najznačajniji za kasnije formiranje ličnosti. Bolbi uvodi pojam afektivnog vezivanja (da bi napravio razliku u

odnosu na pojam zavisnosti koji je korišćen u psihoanalizi) pod kojim podrazumeva neravnopravan, specifičan odnos koji se formira u najranijem detinjstvu između majke i deteta i traje kroz čitav život.

Empirijske dokaze Bolbi je pronalazio posmatrajući separaciju deteta od majke. Razlog da posmatra upravo separaciju na ranom uzrastu, potekla je od posmatranja ponašanja dečaka u domu za problematičnu, neprilagođenu decu u kojem je radio kao vaspitač. Domska deca su u svojim ranim godinama bila dugo odvajana od majke, a Bolbi je posmatranjem i izučavanjem specifičnih slučajeva iz doma došao do zaključka da deca koja su bila dugo i rano odvajana od majke postaju "distancirana", "bezosećajna" i sklona problematičnom ponašanju. Iako psihoanalitičar, Bolbi je odlučio da se odvoji od psihoanalyze i sa svojim pristalicama kreće u istraživanja odvajanja tj. separacije deteta na ranom uzrastu i posledica koje takvo odvajanje može imati za razvoj deteta. Značajniji i jedan od ranijih radova na ovu temu, nastao na osnovu podataka koje su sakupili njegovi saradnici pod nazivom "Uznemirenost usled razdvajanja" govori da su deca koja su rano izgubila roditelje ili odvajana od roditelja doživljavala intenzivna osećanja čežnje, jada, bola, protesta, apatije i povlačenja (Bowlby, 1969).

Iako je tradicionalna psihoanaliza dala posebno mesto proučavanju separacije i na neuznemirenost deteta usled odvajanja gledala kao na dokaz zrelosti, Bolbi se sa tim tumačenjem nije slagao. On je smatrao da uznemirenost deteta na odvajanje jeste posledica upravo dobro uspostavljenih primarnih odnosa sa značajnim drugima, te da se kod odvajanja deteta od roditelja prekida biološki uslovljen mehanizam koji je

univerzalan i urođen. U tom smislu, ne reagovanje deteta na ovaj način usled odvajanja od roditelja, prvenstveno majke, značilo bi da dete nije izgradilo sigurnu afektivnu vezu tj. da postoji oštećenje u emocionalnim odnosima.

Na osnovu studija Bolbi zaključuje da postoje tri faze reakcija na razdvajanje:

1. *Faza protesta*, uznemirenosti usled razdvajanja u kojoj dete aktivno negoduje, plače, buni se, traži roditelje, odbija saradnju sa osobljem.
2. *Faza očajanja*, bola, tuge, plakanja kada dete "shvata" da majka neće doći. Ovo je faza akutnog bola.
3. *Faza poricanja*, povlačenja, odnosno odustajanja od voljenog objekta.

Negde u isto vreme kada je Bolbi predstavio svoju ideju u Londonu, 1958 godine, u Americi zoopsiholog Hari Harlou dolazi do istog zaključka. Harlou eksperimentiše sa rezus majmunima. Tek rođene majmunčiće odvaja od majke i stavlja u kavez sa dvema veštačkim majkama. Jedna "majka" je žičana konstrukcija, ali sa flašicom mleka, a druga platnena i mekana, ali bez ikakve hrane. Postavlja pitanje koju će majku majmunčići više "zavoleti" i sa kojom će provoditi više vremena. Iako se na osnovu tadašnjih učenja psihoanalize i teorija učenja moglo očekivati da će se majmunčići vezati za majku koja obezbeđuje zadovoljavanje primarne potrebe tj. potrebe za hranom, bebe rezus majmuna provodile su dane na mekanoj, toploj majci odlazeći do flašice mleka samo kada su gladne. Na osnovu ovih eksperimenata, Hari Harlou, kao i Džon Bolbi, zaključuje da zadovoljenje potrebe za hranom pri uspostavljanju afektivne veze između majke i deteta ni u kom

slučaju ne igra primarnu ulogu koja mu se obično pripisuje. I kod novorođenčeta najranijeg uzrasta potreba za kontaktom i traženje majčine blizine idu ispred gladi.

Bolbijeva ideja o potrebi deteta za majkom kao primarnoj, značila je i shvatanje da je dete primarno socijalno biće, što je bilo revolucionarno za tadašnju „klimu“ u psihologiji. Želeći da dokaže održivost svoje ideje, koja je bila suprotna tadašnjim učenjima, Bolbi se okreće etologiji i filogenetskom ispitivanju potrebe deteta za majkom. Zaključuje da je potreba deteta za majkom bazičan oblik ljudskog ponašanja (Bowlby, 1958), i pod uticajem učenja Konrada Lorenca o guskama i mladuncima koji se u prvim danima života okreću prema objektu koji je u pokretu (fenomen utiskivanja), Bolbi govori o afektivnoj vezanosti kao utiskivanju ljudske vrste. U tom kontekstu predispozicija za afektivno vezivanje nalazi se u čitavom životinjskom svetu, a biološka funkcija afektivnog vezivanja je zaštita.

U svojim ranim radovima Bolbi je prenaglašavao uticaj ranih iskustava u odnosu dete-majka, zbog čega je bio i kritikovan, da bi kasnije promenio neka od svojih razmišljanja u pravcu ne samo separacije i njenog značaja već i kontinuiranog kvaliteta majčine nege i prijemčivosti za detetove potrebe. Razvoj teorije afektivnog vezivanja tokom sedamdesetih godina vodio je pomeranju fokusa istraživača sa separacije ka posmatranju kontinuiranog odnosa deteta sa figurama nege (prvenstveno majkom) i formalnog porodičnog okruženja. Tako teoretičari afektivnog vezivanja govore ne samo o ranim iskustvima, njihovom poreklu i prirodi, već i o tome da je kvalitet odnosa sa osobom koja brine o detetu značajan za formiranje modela sebe i drugih. Ti unutrašnji modeli jesu spona koja povezuje rana i kasnija iskustva, a afektivne veze formirane u detinjstvu u odrasлом dobu prenose se

sa figure roditelja na partnera. Na ovom mestu treba nešto ukratko reći i o unutrašnjim radnim modelima. Kao posledica ponavljanih i svakodnevnih iskustava deteta sa majkom, dete počinje da gradi sliku o sebi i sliku o drugima (u prvom redu majke). U odnosu na majčinu responzivnost na signale deteta, njenu osetljivost i dostupnost za njegove potrebe, dete gradi sliku o sebi kao biću manje ili više dostoјnom majčine pažnje i sliku o majci kao osobi koja je tu ili nije tu kada mu je potrebna. Ovi mentalni modeli sadrže lična uverenja i očekivanja kako radi sistem afektivnog vezivanja, pa tako dete svoje ponašanje organizuje kako bi dobilo pažnju od strane majke. Ako majka najviše i najčešće reaguje na bolest ili plač, dete će bitibolešljivo ili plaćljivo; ako je majka topla i responzivna dete će biti opušteno i sigurno; a ako majka uopšte ne reaguje u bilo kojoj situaciji, dete će prestati da šalje signale i postaće zatvoreno i nepoverljivo. Može se zaključiti da se kognitivno-afektivne strukture (radni modeli) razvijaju kao posledica bihevioralnih obrazaca. Unutrašnji radni modeli, nastaju kroz interakciju sa majkom kao odgovor na detetovu primarnu potrebu za afektivnom vezom.

Na kraju ovog kratkog prikaza teorije afektivnog vezivanja, treba pomenuti i obrasce afektivnog vezivanja kod dece koje je opisao Bolbi, a koji su posledica individualnih razlika u odgovorima koje su deca imala na ponašanje majke. Bolbi je naime smatrao da se iskustva koje dete ima u odnosu na osobu koja brine o njemu mogu podeliti na sigurna i nesigurna (Bowlby, 1969). Sigurni obrasci karakterišu decu koja su dobijala zaštitu kada im je bila potrebna, koja istražuju samopouzdano, koja su svesna dostupnosti i podrške onoga ko o njima brine. Roditelj deteta sa sigurnim obrascem je responzivan i pouzdan za dete, što omogućava stvaranje

unutrašnjeg radnog modela u kojem dete i sebe i osobu koja o njemu brine vidi kao vrednog pažnje i ljubavi i sa tim prepostavkama stupa u sve druge odnose tokom razvoja. Nesigurni obrasci nastaju kada ponašanje afektivnog vezivanja naiđe na nekonzistentnost, odbacivanje ili pretnju. Dete sa nesigurnim obrascem afektivnog vezivanja najčešće ima hladnu i distanciranu majku. Zbog toga stvara radni model u kojem je svet opasno mesto i gde se mora biti oprezan, a sebe vidi kao biće koje nije vredno i nedostojno je ljubavi. Kako majka ne odgovara na detetove potrebe, usled anksioznosti, dete se prilagođava figuri afektivnog vezivanja, umanjuje sopstvene potrebe za vezivanjem i ostaje u distanciranom odnosu sa majkom. To što su odbačeni od strane majke ova deca doživljavaju kao lični nedostatak. Bolbi smatra da su ovako formirane rane afektivne veze relativno stabilne i trajne, te da se tokom života i pored kasnijeg iskustva koje može biti različito u odnosu na rano iskustvo veoma teško menjaju. Bolbi takođe smatra da nisu samo majke koje odbacuju ili su distancirane loši unutrašnji modeli, već da to mogu biti i majke čije je ponašanje nepredvidivo i koje na taj način stvaraju anksioznost kod deteta, pa se može govoriti o anksionom afektivnom vezivanju. Ova deca, kako bi dobila minimum pažnje i naklonosti majke, koja je nedosledno responzivna, povećavaju svoj zahtev za pažnjom i na taj način razvijaju preteranu zavisnost.

Obrasce afektivnog vezivanja koje je opisao Bolbi razrađuje Meri Ejnsvort, profesor razvojne psihologije na Univerzitetu u Torontu, radeći istraživanje u selima Ugande i prateći dijade majke-deca, a kasnije nastaje i veliko istraživanje poznato kao Baltimor projekat tj. „situacija sa strancem“ (Ainsworth et al.,

1978). Rezultat ovih studija jeste precizno određenje obrazaca ili tipova afektivnog vezivanja:

Tip „A“ ili nesigurna/povučena afektivna vezanost (radni model majki kao dosledno odbijajućih)

Nesigurne, povučene bebe kroz svoja svakodnevna iskustva razvijaju radne modele majki kao dosledno odbijajućih. Majka dosledno ne reaguje na potrebe deteta, iako može biti prisutna i voditi računa o detetu na način koji je nimalo povezan sa emocijama i signalima koje dete šalje. Ova deca, prema M. Ejnsvort, u eksperimentalnoj situaciji pošto ih majka ostavi, ne traže majku, ne plaču i pokazuju malo otvorenih znakova žalosti. Njihova igra je zakočena, bez istraživanja. Ne reaguju ni na odlazak, ni na dolazak majke, naučeni da njihova očekivanja ne mogu biti ispunjena i da je ovakvo ponašanje potrebno majci.

Tip „B“ ili sigurna afektivna vezanost (radni model majke kao sigurno dostupne)

Zahvaljujući tome što je majka dosledno responzivna i dostupna u svakodnevnom iskustvu deteta, ono stiče poverenje u nju, biva sigurno i razvija model sigurne dostupnosti majke. Ove bebe su sigurne da će majka uvek odreagovati na sve signale koje joj šalju (npr. smeh, plač). U eksperimentalnoj situaciji to znači da će beba koja je sigurna u svoju majku, kada je majka prisutna energičnije istraživati sredinu, nego kad je majka odsutna ili prisutan stranac. Beba će biti uznenirena majčinim odlaskom, zbog čega će je tražiti, a kad se ona vrati "utonuti" u sigurnost zagrljaja, smiriti se i vratiti zanimljivoj igri. Ove majke su sigurna baza za istraživanje, kao i uteha posle odvajanja. Sigurne bebe u stanju su da istražuju sredinu i da se zaigraju. Sigurnost u majčinu dostupnost čini ih spremnim da se

prepuste nepoznatim i novim situacijama i iskustvima, jer su naučile su da je osoba koju vole dostupna i pouzdana i da će ponovo biti sa njima kad je potraže.

*Tip "C" ili nesigurna / ambivalentna afektivna vezanost
(radni model majke kao nesigurno dostupne)*

Ambivalentne, nesigurne bebe razvijaju radni model majki kao nedosledno dostupnih. Pošto majka selektivno reaguje na signale koje dete šalje, beba postaje nesigurna u njenu dostupnost. Posledice ovakvog radnog modela su da beba razvija izraženije emocionalno vezivanje za majku (emocionalno zavisna, tzv. lepljiva deca), pojačano je nadgleda i kontroliše iz straha da je ne izgubi, a kako je sva pažnja usmerena ka majci, dete ima nedovoljno pažnje i interesovanja za sredinu (slabiji je razvoj istraživačkih sposobnosti). U eksperimentalnoj situaciji, ove bebe plaču kad majka ode, ali ih i ne smiruje njen povratak, već kad ona dođe ljute se, plaču i udaraju. Ova deca traže kontakt, ali ne mogu da se smire, a ponekad čak iako su plakala u odsustvu majke i tražila je, kada se ona pojavi izbegavaju je ili je odbijaju.

Tip "D" ili Nesigurno dezorganizovane bebe

Ova grupa je izdvojena naknadno, kada su istraživači proučavali decu čiji su roditelji bili zlostavljeni (Crittenden, 1989.) ili su patili od manijačno-depresivne psihoze (Radke - Yarow et al., 1985.). Rezultati istraživanja pokazali su da se neka deca nisu mogla klasifikovati ni u jednu od ponuđenih kategorija. Za ovu decu bilo je karakteristično da su postojali različiti indeksi dezorientacije kao što su padanje ili penjanje pri ulazu roditelja u sobu, ukočenost svih pokreta i sl. Proučavanja na Berkli univerzitetu i tzv. "Charlottesville studije" (Ainsworth & Eichberg, 1991), potvrđuju postojanje

iracionalnog mišljenja kao odgovora na traumu kod roditelja dece tipa "D".

Zaključak Meri Ejnsvort i njenih saradnika na osnovu svih sprovedenih studija bio je da su određeni tipovi afektivne vezanosti deteta rezultat kvalitativno različitih interaktivnih iskustava sa majkom.

AFEKTIVNA VEZANOST U ODRASLOM DOBU

Bolbi je smatrao da „poverenje u dostupnost i podršku osobe za koju smo vezani, predstavlja značajan uslov sigurnog funkcionisanja u toku čitavog životnog veka osobe” (Bowlby, 1969). Još je Bolbi smatrao da se odnosi u partnerskim vezama mogu smatrati prototipom odraslih afektivnih veza (Bowlby, 1988). Iako je sistem afektivnog vezivanja kod odraslih drugačiji, on je aktivan i prisutan, najviše u kontekstu potrebe da budemo bliski sa osobom za koju smo vezani. I odrasle osobe imaju želju da budu u blizini figure afektivnog vezivanja (u ovom slučaju partnera) kada su uznemirene, prijatnije im je kada je partner tu, sigurniji su i imaju osećaj pripadnosti. Osnovna razlika između sistema afektivnog vezivanja u detinjstvu i u odrasлом добу је пitanje reciprociteta tj. код оdraslih sistem afektivnog vezivanja подразумева обострано пруžanje и давање паžње и подршке. Treba поменути и штвatanja Meri Ejnsvort, да постоји јасна разлика између pojma emocionalnih odnosa i pojma afektivnog vezivanja kod odraslih. Naime, она сматра да је појам afektivnog vezivanja odraslih u vezi sa pojedincem a ne sa паром, иако се заправо манифестише у пару; затим да су afektivne везе dugотrajne, а emocionalni odnosi су више променljivi, као и да однос између

dvoje ljudi nastaje kao interakcija u kojoj učestvuju njihove celokupne prošlosti. (Ainsworth, 1991). Pored toga, Ejnsvort smatra da osobe u toku života mogu imati pored osnovnih i više afektivnih veza tj. formi afektivnog vezivanja, kao što su odnosi sa prijateljima, braćom i sestrama koji mogu imati kvalitet afektivnog vezivanja.

Ako se vratimo na unutrašnje radne modele koji su formirani u detinjstvu, a u skladu sa pretpostavkama teorije afektivnog vezivanja, deo naše emocionalnosti u odrasлом добу, očekivanja, osećanja i razočaranja u mnogome će biti njima određen. Kako većina ljudi odrasta u relativno kontinuiranim okruženjima i sa doslednim iskustvima, rani unutrašnji modeli uticaće na formiranje osobina ličnosti, odnos prema partneru i sopstvenoj deci. Prema teoriji afektivnog vezivanja postoje četiri dominantna obrasca afektivnog vezivanja odraslih:

Tip "F" (Sigurna afektivna vezanost)

Sigurne bebe odrastaju u sigurne ljude. Na osnovu poverenja koje su stekli u odnosu sa majkom koja je bila dostupna i naklona, ova deca odrastaju u ljude koji imaju poverenje u sebe i doživljaj prihvaćenosti. Otvoreni su za rast i razvoj, istraživanje, samopouzdane su osobe, spremni za životne rizike i radosti. Njihovi kapaciteti da izadu na kraj sa životnim teškoćama su veliki i neopterećeni tragovima detinjstva. Partnerske veze sigurnih odlikuju se takođe poverenjem i spremnošću za otvaranje. Iz između potrebe za pripadanjem i potrebe za autonomijom postoji ravnoteža. Svojoj deci oni prenose sigurnost, toplinu direktnog kontakta,

poverenje, kao i sposobnost adekvatnog testiranja i istraživanja realnosti.

Tip "E" (Nesigurno/preokupirana afektivna vezanost)

Ambivalentna deca i kao odrasli ljudi ostaju preokupirana figurom afektivnog vezivanja. Njihov izbor bio je borba za naklonost i pažnju. Majka ove dece bila je veoma malo dostupna, nedosledno responzivna, pa su zbog toga ova deca morala da razviju strategiju povećanja zahteva za pažnjom time postajući ekstremno zavisna od figure afektivnog vezivanja razvijajući pomešana osećanja vezana za nju. Naglašeno nezrela, ova deca odrastaju u nesamostalne, tzv. "lepljive" osobe sklone konfliktima, besu i preteranom uključivanju u afektivni odnos. Okrenuti su sopstvenim očekivanjima i ne obraćaju pažnju na potrebe drugih ljudi. U partnerskim odnosima ove osobe prepoznajemo kao simbiotske partnere. Nesigurni u sebe stalno traže potvrdu da su voljeni i nikada nisu zadovoljni, dosta kontrolišu partnera i veoma su posesivni. Deca ovih osoba su izložena pritisku i prisiljena da ispunjavaju želje i potrebe ovakvih roditelja.

Tip "Ds" (Nesigurno/izbegavajuća afektivna vezanost)

Nesigurna povučena deca odrastaju u odbrambeno fokusirane ličnosti. Majka ove dece bila je dosledno odbacujuća, te su deca morala da odustanu od svojih potreba za vezivanjem umanjujući ih. Da ne bi doživela razočaranja od majke ova deca su se opredeljivala za strategiju izbegavanja, praveći distancu između sebe i majke. Praveći na neki način „oklop“ u detinjstvu oni sa tim ulaze u partnerske i sve druge odnose u odrasлом svetu. Kako nisu dobili kapacitet za emocionalno reagovanje ne umeju ni da daju, pa njihovi

partneri, prijatelji i deca su uz njih, a zapravo bez njih. Partnerske veze su retke, a kada u njih uđu vrlo su površni i bez očekivanja. Ove osobe su kao odrasli ljudi vrlo zatvorene i nepoverljive i često investiraju jedino u materijalna postignuća ili materijalne stvari uopšte.

Tip "U/d" (Nesigurna / neorganizovana afektivna vezanost)

Ova deca odrastaju uz roditelje koji su psihički bolesni ili fizički bili zlostavljeni. Oni imaju problem da razumeju šta se oko njih dešava i kao posledicu razvijaju osećanje straha. Kako rastu razvijaju osećanje kontrole drugih i pojačanog vezivanja. Ipak, ova kontrola i briga jesu drugaćije od ponašanja osoba sa preokupiranim afektivnim obrascem. Osobe sa neorganizovanom afektivnom vezanošću imaju neadekvatni test realnosti, bizarre reakcije, konfuznost, sklonost povlačenju, iracionalno mišljenje, bežanje od problema, jednom rečju traumu ranog detinjstva. Njihove partnerske veze su haotične i retke.

Već smo naglasili da su partnerske veze prototip sistema odraslog afektivnog vezivanja. Pored Bolbijia koji je to izložio kao ideju, razmišljanje da se partnerske veze mogu razumeti kroz teoriju afektivnog vezivanja počelo je krajem osamdesetih godina XX veka, kada su Hazan i Šejver objavili teorijski rad pod nazivom „Studija o romantičnoj ljubavi“ u kome su obrazložili zašto se partnerski odnos može shvatiti kao proces afektivnog vezivanja (Hazan & Shaver, 1987). Autori smatraju da i kod odraslih postoje karakteristike ponašanja u partnerskoj vezi iste kao u odnosima deteta i staraoca, pa se tako osoba oseća sigurnijie i bezbednije kada je partner u blizini; kada je tužna ili bolesna traži blizinu partnera kao izvora utehe ili zaštite

i sl. Takođe, vrste individualnih razlika koje su primećene u odnosima majka-dete veoma su slične u odnosima među partnerima. Autori smatraju da odrasli ljudi ulaze u partnerske odnose sa očekivanjima i verovanjima koja su stvorili o sebi i drugima na osnovu svojih afektivnih veza u prošlosti. Ovi unutrašnji radni modeli relativno su stabilni kroz životni vek osobe. Treba reći da se partnerski odnosi kao takvi sastoje iz privrženosti, brižnosti i seksa, te da afektivno vezivanje predstavlja samo jednu od komponenti partnerskih odnosa. Hazan i Šejver svoja početna istraživanja baziraju na obrascima afektivne vezanosti Meri Ejnsvort upoređujući ih sa ljubavnim stilovima koje su Li (Lee, 1973, 1988) i Sternberg (Sternberg, 1986) identificovali među odraslima. Test prinudnog izbora (Hazan & Shaver, 1988, Attachment Style Prototypes, ASP) koji su tada primenjivali podrazumevao je da se odraslim ispitanicima daju tri kratka opisa, od kojih svaki predstavlja vrstu afektivne vezanosti, onako kako bi bila doživljena od strane individue:

A - Neprijatno mi je da budem blizak ili bliska sa drugima. Teško mi je da im u potpunosti verujem, da sebi dozvolim da zavisim od njih. Nervozna ili nervozan sam kada mi se neko previše približi. Često drugi žele da budem intimnija ili intimniji nego što meni odgovara.

B - Meni je relativno lako da se zbližim sa drugima i prija mi i da zavisim od njih i da oni zavise od mene. Ne brinem o tome da će biti ostavljena/ostavljen ili da će mi neko postati suviše blizak.

C - Nalazim da drugi ne žele da budu bliski u onolikoj meri u kojoj bi ja to želela/želeo. Često se brinem da me moj

partner ustvari ne voli ili da neće ostati sa mnom. Želim da budem veoma bliska/blizak svom partneru što ponekad uplaši partnera.

Zadatak ispitanika je da se sete svojih prošlih partnerskih veza i da kažu koji od opisa najvernije odslikava način na koji su oni doživeli svoje odnose. Nakon ovih početnih istraživanja od strane Hazana i Šejvera, ustanovljeno je da ovakva metoda ima niz ograničenja, te se pristupilo konstrukciji novih instrumenata kojima bi se partnerska afektivna vezanost merila. Bolbijeva ideja da obrasci afektivnog vezivanja odražavaju radne modele sebe i drugih, bila je osnova za konstruisanje modela četiri grupe vezanosti odraslih, koju je dala Kim Bartolomev sa Devis Univerziteta u Kaliforniji (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horovitz, 1991).

Pošto unutrašnji radni modeli mogu biti pozitivni i negativni Kim Bartolomev definiše:

1. Pozitivno "ja" ("ja" je vredno ljubavi i pažnje).
2. Negativno "ja" ("ja" je bezvredno).
3. Pozitivni model drugih (druge vidimo kao dostupne i brižne)
4. Negativni model drugih (druge vidimo kao sklone odbijanju)

Ova četiri kvaliteta radnih modela sebe i drugih Kim povezuje sa utvrđenim dimenzijama partnerske afektivne vezanosti (Feeney & Noller., 1990). Unutrašnji radni model sebe povezan je sa dimenzijom anksioznosti (anksioznost zbog mogućnosti ostavljanja), a unutrašnji radni model drugih sa dimenzijom izbegavanja (sposobnosti ili nesposobnosti za bliskost). Kako je u Hazanov i Šejverovom testu prinudnog izbora izbegavanje spoj teorijski različitih oblika izbegavanja prema Kim, ona govori o

dva tipa izbegavanja - iz straha i namernog izbegavanja vezanosti. Izbegavanje iz straha nailazimo kod onih osoba koje zapravo žele bliskost ali se boje da ne budu povređene ili ostavljene te se stoga povlače i izbegavaju bliskost u partnerskim odnosima. Namerno izbegavanje vezanosti karakteristično je za osobe koje distanciranjem nastoje da sačuvaju samopouzdanje i nezavisnost, potencirajući svoj uspeh i insistiraju na sopstvenoj vrednosti. Model od četiri obrasca afektivne vezanosti odraslih koji predlaže Kim Bartolomev izgleda ovako:

		MODEL SEBE (Zavisnost)	
		Pozitivno (niska zavisnost)	Negativno (visoka zavisnost)
Pozitivno (nisko izbegavanje)	MODEL DRUGIH (Izbegavanje)	SIGURNOST Dobar odnos intimnosti i autonomije	PREOKUPIRANOST Preokupiranost (prema M. Main) Ambivalentnost (prema Hazanu) Visoko zavisni
	Negativno (visoko izbegavanje)	ODBACIVANJE Poricanje afektivnog vezivanja Odbacivanje (prema M. Main) Naglašena nezavisnost	PLAŠLJIVOST Strah od vezivanja Izbegavanje (Hazan) Socijalno povlačenje

*Preuzeto iz „Handbook of Attachment“, J. Cassidy & P. Shaver, 1999

Na osnovu ovog teorijskog konstrukta Kim Bartolomev je konstruisala "Upitnik o bliskim vezama" ("Relationship Questionnaire", RQ, Bartholomew & Shaver, 1998), a istovremeno u Adult Attachment Laboratoriji, Dejvis Univerziteta u Kaliforniji, Filip Šejer je sa kolegama (Brennan, Clark & Shaver, 1998) konstruisao test koji se takođe bazira na modelu četiri opisane grupe afektivnog vezivanja "Skala za ispitivanje

bliskih odnosa" (Experience of Close Relationships Scale, ECR, Brennan, Clark & Shaver, 1998). U ovom testu do dimenzija afektivne vezanosti dolazi se na osnovu faktorske analize (faktor anksioznosti i faktor izbegavanja). Test ECR je jedan od najčešće korišćenih mernih instrumenata odrasle afektivne vezanosti.

ISTRAŽIVANJA ODRASLE AFEKTIVNE VEZANOSTI

Dosadašnja istraživanja partnerske afektivne vezanosti mogla bi se prema Stefanović-Stanojević (Stefanović-Stanojević, 2002, str.89) grupisati u sledeće kategorije:

1. Istraživanja povezanosti stilova ljubavi i obrazaca afektivnog vezivanja;
2. Istraživanja odnosa unutrašnjih radnih modela i kvaliteta partnerskih veza;
3. Istraživanja aspekata partnerskih, ljubavnih veza značajnih za partnerske odnose;
4. Istraživanja partnerskih obrazaca u stresnim okolnostima;
5. Istraživanja partnerskih odnosa kao spoja seksualnosti, pažnje i vezanosti.

Ukratko ćemo se osvrnuti na navedene kategorije istraživanja.

Interesovanje istraživača za fenomen ljubavi i obrasce afektivne vezanosti razmatrano je u okviru aktuelnih teorija ljubavi kao što su Teorija ljubavnih stilova Lija (Lee, 1973, 1988) i Stenbergov model ljubavi (Stenberg, 1986). Rezultati istraživanja su pokazali da postoji povezanost između određenih stilova ljubavi i obrazaca afektivnog vezivanja

(Hazan & Shaver, 1988), kao i da postoji pozitivna povezanost između sigurnog afektivnog vezivanja i dobrog funkcionisanja veze (Levy & Davis, 1988). Istraživanja Simpsona dala su rezultate o individualnim razlikama u regulaciji negativnih emocija i kvaliteta veze u odnosu na obrazac afektivnog vezivanja, pa su osobe sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti imale emotivno kvalitetnije veze i bolje regulisale negativne emocije u vezi (Simpson, 1990).

Drugu grupu istraživanja činila su ona koja su izučavala unutrašnje radne modele i obrasce afektivnog vezivanja odraslih. Istraživače je interesovalo da li unutrašnji radni modeli utiču na stabilnost ili nestabilnost u partnerskoj vezi. Rezultati su govorili u prilog tome da radni modeli upravljaju iskustvom u partnerskim vezama kao i da na svaki radni model utiču iskustva iz veze (Feeny, Noller & Callan, 1994; Senchak & Leonard, 1992, prema Stefanović-Stanojević, 2002).

Istraživanja nekih aspekata partnerske veze i obrazaca afektivnog vezivanja pokazala su da osobe sa sigurnim obrascem imaju više poverenja u partnera i zadovoljnije su svojom vezom (Levy & Davis, 1988; Simpson, 1990). Kolins i Rid u svojim istraživanjima koristeći dimenzionalni pristup govore o povezanosti kvaliteta veze sa anksioznošću kod žena i izbegavanjem kod muškaraca. Tačnije, obrasci vezanosti partnera kod žena su najviše povezane sa dimenzijom anksioznosti a kod muškaraca sa dimenzijom izbegavanja (Collins & Read, 1990). Zadovoljstvo brakom i komunikacija u braku kao važni aspekti bračne veze u velikoj meri jesu povezani sa obrascima afektivne vezanosti partnera (Feeney et al., 1994).

Što se istraživanja stresnih okolnosti i obrazaca afektivne vezanosti tiče, detaljniji prikaz istraživanja biće dat u nastavku, ali se ovde samo ukratko možemo osvrnuti na neke od rezultata istraživanja. S obzirom na biošku osnovu afektivnog vezivanja prepostavka je da se u stresnim situacijama ovo ponašanje automatski aktivira. Istraživači su proučavali kako spoljašnji stres može uticati na ponašanje vezivanja među parovima i došli do rezultata da na traženje i pružanje podrške utiču obe dimenzije i anksioznost i izbegavanje (Simpson et al., 1992). Razlike obrazaca vezanosti u reagovanjima u stresnom okruženju proučavane su i u kontekstu raketnih napada u Izraelu, tokom rata u Persijskom zalivu (Mikulincer, Florian & Weller, 1993). Osobe različitih obrazaca vezanosti razlikovale su se u emocionalnim reakcijama na napade, kao i strategijama za prevazilaženje stresa. Sigurne osobe su najčešće pružale i tražile podršku drugima, izbegavajuće osobe su pokazivale tendenciju "ignorisanja situacije", a ambivalentne osobe su se fokusirale na svoja emocionalna reagovanja. Ovi rezultati podržavaju stanoviše da je sigurna vezanost povezana sa konstruktivnim reagovanjem na stres, a nesigurna sa nekonstruktivnim. Pored ovih, neka druga istraživanja bavila su se načinom reagovanja osoba različitih obrazaca afektivne vezanosti na situacije koje mogu biti preteće njihovim afektivnim vezama (odsustvo partnera, konflikt u vezi, udaljenost partnera i sl.). Rezultati su pokazali da su muškarci i žene sa sigurnim obrascem pokazivali veće zadovoljstvo vezom i manji konflikt u vezi nakon ponovnog viđenja u odnosu na nesigurne (Cafferty et al., 1994; Simpson et al., 1996). Pored toga istraživanja su pokazala da pozitivni model sebe može služiti kao protektivni faktor za funkcionisanje osobe (McLewin & Muller, 2006), kao i da unutrašnji radni

modeli utiču ne samo na strategije prevladavanja stresa već i kvalitet adaptacije na zahteve sredine u stresnim okolnostima (Collins & Read, 1990).

Najzad, istraživanja partnerskih odnosa kao spoja seksualnosti, pažnje i vezanosti pokazala su da afektivno vezivanje jeste osnov svake partnerske veze, jer unutrašnji radni modeli koji su rano formirani utiču na izražavanje kako pažnje tako i seksualnosti u partnerskoj vezi (Shaver et al., 1996). Pored toga, istraživanja pokazuju i da se afektivna vezanost može posmatrati i u kontekstu prijateljskih odnosa u odrasлом добу, kao značajne forme vezivanja odraslih. Rezultati u našoj sredini pokazuju da su „karakteristike prijateljskih odnosa u značajnoj meri povezane sa ličnim konstruktima koje osoba formira“ (Hedrih i Želeskov Đorić, 2009, str.1256).

U našoj sredini teorijom afektivnog vezivanja istraživači su počeli da se bave nešto kasnije u odnosu na svetsku literaturu. Iako se Bolbijeva teorija izučavala u okviru razvojne psihologije sve do magistarske teze T. Stefanović-Stanojević na temu transgeneracijskog pristupa afektivnom vezivanju (Stefanović-Stanojević, 2002) ova teorija nije dobila mesto koje joj pripada u istraživanjima u našoj sredini. Nakon ovog rada počinje ekspanzija istraživanja iz oblasti afektivne vezanosti, a prema Hanak i Dimitrijević (2007) pozicija teorije afektivnog vezivanja u Srbiji mogla bi se oceniti kroz najmanje tri doktorske disertacije odbranjene na ovu temu, više od šest magistarskih radova i preko petnaest diplomskih radova. Jedna od studija bavila se i partnerskom afektivnom vezanošću i self konceptom kod anksiozno-depresivnih pacijenata. Rezultati ovog istraživanja su između ostalog pokazali „da se anksiozno-depresivne osobe statistički značajno razlikuju od osoba iz opšte

populacije po obrascu partnerske afektivne vezanosti“ (Želeskov Đorić, 2007, str.129).

Na kraju, neka od poslednjih istraživanja u našoj sredini, postavljaju pitanje odnosa između dimenzija afektivnog vezivanja i bazične strukture ličnosti, implicirajući “zavisnost konstrukta afektivnog vezivanja odraslih u odnosu na bazične crte ličnosti” (Želeskov Đorić i Međedović, 2011, str. 20).

ISTRAŽIVANJA ODRASLOG AFEKTIVNOG VEZIVANJA I REZILIJENTNOSTI

Činjenica je da se neki ljudi bolje nose sa stresom u odnosu na druge. Odgovor na pitanje zašto je to tako nije nimalo jednostavan, jer na rezilijentnost ili otpornost na stres mogu uticati različiti faktori. Pozitivno okruženje u detinjstvu jedan je od faktora koji može predstavljati dobru osnovu za razvoj rezilijentnosti. Ljudi koji su imali tople i sigurne odnose sa roditeljima u kasnijem životu bili su boljeg mentalnog zdravlja. Takođe, pozitivno okruženje u detinjstvu može dovesti do razvoja „rezilijentne“ ličnosti. Na koji način? Prema trogodišnjoj studiji sprovedenoj u Velikoj Britaniji pod vođstvom profesora Mela Bartlija način na koji se roditelji ponašaju prema detetu ima efekta na to koliko će ta deca biti rezilijentna kada se kasnije u životu sretnu sa problemima. Obrazac afektivnog vezivanja formiran u detinjstvu u odrasлом dobu utiče na to kako se osoba oseća i ponaša u različitim vrstama odnosa, a naročito kako će se osoba ponašati u situaciji pretnje ili stresa (Bartley, 2006). U studiji koju su sproveli ovi istraživači rezultati su pokazali da se kod odraslih ljudi obrazac afektivnog vezivanja može smatrati izvorom rezilijentnosti u situacijama stresa na poslu kao što su

gubitak posla ili izloženost veoma stresnom ili rizičnom poslu. Osnova na kojoj se gradi rezilijentnost u detinjstvu podrazumeva ne samo sigurni obrazac afektivne vezanosti, već i socijalnu podršku kao i dobre modele od kojih dete može da uči. Kod odraslih, za rezilijentnost postaju važni i prihvatanje realnosti, smislenosti života kao i mogućnost da se aktivno menja način na koji živimo. Ali vratimo se istraživanjima.

Studije u Sjedinjenim Američkim Državama potvrdile su da je način reagovanja na stres kod dece povezan sa obrascem afektivnog vezivanja, tako da sigurna deca imaju prednost u odnosu na nesigurnu da se izbore sa stresnim situacijama i novim životnim izazovima (Sroufe et al., 1990). Nesigurno afektivno vezivanje može se smatrati ometajućim faktorom rezilijentnosti osobe u situaciji stresa (Mikulincer & Florian, 1998) i značno utiče na veštine prevladavanja stresa (Cruz, 2006)

Lopez i Gormlej su 2002 godine sproveli istraživanje na studentima ispitujući stabilnost i promenu obrazaca odraslog afektivnog vezivanja, ustanovivši između ostalog da je kod onih studenata koji su imali sigurni obrazac afektivnog vezivanja postojala veća mogućnost regulacije negativnih emocija i bolji načini prevladavanja stresa u odnosu na one sa nesigurnim obrascima (Lopez & Gormley, 2002). Takođe, Mikulincer u svojim studijama objavljuje rezultate da osobe sa sigurnim obrascem afektivnog vezivanja pokazuju veću toleranciju na nejasne i stresne situacije i događaje (Mikulincer, 1998). Uopšteno govoreći, osobe sa sigurnim obrascem afektivnog vezivanja imaju bolju mogućnost da prime nove informacije i ponašaju se mnogo adaptibilnije u stresnoj situaciji, na taj način bivajući rezilijentne u odnosu na situaciju stresa.

S druge strane, istraživanja u Evropi, tačnije u Velikoj Britaniji potvrdila su da je rezilijentnost kod mlađih povezana sa iskustvom bar jednog toplog i pozitivnog odnosa u detinjstvu bilo sa roditeljem ili starateljem tj. sa sigurnim obrascem afektivnog vezivanja (Rutter et al., 1998). Odnos između rezilijentnosti i afektivnog vezivanja prilično je nejasan, pa se govori čak o konceptualnom preklapanju između rezilijentnosti i teorije afektivnog vezivanja (Howe, 1995; Schofield, 2001), a neki autori smatraju da teorija afektivnog vezivanja i jeste jedna od teorija koja zapravo govori o konceptu rezilijentnosti (Cleveland, 2003). Naime, smatra se da se kod ljudi koji su imali dobar i pozitivan odnos u detinjstvu i izgradili sigurnu bazu razvija mogućnost za aktivno istraživanje i stvara osećaj poverenja u sebe i svoje sposobnosti u odrasлом dobu. Nega koju su dobili u detinjstvu čini ih spremnim da se bolje nose sa novim i stresnim okolnostima u životu, akumulirajući i razvijajući na taj način protektivne faktore rezilijentnosti (Newman & Blackburn, 2002; Rutter et al., 1998).

Ljudi koji su rezilijentni imaju moglo bi se reći stabilan život. Iako odnos između stabilnosti u životu individue i afektivne vezanosti nije istraživana, može se prepostaviti da stabilnost jeste povezana sa afektivnim vezivanjem (Jackson & Thomas, 2001; Jackson, 2002), kao i da osećanje sigurnosti jeste važno i neophodno da osoba čak i u sredini koja je multietnička i multikulturalna može razviti rezilijentnost (Barn et al., 2005).

Novija istraživanja pokazala su da obrasci afektivnog vezivanja odraslih utiču na način i vrstu odgovora osobe u situaciji stresa. Osobe koje imaju nesigurne obrasce afektivne vezanosti, preciznije preokupirani obrazac vezivanja će u situaciji koja je stresna akcentirati negativne i preteće aspekte situacije, dok će osobe sa

izbegavajućim obrascem imati tendenciju da se distanciraju od situacije. U tom smislu otpornost na stres i način reagovanja individue u za nju emotivno značajne situacije povezana je sa afektivnom vezanošću osobe i to ne samo na psihološkom, već kako se u poslednjim istraživanjima navodi i na neuralnom nivou (Zilber et al., 2007). Ako se vratimo Bolbijevoj teoriji da rani odnosi sa figurom afektivnog vezivanja utiču na kognitivni i emotivni razvoj osobe, jasno je da osećanje sigurnosti ili nesigurnosti u ranom odnosu sa majkom ili osobom koja o detetu brine utiču na detetovu sposobnost da se bori sa životnim stresorima, što rezultira ili razvojem rezilijentnosti ili vulnerabilnosti. S obzirom da su obrasci afektivne vezanosti relativno stablini kroz životni vek individue, za očekivati je da i u odrasлом dobu osobe sa sigurnim obrascima afektivne vezanosti jesu rezilijentnije u odnosu na one koji imaju nesigurne obrasce afektivne vezanosti.

Veoma često se kao najvažniji elementi koji omogućavaju rezilijentnost navode briga i podrška (Thomas-Sharksnas, 2002), a smatra se i da način na koji ljudi odgovaraju na stres jeste pod uticajem bliskih članova porodice i značajnih drugih (Dweck, 1976). Koristeći model sigurnosti tj. značaja sigurnog afektivnog vezivanja, Step govori u prilog povezanosti rezilijentnosti i afektivne vezanosti. Njeni rezultati govore da način reagovanja ljudi na neizvesnost koja karakteriše stresnu situaciju može biti objašnjena i obrascima afektivnog vezivanja, kao i da su ovi obrasci veoma važni za razvoj rezilijentnosti (Stepp, 2008), što potvrđuje i skorija studija u kojoj je ustanovljeno da postoji pozitivna povezanost između sigurnog obrasca afektivne vezanosti i rezilijentnosti, a negativna povezanost između preokupiranog i plašljivog obrasca s jedne i rezilijentnosti s druge

strane (Simeon et al., 2007). Pored ove studije i neka druga istraživanja novijeg datuma takođe govore da nesigurni obrasci afektivne vezanosti povećavaju percepciju negativnih aspekata stresne situacije (Maunder et al., 2006), da je dimenzija odbacivanja koja je nastala kao razvojna posledica iskustva nedaće veoma važna za razumevanje značaja ranih iskustava kao prediktora rezilijentnosti kod odraslih osoba (Weinfield et al., 2000), kao i da dimenzija anksioznosti treba da služi kao unutrašnji izvor koji olakšava prilagođavanje stresnim životnim događajima i štiti od depresivnih simptoma (Simpson et al., 2003). Obrasci afektivnog vezivanja su pored rezilijentnosti vrlo važni za dobro zdravstveno funkcionisanje osobe, viši nivo opažanja socijalne podrške, bolje prilagođavanje novim situacijama (Brennan et al., 1995; Buelow et al., 2002; Mikulincer et al., 1993), kao i snalaženje u situacijama koje su stresne (Van Der Zee et al., 2007). Sigurni obrazac afektivnog vezivanja sprečava kod odraslih razvoj psiholoških i psihijatrijskih simptoma (Svanberg, 1998), utiče na strategije prevladavanja stresa (Bottonari et al., 2007; Schottenbauer et al., 2006), ima važnu ulogu u procesu nastajanja stresa (Hankin et al., 2005), omogućava bolju adaptaciju na stres (Priel & Shamai, 1995) i negativno je povezan sa izgaranjem na poslu (Pines, 2004). Nesigurni obrazac afektivnog vezivanja je s druge strane važan faktor vulnerabilnosti i osobe sa ovim obrascima se teže adaptiraju na stresne situacije (Rutter, 1995).

Imajući u vidu istorijski aspekt i razvoj koncepta rezilijentnosti u literaturi, Bartlej smatra da su se istraživači mnogo više bavili psihologijom rizika, dok je manje pažnje bilo posvećeno mogućnosti istraživanja obrazaca afektivnog vezivanja kao mogućeg faktora rezilijentnosti u školi ili na poslu

(Bartley i sar., 2007). Bartley smatra da se obrazac afektivnog vezivanja može smatrati protektivnim faktorom u situaciji nedaće na poslu i da može biti od značaja za razumevanje mobilnosti radnika u organizaciji.

Iako u našoj sredini nema istraživanja koja su se direktno bavila odnosom afektivne vezanosti i rezilijentnosti na poslu, treba spomenuti rad Nataše Buhe Đurović (2007) pod nazivom "Kognitivni razvoj deteta u kontekstu sigurne afektivne vezanosti" koji između ostalog razmatra odnos između stresa i afektivne vezanosti na nivou moždanog funkcionisanja, gde autorka navodi da afektivna vezanost predstavlja zaštitni mehanizam koji umanjuje reaktibilnost sistema za regulaciju stresa na neuralnom nivou.

Na kraju, na osnovu navedenih istraživanja može se reći da postoji povezanost između obrazaca afektivnog vezivanja i rezilijentnosti, bez obzira da li se obrazac afektivne vezanosti posmatra kao protektivni faktor rezilijentnosti (McLewin & Muller, 2006), opšti faktor rezilijentnosti (Mikulincer & Florian, 1998) ili izvor rezilijentnosti (Bartley et al., 2007). Smatra se da su osobe sa sigurnim obrascem afektivnog vezivanja rezilijentnije u odnosu na osobe sa nesigurnim obrascima afektivne vezanosti, naročito u situacijama velikog stresa, kao što je gubitak bliske osobe (Bonanno, 2002). S obzirom da se tema ove studije prvenstveno odnosi na zadovoljstvo poslom u kontekstu teorije afektivnog vezivanja sledi prikaz istraživanja ovog tipa.

ISTRAŽIVANJA ODRASLE AFEKTIVNE VEZANOSTI I ZADOVOLJSTVA POSLOM

Posao kojim se bavimo značajan je aspekt našeg života i predstavlja mrežu značajnih individualnih izazova za svaku osobu, noseći u sebi i rizik za pojedine individue. Veliki deo svakodnevnog vremena provodimo na poslu, pa je pitanje našeg zadovoljstva poslom dobrim delom i povezano sa našim zadovoljstvom životom. Mnoge teorije su ignorisale mogućnost povezanosti zadovoljstva poslom i zadovoljstva bliskim partnerskim odnosima (Hazan & Shaver, 1990), dok su neki autori naglašavali da teorija afektivnog vezivanja može objasniti ponašanje odraslih osoba na poslu kao i izbor profesije, uspeh u karijeri i istraživanje mogućnosti u karijeri (Altman, 1997; Bluestein et al., 1995; Brown et al., 1997; Joplin, Nelson, & Quick, 1999; Moon, 2005), da je važna za razumevanje posla i onoga što se osobi dešava na njemu (Bartley et al., 2007) kao i da su rana iskustva značajna za uspeh na poslu kod odraslih ljudi (Machenbach, 2005). Neki autori govore i o relacionom kontekstu razvoja karijere, navodeći da proces donošenja odluke na poslu i vera u samoufikasnost jesu najvažnije komponente uspešnosti u poslovnom kontekstu i da upravo osobe sa sigurnim obrascima afektivne vezanosti poseduju ove karakteristike (Ketterson & Bluestein, 1997), kao i da je osećanje sigurnosti koje omogućava unutrašnjih radni model sigurno afektivno vezanih osoba važan element prilagođavanja poslu i poslovnim izazovima (Bluestein et al., 1995).

Istraživanja povezanosti obrazaca afektivnog vezivanja i varijabli vezanih za posao pokazala su da stilovi afektivnog vezivanja jesu povezani sa radnim postignućem manje obrazovanih (Bartley et al., 2007), da se osobe sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti lakše prilagođavaju poslu (Krausz et al., 2001), da osobe sa izbegavajućim ili anksioznim obrascem afektivnog vezivanja imaju teškoća u uspostavljanju odnosa sa drugima i prilagođavanju poslovnom kontekstu (Bifulco, 2002; Hardy & Barkham, 1994), kao i da su uspeh na poslu i sigurni obrazac afektivnog vezivanja na različit način povezani u odnosu na pol (Bartley et al., 2007). Pored toga istraživanja su potvrdila da osobe sa sigurnim obrascima afektivne vezanosti mogu imati pozitivan efekat porodice i porodičnih odnosa na posao, dok osobe sa preokupiranim obascima afektivne vezanosti imaju negativan efekat porodičnog života na posao (Sumer et al., 2001), te da odnosi u porodici itekako utiču na način komunikacije radnika na poslu (Young et al., 1997). Radnici koji imaju nesigurne obrasce mnogo teže traže socijalnu podršku od kolega što je za neke poslove veoma važan aspekt posla (Rholes et al., 1999), oni radnici koji imaju anksiozne obrasce afektivne vezanosti vrlo su anksiozni u vezi samog posla i odnosa koje ostvaruju na poslu, dok su radnici sa izbegavajućim obrascima afektivne vezanosti najviše zabrinuti zbog broja sati koje provode na poslu i teškoća u odnosima u porodici i na poslu (Hardy & Barkham, 1994).

Na nezadovoljstvo poslom mogu uticati mnogi faktori, počevši od konflikta posao-porodica koji može dovesti do nezadovoljstva poslom i smanjenja učinka radnika (Quick et al., 2004), al i do lošeg kvaliteta prijateljskih odnosa na poslu (Winstead et al., 1995). Sama istraživanja zadovoljstva poslom su mnogobrojna i

uključuju motivacione, kognitivne, socijalne, biološke i mnoge druge faktore koji mogu doprineti zadovoljstvu poslom. Ovde ćemo prikazati samo ona istraživanja koja su na neki način direktno ili indirektno govorila o povezanosti obrazaca afektivnog vezivanja i njihovog uticaja na zadovoljstvo poslom.

Pre svega treba reći da postoji samo par studija koje su se bavile odraslim afektivnim vezivanjem i zadovoljstvom poslom.

Prva studija koja se bavila povezanošću obrazaca afektivne vezanosti odraslih i ponašanja na poslu sprovedena je od strane Hazana i Šejvera još devedesetih godina XX veka. Oni u svom istraživanju nalaze da su osobe sa sigurnim obrascem zadovoljnije poslom, odnosima sa kolegama na poslu, imaju veće poverenje u kolege i smatraju da ih oni vide pozitivno, zadovoljniji su platom, napredovanjem i bolje balansiraju posao i porodicu od onih osoba koje imaju nesigurne obrasce afektivne vezanosti (Hazan & Shaver, 1990).

Kasnija istraživanja zadovoljstva poslom i obrazaca afektivnog vezivanja potvrdila su da osobe sa sigurnim obrascem percepiraju da imaju bolju podršku na poslu, manji radni napor i zadovoljniji su poslom u odnosu na osobe sa nesigurnim obrascima afektivne vezanosti (Hardy & Barkham, 1994).

Jedno od skorijih istraživanja zadovoljstva poslom i obrazaca afektivnog vezivanja u kome su uzorak bili inžinjeri pokazalo je da su radnici sa sigurnim obrascem bili najzadovoljniji poslom, a osobe sa izbegavajućim obrascem afektivne vezanosti najmanje zadovoljne poslom (Krausz et al., 2001). Druga studija u kojoj su uzorak činili radnici zaposleni na fakultetima pokazala je da postoji tendencija da su osobe sa sigurnim obrascem koje rade u akademskim ustanovama

zadovoljnije poslom u odnosu na one osobe koje imaju nesigurne obrasce afektivne vezanosti (Schirmer & Lopez, 2001), tako da se može reći da obrasci afektivnog vezivanja u jednom domenu (bliske partnerske veze) mogu imati uticaja u drugom domenu (posao).

Pregledom naučnih baza i dostupne literature možemo zaključiti da je polje organizacione psihologije sa aspekta teorije afektivnog vezivanja nedovoljno istraženo i da bi nove studije svakako predstavljale doprinos razvoju ove oblasti. S obzirom da predmet izvedene studije predstavljaju lekari, slede istraživanja obrazaca afektivnog vezivanja na ovoj subpopulaciji.

AFEKTIVNA VEZANOST ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Kada govorimo o teoriji afektivnog vezivanja kod zdravstvenih radnika možemo postaviti pitanje: "Zašto baš ovu teoriju koristimo kao referentni okvir u proučavanju rezilijetnosti i zadovoljstva poslom kod lekara?" Odgovor mogu dati istraživanja koja slede.

Rezultati nekih istraživanja pokazuju da je anksioznost (koja je jedna od dve dimenzije afektivne vezanosti) kod lekara veoma retko merena (Firth-Cozens, 2007), da porodični život utiče na rad lekara (Dumelow et al., 2000), kao i da je za lekare veoma važna radna klima koja podrazumeva socijalnu podršku od kolega i nudi sigurnu mrežu odnosa na poslu (Gundersen, 2001; Suchman & Ramamurthy, 1997). Kako je lekarska profesija najstresnija, autori koji su se bavili stresom lekara ističu da obraćanje pažnje na neprofesionalni život lekara može imati

protektivni efekat na stres (Garfinkel et al., 2001), da je balansiranje posla i porodice važno za mentalno zdravlje lekara (Paice et al., 2002), kao i da je socijalna podrška na poslu veoma važna i može se posmatrati kao protektivni faktor protiv stresa (Luthar & Cicchetti, 2000). Postoje i istraživanja koja ističu da je traženje socijalne podrške pod uticajem i obrazaca afektivne vezanosti (Moreira et al., 2003), kao i da su osobe sa nesigurnim obrascima manje zadovoljne odnosom sa drugima (Beesley et al., 2002), što u radnom kontekstu može biti veoma značajno, naročito kod lekarske profesije, koja u mnogim specijalnostima podrazumeva timski rad i važnost odnosa sa kolegama na poslu. Što se socijalne podrške tiče interesantno je da osobe sa sigurnim obrascima vezanosti imaju visok nivo socijalne podrške, osobe sa anksioznim obrascem je usled preplavljenosti osećanjima u situaciji stresa takođe traže, dok izbegavajući najmanje traže socijalnu podršku u stresnim situacijama (Mikulincer et al., 1993). Važno je naglasiti i da su kod odraslih osoba partnerske veze veoma važan faktor socijalne podrške naročito u vreme stresa (Johnson & Williams-Keeler, 1998).

Pored stresa kod lekara je najviše istraživan koncept izgaranja na poslu (burnout), gde su rezultati pokazali da izgaranje na poslu kod lekara pored ostalog može biti povezano sa nezadovoljstvom emotivnim odnosima prema prijateljima, rođacima i bliskim osobama (Ramirez et al., 1996), kao i da balans ličnog i profesionalnog života jeste osnova prevencije izgaranja na poslu i njegovih negativnih efekata na negu pacijenata, empatiju lekara i profesionalizam (Linzer et al., 2001; Spickard et al., 2002). Interesantan je i nalaz da su bračni i emotivni problemi najčešći razlozi zbog kojih se

zdravstveni radnici obraćaju psihoterapeutu za pomoć (Katsavdakis et al., 2004).

Iako ne postoji studija koja se do sada bavila direktnom povezanošću obrazaca afektivnog vezivanja i rezilijentnosti, smatra se da kod odraslih osoba odnosi u porodici mogu biti značajni za otpornost na stres (Bartley, 2006).

Što se zadovoljstva poslom tiče, istraživanja su pokazala da konflikt posao-porodica može dovesti do nezadovoljstva poslom kao i kvalitetom života uopšte (Kossek & Ozeki, 1998; Quick et al., 2004), da su socijalni odnosi na poslu važan aspekt zadovoljstva poslom kod odraslih (Van Vianen et al., 2003), da odnos sa partnerom jeste primarni izvor podrške kod odraslih i utiče na razvoj poslovne karijere (Levinger & Huston, 1990; Schultheiss et al., 2001), kao i da su kod zdravstvenih radnika odnosi sa drugima van bolničkog okruženja važni i mogu uticati na zadovoljstvo poslom lekara (Levis et al., 1993; Warde et al., 1999).

Istraživanja koja se bave afektivnom vezanošću u drugim oblastima psihologije, kao što je i zdravstvena psihologija, potrebna su zbog mnogobrojnih dilema i neslaganja u literaturi oko toga da li obrasci afektivnog vezivanja utiču na specifične bliske veze ili i na interpersonalne relacije uopšte (Pietromonaco & Barrett, 2000). Teorija afektivnog vezivanja ne samo da je dobar teorijski okvir za ispitivanje radnog ponašanja (Hardy & Barkham, 1994), jer je ustanovaljeno da se osobe sa različitim obrascima afektivne vezanosti različito ponašaju na poslu (Hazan & Shaver, 1990), već je i značajan koncept za razumevanje odnosa lekara i pacijenta (Bruni et al., 2003; Ciechanowski et al., 2001; Ciechanowski et al., 2002;

Eells, 2001; Hunter & Maunder, 2001; Maunder et al., 2006; Thompson & Ciechanowski, 2003) kao i ponašanja samih lekara (Ciechanowski et al., 2006). Tako je ustanovljeno da oni lekari koji imaju sigurne obrasce afektivne vezanosti imaju sposobnost da intervenišu na način koji za pacijenta ne mora biti baš najkomforniji ali mu može pomoći (Thompson & Ciechanowski, 2003).

Ipak i pored toga, veoma je malo studija koje su se bavile obrascima afektivnog vezivanja lekara (Leiper & Casares, 2000). Jedno od malobrojnih istraživanja pokazalo je da lekari sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti mogu lakše da prepoznaju i odgovore na potrebe pacijenata koji su imali izbegavajući obrazac vezanosti, dok su lekari sa nesigurnim obrascima bolje razumeli pacijente sa anksioznim obrascima vezanosti (Dozier & Tyrrell, 1998). Takođe, pacijenti su zadovoljniji uslugom ukoliko osećaju da su lekari zainteresovani, da poštuju pacijenta, podržavajući su i razumeju ga (Miller & Rollnick, 1991), a obrazac afektivnog vezivanja lekara prema rezultatima dosadašnjih studija može uticati i na tretman koji lekar ima prema pacijentu (Dozier et al., 1994; Gerretsen & Myers, 2008). Jedino istraživanje do sada koje se bavilo odnosom obrazaca afektivnog vezivanja i stresa u kome su uzorak činile medicinske sestre, pokazalo je da se medicinske sestre mogu razlikovati u načinu na koji reaguju u stresnim situacijama u zavisnosti od obrazaca afektivne vezanosti (Hawkins et al., 2007). U istraživanju koje će biti predstavljeno uzorak čine hirurzi, te stoga slede neka od dostupnih istraživanja koja su sprovedena na ovoj populaciji.

ISTRAŽIVANJA AFEKTIVNE VEZANOSTI HIRURGA

Direktna istraživanja afektivne vezanosti hirurga do sada nisu rađena, iako su na više mesta naglašavani rezultati koji su indirektno veoma povezani sa teorijom afektivnog vezivanja. Istraživanja su se uglavnom bavila stresom na poslu ili izgaranjem, pa je tako još pre dvadesetak godina ustanovljeno da je za hirurge najveći izvor stresa ne radno okruženje, već disbalans posla i porodice (Green et al., 1990), koji je važan i za fenomen izgaranja na poslu (Campbell et al., 2001). Studije su pokazale da hirurzi koji su u braku imaju manje psihičkih i psihopatoloških simptoma (Sharma, 2008), da postoji jaka povezanost između porodice, disbalansa karijere i izgranja na poslu kod hirurga (Campbell et al., 2001), kao i da je jedna od strategija za poboljšanje ličnog zdravlja hirurga negovanje i zaštita odnosa i veza sa bliskim ljudima u njihovom životu, kao i dobro balansiranje posla i porodice (Balch & Copeland, 2007; Yost et al., 2005), što zapravo znači dobre odnose sa partnerima i porodicom. Rezultati nekih istraživanja ističu da je podrška partnera kod lekara veoma značajna za izgaranje na poslu, te da oni lekari koji imaju manju podršku od strane svojih supružnika imaju i veće izgaranje na poslu (Johns & Ossoff, 2005), a da manje izgaranje (burnout) imaju oni lekari koji više vremena provode sa porodicom ili sa partnerom i koji su roditelji tj. imaju decu (Sargent et al., 2004). Što se hirurga tiče, oni koji su opažali da imaju veću podršku od strane partnera i kvalitetan brak ili partnersku vezu kao i dobre odnose sa kolegama imali su manje izgaranje na poslu i bolje se nosili sa stresom (Dollard, 2003; Sargent et al., 2004). Ako

se setimo rezultata koji govore da jedna od teorija rezilijentnosti ili otpornosti na stres jeste i teorija afektivnog vezivanja (Cleveland, 2003), kao i da je rezilijentnost povezana sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti kod odraslih (Stein, 2005) a da je prototip afektivnog vezivanja odraslih zapravo partnerski odnos, uzimajući u obzir i shvatanje da je nemoguće uspešno prevazići stres bez prisustva partnerskog odnosa izgrađenog na poverenju (Stoltz, 1997), a imajući u vidu značaj dobrog balansa posla i porodice kod hirurga, čini se značajnim ispitati obrasce partnerskog afektivnog vezivanja i njihovu povezanost sa rezilijentnošću kod hirurga. Značajno je istaći da su dosadašnja istraživanja pokazala da oko 71% hirurga nema dobar balans profesionalnog i ličnog života (Kent & Johnson, 1995), kao i da 74% anesteziologa čiji je posao takođe veoma stresan, na stres odgovara tako što diskutuje sa partnerom o problemima na poslu (Kluger, 2003).

Što se zadovoljstva poslom tiče, ono kod lekara može biti i posledica dobrog odnosa sa pacijentima, osobljem na klinici i rođbinom (Ramirez et al., 1996), te na osnovu studija koje su sprovedene možemo reći da je upravo odnos sa drugima ključna komponenta zadovoljstva poslom lekara (McMurray et al., 1997), kao i da je zadovoljstvo poslom i brakom povezano sa zadovoljstvom životom uopšte (Perrone et al., 2007).

Što se hirurga tiče, istraživanja su veoma retka, a rezultati pokazuju da je zadovoljstvo poslom veće kod hirurga koji su roditelji tj. imaju decu, imaju dobar odnos sa partnerom i imaju više slobodnog vremena koje mogu provesti sa porodicom (Sargent et al., 2004). Studije takođe pokazuju da su zadovoljstvo poslom i zadovoljstvo brakom kod hirurga povezani (Lewis et al., 1993), kao i da je odnos sa suprugom ili

partnerom kod hirurga važniji od broja radnih sati za zadovoljstvo poslom (Kao et al., 2005).

Pored teorije afektivnog vezivanja, referentni okvir za istraživanje zadovoljstva poslom kod hirurga bio je i petofaktorski model ličnosti, koji će biti opisan i predstavljen u narednom delu rada nakon rezimea istraživanja iz ove oblasti.

REZIME ISTRAŽIVANJA AFEKTIVNE VEZANOSTI PARTNERSKOG TIPA

Dosadašnja istraživanja na odrasloj populaciji bavila su se povezanošću obrazaca afektivnog vezivanja sa stilovima ljubavi, unutrašnjim radnim modelima i kvalitetom partnerskog odnosa, stresnim okolnostima, kao i seksualnošću i bliskošću u partnerskoj vezi. Koncept rezilijentnosti koji u ovom istraživanju predstavlja jedan od referentnih okvira za istraživanje zadovoljstva poslom lekara proučavan je i sa stanovišta teorije afektivnog vezivanja. Nejasnoća koja postoji oko ovih koncepata, predlozi nekih autora da se zapravo radi o preklapajućim fenomenima, kao i predlogu da teorija rezilijentnosti jeste jedna od varijanti teorije afektivnog vezivanja, daju opštu sliku kompleksnosti ovog problema. Studije koje su do sada izvedene uključujući različite ispitanike (decu, studente, inžinjere) nedvosmisleno pokazuju da su osobe sa sigurnim obrascima afektivne vezanosti rezilijentnije i da se bolje snalaze u stresnim situacijama. Pored toga, sigurno afektivno vezane osobe manje izgaraju na poslu i imaju dobro mentalno i fizičko zdravlje. Za ciljeve ove studije značajnija su istraživanja koja govore o odnosu afektivnog vezivanja odraslih i nekih karakteristika posla. Rezultati su pokazali da su sigurno

afektivno vezane osobe bolje prilagođene, uspešnije na poslu, imaju veći rani učinak i lakše traže socijanu podršku od kolega na poslu. Takođe, rezultati dosadašnjih istraživanja govore da su radnici sa sigurnim afektivnim vezivanjem zadovoljniji poslom koji obavljaju.

Što se lekara tiče, istraživanja ovog tipa veoma su retka, a ova oblast primene teorije afektivnog vezivanja u zdravstvenoj psihologiji je tek na početku. Dosadašnje studije posredno govore o značaju afektivnog vezivanja partnerskog tipa za posao lekara, ističući da je balans posla i porodice za lekare jako važan, da zadovoljstvo poslom kod lekara može biti i posledica dobrog odnosa sa pacijentima, osobljem na klinici i rodbinom, da je upravo odnos sa drugima ključna komponenta zadovoljstva poslom lekara, kao i da je zadovoljstvo poslom i brakom povezano sa zadovoljstvom životom uopšte. Na kraju, istraživanja na hirurškoj populaciji iako malobrojna pokazuju da postoji povezanost između prevazilaženja stresa i porodičnih i partnerskih odnosa hirurga. Za studiju koja je urađena kod nas su još značajniji nalazi koji govore u prilog tome da su hirurzi koji imaju decu, dobar odnos sa partnerom i stabilan partnerski odnos zadovoljniji poslom, kao i da je odnos sa suprugom ili partnerom kod hirurga važniji od broja radnih sati za zadovoljstvo poslom.

PETOFAKTORSKI MODEL LIČNOSTI

Psihologija ličnosti je jedna od osnovnih psiholoških oblasti, a sam pojam ličnosti veoma je različito i široko definisan. Postoji mnogo različitih teorija ličnosti pa shodno tome i različitih definicija pojma ličnost od kojih samo Olport navodi oko pedesetak (Allport, prema Hall & Lindzey, 1983). Ipak, u poslednjih dvadesetak godina dominantna paradigma u psihologiji ličnosti svakako je petofaktorski model ličnosti. Sama ideja da se ličnost može predstaviti pomoću pet bazičnih faktora počinje tridesetih godina prošlog veka, tačnije 1932 godine, u radovima McDougall-a koji je govorio da se ličnost može analizirati kroz pet različitih faktora, a zatim par godina kasnije Gilford i Gilford takođe govore o pet faktora kojima se može opisati ličnost (Guilford i Guilford, 1936). U isto vreme, 1936 godine, Olport i Odber, na osnovu ideja nemačkih istraživača Klages-a i Baumgarten-a (Digman, 1990; prema Knežević i sar., 2004) postavljaju sledeću hipotezu:

«One individualne razlike koje su najistrajnije i društveno najrelevantnije u životima ljudi vremenom će postati kodirane u jeziku: što je takva razlika važnija, verovatnije je da će biti izražena kao jedna reč»

Ova tvrdnja kasnije je postala poznata kao leksička hipoteza. Olport i Odberst su svoje istraživanje otpočeli tako što su pokušali da identifikuju ogroman broj elemenata koji bi činili crte ličnosti, tako što su pretražili Webster's New Unabridged International Dictionary na osnovu koga su operacionalizovali 17953 engleskih termina za opis ličnosti i ponašanja (prema Knežević i sar., 2004). Nakon toga, izdvajili su 4504 termina koje su nazvali „crtama ličnosti“, a tu listu je deset godina kasnije, 1946, Rejmond Katel analizirao koristeći kompjutersku tehnologiju i faktorskom analizom došao do rezultata da ljudi sebe i druge mogu opisati pomoću 16 različitih, nezavisnih faktora. Katel je zatim konstruisao poznati 16PF inventar ličnosti koji se i danas koristi i pored mnogih kritika koje je doživeo. Kasnija istraživanja nisu nikada u potpunosti potvrdila postojanje 16 faktora ličnosti kako je Katel tvrdio, već su sva išla ka tome da bi pet faktora bilo dovoljno da se opiše ličnost. Za razvoj modela „Velikih pet“ kako se u literaturi govori o petofaktorskom modelu, značajno je i istraživanje V. T. Normana iz 1963 godine koji je još više učvrstio stanoviše da je pet faktora dovoljno da se opiše ličnost. Ipak, krajem šezdesetih godina, dolazi do jakih kritika od strane Voltera Mišela u kojima autor ističe da ličnost nije stabilna



već zavisna od konteksta, te da su testovi ličnosti potpuno neupotrebljivi i da ne mogu da predvide ponašanje koje bi bilo značajno na statističkom nivou. Nakon dvadesetak godina zatišja, početkom osamdesetih godina Goldberg i još neki od istraživača se u svojim radovima vraćaju ovoj problematici i dobijaju da se petofaktorska struktura ponavlja i na opisima ličnosti u drugim jezicima a ne samo u engleskom. Tako 1981 godine na osnovu pregleda postojećih testova ličnosti istraživači zaključuju da većina testova meri podskup od pet faktora, kao što je Norman tvrdio 1963 (Goldberg, 1981; prema Knežević i sar., 2004). Ovaj skup od pet faktora nazvan je Velikih pet.

Model Velikih pet predstavljao je zapravo teorijska zapažanja različitih autora ali ne i model ličnosti koji će tek kasnije razviti Kosta i MekRi.

Model Velikih pet i petofaktorski model se iako u osnovi imaju leksičku hipotezu, pored autora, razlikuju i po tome što petofaktorski model obuhvata i teoriju o poreklu crta ličnosti koja ističe ulogu genetskih faktora, tj. bioloških dispozicija, o čemu se u modelu Velikih pet ne govori. Pored toga instrumenti koji se koriste kod modela Velikih pet su uglavnom kratki opisi ličnosti u vidu prideva, a najpoznatiji instrument petofaktorskog modela je NEO-PI-R inventar ličnosti. Kako su faktori tj. crte ličnosti koji se dobijaju preko ova dva modela veoma slični u literaturi se Velikih pet i petofaktorski model veoma često koriste kao sinonimi (Larson et al., 2002).

Petofaktorski model ličnosti je najviše konceptualno i empirijski elaboriran u radovima Koste MekRi-a. Ovi autori su 1990 godine govorili o organizaciji crta kroz hijerarhiju, oslonivši se na ranija identifikovanja različitih nivoa crta

ličnosti, od konkretnih ponašanja koja su operacionalizovana specifičnim crtama, pa do široko obuhvatnih dimenzija ličnosti. Oni su u svom razvoju petofaktorskog modela krenuli od utvrđivanja najširih i najuticajnijih „tema“ koje se javljaju u proceni ličnosti pa do najspecifičnijih (Costa & McCrae, 1994; prema Knežević i sar., 2004). Većina istraživača slagala se da postoji pet dimenzija najvišeg nivoa, ali se istraživači nisu slagali po pitanju specifičnih crta, hijerarhijski nižeg nivoa ustrojstva, predlažući veoma različit broj ovih crta ličnosti.

Kosta i MekRi su na osnovu velikog broja empirijskih provera zaključili da postoji pet opštih faktora ili dimenzija ličnosti, a da se svaka dimenzija sastoji od šest crta (Costa & McCrae, 1995) koje će biti detaljnije opisane.

DIMENZIJE PETOFAKTORSKOG MODEL A LIČNOSTI

Osnovnih pet faktora nazivaju se i domenima i podrazumevaju skupine različitih bihevioralnih, afektivnih i kognitivnih dimenzija koje se mogu na različite načine grupisati. Uže crte, hijerarhijski nižeg nivoa koje bliže određuju sadržaj osnovnih domena nazivaju se aspekti ili faceti (Knežević i sar., 2004)

U osnovne faktore ubrajamo: neuroticizam, ekstraverziju, otvorenost, saradljivost i savesnost.

Neuroticizam (N) je faktor koji se odnosi na prilagođenost i emocionalnu stabilnost u odnosu na neprilagođenost i emocionalnu nestabilnost. Neuroticizam je i opšta tedencija da se dožive negativni afekti kao što su strah, bes, tuga, uzinemirenost, krivica i druga negativna osećanja. Osobe sa

visokim neuroticizmom slabo kontrolišu impulse i iracionalno reaguju na situacije, a njihovi kapaciteti za prevazilaženje stresnih situacija su slabiji (Knežević i sar., 2004). Ove osobe stalno brinu, preterano su emotivne i anksiozne. Nasuprot tome, osobe sa niskim neuroticizmom jesu emocionalno stabilne, staložene, bolje se adaptiraju i prevazilaze stresne situacije. Uži aspekti ili faceti ovog faktora (domena) su anksioznost, hostilnost, depresivnost, socijalna nelagodnost, impulsivnost i vulnerabilnost. Ova dimenzija petofaktorskog modela je pored ekstraverzije najbolje zasnovana od svih dimenzija petofaktorskog modela i prisutna i u Ajzenkovom kao i Katelovom modelu ličnosti.

Ekstraverzija (E) se odnosi na društvenost ili socijabilnost osobe. Osobe sa visokim E ili ekstraverti su osobe koje vole da uspostavljaju odnose sa velikim brojem ljudi, pričljive, preferiraju velike skupove i grupe, samopouzdane su, vole uzbudjenja, vesele su, optimistične su i pune energije. Za razliku od njih osobe sa niskim E ili introverti jesu rezervisani, zatvoreni, bolje se osećaju kada nisu okruženi velikim brojem ljudi i umereni su u socijalnim kontaktima. To ne znači da su ove osobe nedruštvene, već im nije potrebno toliko stimulacije od spolja jer više preferiraju samoću ili manje grupe (Knežević i sar., 2004). Ova dimenzija petofaktorskog modela je sadržana i u Ajzenkovom kao i Jungovom modelu ličnosti. Uži aspekti ovog domena su: toplina, druželjubivost, asertivnost, aktivitet, potraga za uzbudjenjem i pozitivne emocije.

Otvorenost (O) ili otvorenost za iskustvo odnosi se na intelektualnu radoznalost, intraceptivnost, potrebu za promenom, estetsku senzitivnost i sklonost kao nedogmatskim stavovima. Osobe koje su visoke na ovoj dimenziji su otvorenog

duha prema unutrašnjim doživljavanjima i radoznaće prema spoljašnjim događajima. Njihov život je takav da dosta eksperimentišu, imaju nove i nekonvencionalne vrednosti i intenzivno doživljavaju i pozitivne i negativne emocije, otvorene su ka prihvatanju novih ideja i spremne da kritikuju dogme i autoritete (Knežević i sar., 2004). Nasuprot tome, osobe sa niskom otvorenosću za iskustvo su sklone konzervativnim stavovima, konvencionalno izgledaju i ponašaju se, imaju umerenije emocionalne reakcije i preferiraju poznato u odnosu na novo. Njihova interesovanja su sužena i manjeg intenziteta. Interesantno je da iako je ova dimenzija povezana sa obrazovnim statusom i intelektualnim nivoom ona nije mera inteligencije već pre divergentnog mišljenja (Knežević i sar., 2004).

Saradljivost (A) je domen interpersonalnih relacija koji uključuje poverenje, altruizam, potrebu da se pomogne drugima i saosećajnost, nasuprot cinizmu, sebičnosti i sumnjičavosti u pogledu namera drugih ljudi, kompetitivnosti i egocentričnosti. Osobe koje su visoke na A dimenziji veruju da su drugi ljudi iskreni i prijateljski nastrojeni prema njima, dobri i spremni da pomognu. Uopšteno ove osobe imaju pozitivno verovanje o drugim ljudima, što naročito može biti značajno za lekarsku profesiju koja spada u red pomagačkih profesija i gde je altruizam i saosećajnost veoma važna. S druge strane, osobe koje su niske na ovoj dimenziji nisu sklone da brinu o dobrobiti drugih već na prvo mesto stavljuju svoje lične interese i potrebe. S obzirom da su sumnjivi prema drugima, mogu biti veoma nesaradljivi što je za timski rad od naročitog značaja. Uži aspekti ove dimenzije su: poverenje, iskrenost, altruizam, popustljivost, skromnost i blaga narav.

Savesnost (C) je domen koji se odnosi na broj ciljeva kojima je neko usmeren kao i samokontrolu i pridržavanje sopstvenih principa. Prepoznaće se kroz planiranje, organizaciju, izvršenje obaveza i dužnosti. Osobe koje imaju visoko C su savesne, tačne, imaju jaku volju, usmerene su cilju i pouzdane. Visoko C povezano je sa akademskim i profesionalnim uspehom (Knežević i sar., 2004). Osobe sa niskim C više su hedonisti i bezbrižnije u pogledu ostvarivanja ciljeva, obično se prema ciljevima odnose spontano i površno. Takođe, manje ih obavezuju moralni principi u ponašanju, što ne znači da su nužno amoralni (Knežević i sar., 2004). Uži aspekti su: kompetentnost, red, osećaj dužnosti, postignuće i samodisciplina.

Veliki broj istraživanja do sada proveravao je validnost petofaktorskog modela na različitim populacijama širom sveta i validnost pet velikih faktora je u priličnoj meri potvrđena. Sledi ukratko prikaz nekih od istraživanja koja su se ovim modelom bavila.

ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODEL A LIČNOSTI

U ovom prikazu ograničićemo se na neka od istraživanja koja su navedena u knjizi „Petofaktorski model ličnosti“ G. Kneževića i saradnika iz 2004 godine. Kako autori navode sama empirijska provera ovog modela ličnosti može se posmatrati kroz četiri dela: nasledne i sredinske uticaje, kros-kulturalna istražvanja, stabilnost crta i polne razlike.

Istraživanja koja u se bavila procenom heritabilnosti dimenzija „Velikih pet“ bilo je više. Tako su Jang i saradnici

(Jang et al., 1996, prema Knežević i sar., 2004) u studiji koja je obuhvatila 123 para identičnih blizanaca i 127 parova fraternalnih blizanaca dobili rezultate da su procene heritabilnosti za dimenzije merene NEO-PI-R-om bile između 41% i 61%. Slični rezultati dobijeni su i u istraživanjima na nemačkom i kanadskom uzorku (Jang et al., 1998; prema Knežević i sar., 2004), kao i nekim drugim istraživanjima, te se može opravdano govoriti o znatnoj genetskoj uslovljenoći individualnih razlika na skorovima merenih NEO-PI-R-om.

Što se kros-kulturalnih istraživanja tiče, jedno od skorašnjih koje je obuhvatilo 42 zemlje sveta (McCrae et al., 2004; prema Knežević i sar., 2004) potvrdilo je tezu o univerzalnosti pet dimenzija kojima se može opisati ličnost, nezavisno od kulturnih i jezičkih tradicija u kojima su jedinke odrasle, a što je u skladu sa prethodnim istraživanjima ovog modela ličnosti.

Samo pitanje stabilnosti crta ličnosti proveravano je u više studija odraslih osoba (Costa & McCrae, 1988; Costa et al., 2000; McCrae et al., 1999; Robins et al., 2001 prema Knežević i sar., 2004) i potvrdilo da se crte ličnosti mogu smatrati stabilnim naročito posle 30-te godine, mada do velikih promena ne dolazi ni u perodu adolescencije i periodu od 20-tih do 30-tih godina.

Na kraju, samo pitanje povezanosti pola i dimenzija ličnosti izučavano je u dosta istraživanja od kojih je najobimnije bilo 2001 godine (Costa et al., 2001; prema Knežević i sar., 2004) kada su prikupljeni rezultati za čak 23031 ispitanika iz 26 kultura. Rezultati su pokazali najveće razlike na dimenzijama N i A, gde su žene imale više skorove u odnosu na muškarce. Pored toga rezultati su pokazali i razlike na ostalim dimenzijama koje nisu bile jednoznačne. Interesantan je i

nalaz koji će kasnije više puta repliciran a to je da su razlike veće u anglo-evropskim nego u tradicionalnim društvima, što može biti posledica polnih uloga a ne individualnih crta ličnosti.

Istraživanja u našoj sredini bila su veoma različita a dve najveće komparativne studije bavile su se petofaktorskim i kibernetičkim modelom ličnosti (Momić i sar., 1993; prema Knežević i sar., 2004), kao i petofaktorskim i biosocijalnim modelom temperamenta i karaktera (Cloninger et al., 1993; prema Knežević i sar., 2004). Takođe, u skladu sa istraživanjima iz oblasti interpersonalnih odnosa, studija koja se bavila kvalitetom prijateljskih odnosa i osobinama ličnosti koristeći petofaktorski model pokazala je „da u našoj sredini, neke od crta ličnosti mogu biti značajne za kvalitet prijateljskih odnosa“ (Želeskov Đorić, J., Pedović, I i Hedrih, V., 2009, str. 353). Pored toga, poslednjih desetak godina veliki broj diplomskih radova i nešto manji broj doktorskih disertacija bavio se petofaktorskim modelom ličnosti i njegovom povezanošću sa mnogobrojim varijablama kao što su korišćenje interneta, Rorschach metoda, bazični oslonci ličnosti, stres i prevladavanje, uspeh u stidiranju, empatija, profesionalno interesovanje i sl. Kako je petofaktorski model ličnosti u ovoj studiji razmatran u kontekstu rezilijentnosti i zadovoljstva poslom sledi prikaz nekih od istraživanja značajnih za ovu oblast.

ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODELA LIČNOSTI I REZILIJENTNOSTI

Najveći broj istraživanja u ovoj oblasti bavio se stresom, izgaranjem na poslu i prevazilaženjem stresa. Istraživanja koja su se bavila stresom i izgaranjem ističu da crte ličnosti merene

inventarom Velikih pet mogu biti dobri prediktori stresa na poslu kao i sindroma izgaranja (McManus et al., 2002). Neki autori koristeći druge instrumente kao što je Katelov 16PF dolaze do istih rezultata tj. da postoji povezanost između crta ličnosti i izgaranja na poslu (Cebria et al., 2001). U studijama koje su se bavile prevazilaženjem stresa ističe se da su sve dimenzije petofaktorskog modela ličnosti povezane sa stresom i njegovim prevazilaženjem a najviše dimenzija neuroticizma, a zatim savesnost i ekstraverzija (Vollrath & Torgersen, 2000) Skorija studija Kranika i saradnika (2007) govori o tome da neuroticizam i ekstraverzija kao dva od pet faktora ličnosti jesu najznačajniji i najodgovorniji za sposobnost osobe da prevaziđe stresnu situaciju. Ličnost se kako ističu pojedini istraživači može smatrati intervenišućom varijablom između stresora i iskustva stresa, a osobine ličnosti svakako utiču na ponašanje i radni učinak (Kluger, 1999; prema Mitra, 2003). Pored toga, crte ličnosti su ne samo dobri prediktori prevazilaženja stresa, nego i utiču na procenu pretnje ili izazova stresne situacije (Penley & Tomaka, 2002).

Što se koncepta rezilijentnosti tiče, neki od autora smatraju da rezilijentnost jeste nasledem data crta ličnosti (Anthoni & Goodkin, 1988; Beardslee & Podorefsky, 1988; Garmezy, 1993; Rabkin et al., 1993), a neki da ona predstavlja kombinaciju faktora ličnosti i „telesne hemije“ osobe (Miller, 1988). Rezilijentnost kao crta jeste definisana od strane Vagnilda i Jounga kao karakteristika ličnosti koja moderira negativne efekte stresa i omogućava adaptaciju (Wagnild & Young, 1993). Na kraju, treba pomenuti i istraživanje Volrata i Torgersena u kome se ističe da su neuroticizam i ekstraverzija značajni za

rezilijentnost naročito u poslovnom okruženju (Vollrath i Torgersen, 2000).

ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODELA LIČNOSTI I ZADOVOLJSTVA POSLOM

Davne 1976 godine Mek Kolej izložio je shvatanje da tip ličnosti može uticati na izbor karijere kao i na zadovoljstvo poslom. On je smatrao da će ljudi birati ona zanimanja koja im omogućavaju da koriste stavove koje preferiraju prilikom prosuđivanja ili percepcije radnih zadataka, te da im radni zadaci pružaju intrinzičko zadovoljstvo (McCaulley, 1976). Ljudi različitog tipa ličnosti biraće različita zanimanja i različito biti zadovoljni poslom koji rade. Sam koncept zadovoljstva poslom značajan je za adekvatan rad i angažovanje radnika, pa su stoga svi faktori koji mogu biti povezani sa njim izučavani u različitim istraživanjima. Jedan od faktora kojim su se istraživači bavili su i osobine ličnosti osoba koji rade određeni posao. Iako se došlo do rezultata da osobine ličnosti mogu objasniti samo deo varijanse (od 3% do 5%) zadovoljstva poslom, čini se značajnim videti kako i na koji način osobine ličnosti u našem uzorku mogu doprineti objašnjenju ovog fenomena. Dosadašnja istraživanja pokazala su da osobine ličnosti imaju uticaja na zadovoljstvo poslom (Cranny, Smith & Stone, 1992; Greenberg & Baron, 1993; McManus et al., 2004, Roux, 2006). Istraživanje koje je sprovedla Judž sa saradnicima koristeći petofaktorski model ličnosti, pokazalo je da osobe koje imaju viši skor na savesnosti, otvorenosti ka iskustvu i emocionalno su stabilnije retko menjaju posao, a kada to rade njihov najčešći razlog je

usavršavanje (Judge i sar., 1999). Meta analiza dimenzija petofaktorskog modela i zadovoljstva poslom pokazala je da postoji pozitivna povezanost između neuroticizma i savesnosti sa zadovoljstvom poslom. Oni radnici koji su imali manji neuroticizam i veći skor na dimenziji savesnosti bili su zadovoljniji svojim poslom (Judge et al., 2002). Kako su uzorak u istraživanju kod nas činili zdravstveni radnici, detaljnije će biti prikazana neka od istraživanja koja su rađena na ovoj subpopulaciji.

ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODELAA LIČNOSTI KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Pre nego pređemo na prikaz nekih od istraživanja možemo postaviti pitanje: „Zašto u proučavanju rezilijentnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga i lekara drugih specijalnosti koristimo petofaktorski model ličnosti?“. Odgovor na ovo pitanje mogu dati neka od istraživanja. Jedna studija pokazala je da kritičan element koji doprinosi stresu lekara može biti interne prirode i nije vezan za samu organizaciju posla (Menninger, 2003), dok su rezultati druge studije pokazali da kod hirurga osobine ličnosti jesu značajne za njihovu rezilijentnost (Campell et al., 2001). Takođe, petofaktorski model ličnosti predstavlja dobar teorijski okvir za opisivanje osobina ličnosti u kontekstu izbora specijalizacije u medicini (Borges & Savickas, 2002), ponašanja na poslu (De Fruyt & Mervielde, 1999), kao i odluke o promeni posla kod lekara (Kassenbaum & Szena, 1994). Iako nema mnogo istraživanja koja su izučavala odnos osobina ličnosti i varijabli vezanih za posao kod lekara (Cohen & Rhydderch, 2006), onda kada je

korišćen u medicini, petofaktorski model ličnosti pokazao je veliku relijabilnost (Costa et al., 1989).

Na kraju, da ne zaboravimo i rezultate nedavnog istraživanja u kome je korišćen inventar Velikih pet, gde su pacijenti izjavljivali da su zadovoljniji onim lekarima koji su imali veći skor na dimenziji otvorenost ka iskustvu i bili prosečnog skora na savesnosti (Duberstein et al., 2007). Studija koje su koristile petofaktorski model ličnosti na zdravstvenim radnicima veoma je malo iako su rezultati pokazali da petofaktorski model može biti veoma dobar u predikciji postignuća na poslu kod lekara, a posebno dimenzija savesnosti (Ferguson, James, O'Hehir & Sanders, 2003; Ferguson, Sanders & James, 2000). Rezultati pokazuju da postoje razlike i u odnosu na pol kod lekara, pa tako muškarci imaju veći skor na dimenziji saradljivosti, a žene lekari na dimenziji ekstraverzije i otvorenosti za nova iskustva (Magee & Hojat, 1998). Lekari različitih specijalnosti razlikuju se i po crtama ličnosti, a upravo crte jesu značajan faktor odabira specijalizacije (Valian, 1999).

Što se tiče istraživanja rezilijentnosti kod lekara u odnosu na crte ličnosti, autori su se uglavnom bavili stresom i izgaranjem na poslu. Tvrđnja da stres nije karakteristika samog posla, već lekara koji taj posao rade, potkrepljena je rezultatima da osobine ličnosti itekako utiču na to kako će na stres odgovoriti svaki lekar pojedinačno (McManus et al., 2004). U drugim istraživanjima rezultati su bili u skladu sa prethodnom tvrdnjom i pokazali da oni lekari koji imaju veći skor na dimenziji neuroticizma, nisku ekstraverziju i nizak skor na dimenziji savesnosti imaju i veći stres i veće izgaranje na poslu u odnosu na druge lekare (Deary & Matthews, 1993; Deary et al., 1996).

Rezultati jedne od retkih studija u kojoj se pominje rezilijentnost lekara su pokazali da osobine ličnosti jesu u vezi i sa izgaranjem na poslu ali i sa otpornošću na stres koji lekari svakodnevno doživljavaju na poslu (Cebria et al., 2001).

Što se zadovoljstva poslom lekara tiče, pored mnogih drugih faktora koji mogu biti od značaja za ovu varijablu, crte ličnosti svakako imaju svoje mesto. Jedno od retkih istraživanja iz 2004 godine u kome je korišćen petofaktorski model ličnosti dalo je rezultate da je zadovoljstvo poslom direktno povezno sa crtama ličnosti lekara i da su dve dimenzije najznačajnije- ekstraverzija i neuroticizam. Pored toga u istom istraživanju, lekari koji su svoje kolege opisivali kao podržavajuće i spremne da pomognu imali su i veći skor na saradljivosti (McManus et al., 2004).

ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODELA LIČNOSTI KOD HIRURGA

Polje interesovanja ovog istraživanja činili su prvenstveno hirurzi, te će stoga biti ukratko spomenute neke od studija koje su se bavile ovom subpopulacijom. Pre svega, treba naglasiti da postoji veliko neslaganje među istraživačima oko toga da li se hirurzi razlikuju u odnosu na lekare drugih specijalnosti. U jednom od ranijih istraživanja u kome je korišćen 16PF rezultati su pokazali da ne postoje razlike između hirurga i lekara drugih specijalnosti (Coombs et al., 1993). U novijoj studiji u kojoj je korišćen NEO-PI-R rezultati su pokazali da ne postoje razlike među onim studentima koji kasnije biraju specijalizaciju iz hirurgije u odnosu na one koji biraju neke druge specijalnosti (Maron et al., 2007). Ipak, neke druge

studije tvrdile su da postoje razlike između ove dve grupe (Mowbrey & Davies, 1971; Schwartz et al., 1994).

Autori koji su pristalice shvatanja da se hirurzi razlikuju u odnosu na druge lekare smatraju da su hirurzi manje saradljivi u odnosu na psihijatre (Borges & Gibson, 2005), da su ekstravertniji od ostalih lekara (Carver & Scheier, 1992; Mischel, 1993; Mowbray & Davies, 1971; Schwartz et al., 1994.), mogu se smatrati „inžinjerima medicine“ (Petrides & McManus, 2004) i imaju nizak skor na dimenziji neuroticizma i visok na dimenziji savesnosti u odnosu na lekare drugih specijalnosti (Krajnik et al., 2007). Takođe, autori smatraju da su hirurzi manje neurotični od ostalih lekara i manje tolerantni na nesigurnost i nejasnoću (McCulloch et al., 2005) kao i praktičniji (Schwartz et al., 1994).

Istraživanja koja su se bavila otpornošću na stres i zadovoljstvom poslom kod hirurga veoma je malo, a rezultati su pokazali da osobine ličnosti mogu značajno uticati na prevazilaženje stresa (Deary et al., 1996; Muszalska & Buczkowski, 2006), kao i rezilijentnost hirurga (Schwartz i sar., 1994), te da su crte ličnosti hirurga značajne za zadovoljstvo poslom (Greenberg & Baron, 1993). Na kraju treba spomenuti da uvreženo shvatanje u javnosti o hirurzima kao agresivnijim i dominantnijim u odnosu na druge lekare nije potvrđeno poslednjim istraživanjima (Maron et al., 2007).

REZIME ISTRAŽIVANJA PETOFAKTORSKOG MODELA

Dosadašnja istraživanja pokazala su da petofaktorski model ima osnova u genetskoj strukturi, kao i da su sve dimenzije univerzalne i stabilne. U našoj sredini nailazimo na dve velike komparativne studije koje su se bavile odnosom petofaktorskog i kibernetičkog modela, kao i petofaktorskog i biosocijalnog modela temperamenta i karaktera. Istraživanja rezilijentnosti i petofaktorskog modela nedvosmisleno su pokazala da osobine ličnosti mogu biti veoma značajne za način prevazilaženja stresa, izgaranja na poslu, otpornosti na stres, pri čemu se najviše govori o dimenzijama neuroticizma i ekstraverzije. Predmet interesovanja studije sprovedene u Srbiji bio je odnos između dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga, kao i lekara drugih specijalnosti. Pregledom istraživanja možemo zaključiti da one studije koje su se bavile odnosom zadovoljstva poslom i osobina ličnosti potvrđuju da postoji povezanost između ovih fenomena, iako dimenzije ličnosti obuhvaćene petofaktorskim modelom objašnjavaju veoma mali procenat varijanse zadovoljstva poslom. Ipak, istraživanja koja su obuhvatila populaciju lekara nisu mnogobrojna. Većina njih govori da i kod lekara nailazimo na ono što je dobijeno i kod drugih ispitanika, a to je da dimenzije ličnosti jesu povezane sa načinom odgovora na stres, rezilijentnošću lekara, prevazilaženju stresa i fenomenom izgaranja na poslu. Pored toga, dimenzije ličnosti lekara povezane su i sa postignućem na poslu, ali i drugim aspektima vezanim za profesiju kojom se bave. S obzirom da su ispitanici ove studije bili prvenstveno hirurzi, možemo reći da je veoma malo studija koje

su se njima bavile. Na osnovu svih navedenih istraživanja možemo videti da što se hirurga tiče rezultati jesu veoma kontradiktorni po pitanju razlika koje eventualno mogu postojati između njih i drugih lekara u odnosu na osobine ličnosti. Dok jedni tvrde da se hirurzi ne razlikuju od ostalih lekara po dimenzijama ličnosti, drugi govore potpuno suprotno. Na kraju, autori koji su se bavili hirurškom populacijom došli su do rezultata da su osobine ličnosti hirurga značajne za stres koji oni doživljavaju na poslu, kao i njihovu rezilijentnost. Što se zadovoljstva poslom tiče, istraživači se nisu bavili samo hirurzima, već su ispitanici bili lekari različitih specijalnosti i rezultati su pokazali da postoji povezanost osobina ličnosti i zadovoljstva poslom kod zdravstvenih radnika. Sama činjenica da ne postoji istraživanje koje je uzelo u obzir samo hirurge kao ciljnu grupu u odnosu na povezanost zadovoljstva poslom i dimenzije ličnosti, razlog je da jedan od naših ciljeva bude usmeren na pokušaj razjašnjenja ove teme.

HIRURGIJA KAO GRANA MEDICINE

S obzirom na tematiku kojom se ovaj rad bavi a koja se prvenstveno odnosi na hiruršku populaciju, trebalo bi nešto ukratko reći i o samoj hirurškoj profesiji i načinu na koji se gledalo na ovu struku kroz istoriju.

Hirurgija, kao medicinska disciplina, spada možda u najstarije grane medicine, stare koliko i ljudska vrsta. Istoriski posmatrano još u kamenom dobu ljudi su izvodili neku vrstu operacija i to na životinjama. Arheolozi su došli do nalaza da su u starom kamenom dobu ljudi vršili kastraciju bika da bi se dobio vo, što se smatra prvom operacijom koju je izveo primitivni čovek. Sami ljudi su i u to vreme bivali povređeni i obolevali, a zna se da su tada (5-10000 godina p.n.e) rađene i prve trepanacije koje su bolesnici ponekad preživljavalii. Za trepanacije su korišćeni tvrdi i oštri „kremen“ kamenovi, kamenovi ili školjke, a kasnije vrsta okruglog sečiva sa zubcima ili oštrom ivicom. U vreme neolita rađene su i amputacije, doduše jednostavne kao što je amputacija prstiju. U Kasnom kamenom i Ranom bronzanom dobu (3500-

750 godina p.n.e.) postojala su dva centra medicine, Sumer i Vavilon, a najveći razvoj hirurgija je dostigla u vreme vladavine kralja Nabukodonosora (606-562 godine p.n.e.). Tada su hirurzi za razliku od ostalih lekara koji su lečili uz pomoć trava, astrologa i sveštenika, bili obično nepismeni ali vešti ljudi koji su smatrani nižom klasom. Iz ovog doba potiče i Hamurabijev zakon iz koga se indirektno može zaključiti praktikovanje hirurgije u to doba. Za razliku od Mesopotamije, u starom Egiptu hirurzi su smatrani uglednim ljudima. Najstariji crtež koji predstavlja cirkumciziju nađen je na vratima kraljevskog dvora u Memfisu, a za egipatske hirurge bilo je karakteristično da su znanja sticali i tokom prakse mumificiranja koja je u to vreme praktikovana. U doba stare Grčke, u vreme Hipokrata sačuvano je malo dokumenata koji bacaju svetlo na hirurgiju. Hipokrat je predavao medicinu po celoj Grčkoj i prvi je odvojio medicinu od verskog misticizma, ne prihvatajući shvatanje da je bolest božja kazna. O hirurgiji tog vremena najviše se saznaće iz njegovog dela Corpus u kome su opisana mnoga hirurška stanja, rane, ulceracije, fistule i sl., kao i načini i instrumenti za redukciju i repoziciju. Hirurgija se razvijala i u Rimskom carstvu iako pod snažnim uticajem grčke medicine i hirurgije. Kako piše istoričar starog Rima Plinije II Stariji, Rimljani su pre osvajanja Grčke i Makedonije ostali tokom šest vekova bez lekara. U lečenju su se oslanjali na trave, verski misticizam i predrasude. Prepreku razvoju hirurgije predstavljalo je shvatanje viših slojeva rimskog društva da praktični, manuelni rad nije dostojan obrazovanog čoveka. Iz osvojene Grčke u Rim su počeli pristizati lekari, a jedan od njih bio je i vrsni hirurg Argatos iz Sparte koji je zbog kasnijeg većeg broja komplikacija dobio nadimak „carnifex“ ili egzekutor. Sami Rimljani nisu pokazivali veće interesovanje za studije medicine i hirurgije, jer je

to za njih bio nedostojan posao. Tek u vreme Renesanse neka od grčkih dela iz medicine prevedena su na latinski, pa se može reći da su u vreme starog Rima grčki lekari zapravo držali primat u medicini i hirurgiji. Tek kasnije jedan od članova rimskog društva Celzus (25 godine p.n.e.- 50 godine nove ere) priredio je delo *De Medicina*, koje se smatra najstarijim medicinskim dokumentom posle Hipokratovog *Corpusa* i ujedno predstavlja najveće delo iz medicine i hirurgije od Hipokrata do početka Hrišćanske ere. Interesantno je kako u to vreme Celzus opisuje kakav bi hirurg trebalo da bude. Po Celzusu hirurg bi: „... *trebalo da je u ranom punoletstvu, ili bilo kom dobu ali ne suviše star, da ima brze i snažne ruke koje nikad ne drhte, da mu leva ruka nije ništa manje spretna od desne, da ima oštar i jasan vid, da bude staložen i dovoljno samostalan, da želi da izleči onoga kog leči, ali da ne dozvoli da ga bolesnikove suze požuruju više nego što to okolnosti zahtevaju ili da seče manje nego što je potrebno i da ne dozvoli da bolesnikovo stenjanje ostavi i najmanji utisak na ono što radi..“ (prema Čolović, 2002, str. 30)*

Zapadno rimsko carstvo trajalo je oko 500 godina tj. do 476 godine kada je Rim pao u ruke Gota i tada je podeljeno u veći broj manjih državica bez centralne vlasti. Istočno Rimsko carstvo ili Vizantija trajalo je više od 1000 godina, sve do pada Konstantinopolja, a njegov osnivač car Konstantin, smatrao je razvoj medicine i hirurgije veoma važnim. Nažalost, nakon pada Konstantinopolja u ruke Turaka i višednevног paljenja i pljačkanja grada uništena su mnoga dela, te je veoma malo sačuvano o razvoju hirurgije u to doba. U arapskoj medicine i islamskoj religiji tog vremena bilo je nekoliko lekara koji su se bavili hirurgijom, ali osim prevoda nekih grčkih dela na arapski jezik značajnijeg napretka nije bilo. Na istoku, u Indiji,

racionalna medicina počela se primenjivati oko 1000 godina pre nove ere. *Sušruta Samhita* smatra se prvim indijskim hirurškim dokumentom i napisana je kada je hirurgija u ovoj zemlji bila na vrhuncu. Kasnije tokom nekoliko vekova značajnijih napredaka nije bilo, iako se hirurgija smatrala oblašću od prvorazredne vrednosti. U staroj Kini zbog slabog znanja anatomije u to vreme, hirurgija nije bila jaka i radile su se samo intervencije na koži i akupunktura. Napredak hirurgije u Kini bio je veoma slab sve do 19.veka kada ova grana medicine kreće da se ubrzano razvija. Takođe na Istoku, u starom Japanu, nije bilo razvoja hirurške grane. Japanci su imali averziju prema operacijama još veću u odnosu na Kineze. Iako su kasnije tokom 14 i 16. veka lekari krenuli sa nekim malim operacijama, kineski i japanski hirurzi znatno su kasnili za evropskim.

U srednjem veku od 476 do 1453 godine zbog jačanja uticaja crkve razvoj skoro cele nauke i medicine potpuno je stao. Bolest je smatrana božjom kaznom, a lečenje delom drskih i bezbožnih ljudi. U okvirima Zapadne crkve benediktanski manastiri postali su stecište slabih i bolesnih ljudi. U manastirima je bilo zabranjeno učenje medicine, a hirurgija kao način lečenja dolazila je u obzir samo u krajnjem slučaju. Interesantno je da je u to vreme po odluci nekih od kraljeva, smrt pacijenta posle operacije podrazumevala da hirurg biva predat bolesnikovoj porodici da s njim radi šta hoće, da mu odseku ruku ili oduzmu i život. Iz toga razloga hirurzi su izbegavali da se upuštaju u lečenje teških bolesnika. Iako su hirurzi i hirurgija tretirani s prezironom, neki od sveštenika su u manastirima nastavili s tajnim izvođenjem nekih operacija. Usled toga, crkva je donela proglose kojima se sveštenicima

zabranjuje bavljenje hirurgijom, pa su tako medicina i hirurgija, bez mogućnosti da budu primenjivane u okviru crkve, pale pod ruke laika. Hirurgiju su preuzeli berberi, latalice i šarlatani, a svako ko se tim poslom bavio smatran je nižom klasom od lekara.

Ponovno uspostavljanje hirurškog obrazovanja počelo je u medicinskoj školi u Salernu blizu Napulja, a hirurgiju su nastavili da unapređuju drugi italijanski univerziteti, a pre svih univerzitet u Bolonji. Ipak, krajem 13.veka italijansko vođstvo u hirurgiji počelo je da slabiti, dok je hirurgija počela svoj ubrzan razvoj u Francuskoj.

Nakon sumračnog srednjeg veka, u 16 veku, lekari sve više počinju da se interesuju za antičku medicinu i prevod dela Hipokrata, Celzusa, Galena i drugih. Najpoznatiji berberin-hirurg tog vremena u Francuskoj i Evropi, i istovremeno jedan od najznačajnijih hirurga u istoriji, bio je Ambroaz Pare (1510-1590). Pored Francuske i u drugim zemljama kao što su Švajcarska i Italija hirurgija je bila u usponu. Može se reći da je nešto kasnije u 17. veku u Francuskoj hirurgija ostala na nivou razvoja na kome je i do tada bila, prvenstveno zbog stava da se hirurški posao nije smatrao pozivom dostoјnjim lekara. U to vreme hirurgija je ostala u rukama samouka i berbera a lekari-hirurzi bili su retki. U ostalom delu Evrope, Engleskoj, Italiji i Nemačkoj situacija je bila slična. Nekih velikih promena nije bilo ni tokom 18 i 19. veka gde su se hirurzi i dalje bavili lečenjem jednostavnih preloma, iščašenja, amputacijama sa velikim mortalitetom, fistulama i sl. Krajem 18. veka Velika Britanija je preuzeila vodeću poziciju u odnosu na Francusku, najviše zbog dobre organizacije hirurške prakse i edukacije koja se u to vreme sprovodila u Engleskoj. Tek nakon otkrića i

prihvatanja anestezije u 19.veku počeo je *Zlatni vek hirurgije*, a 1870 godina se smatra njegovim početkom. Englesko vođstvo u hirurgiji održalo se do šezdesetih godina 19. veka kada su ga preuzele zemlje nemačkoj govornog područja i zadržale ga sve do početka Drugog svetskog rata. U 20. veku hirurgija se razvijala veoma brzo. Nakon Nemačke, posle prvog Svetskog rata hirurgija je sve više počela da se razvija u Francuskoj, Engleskoj i SAD, da bi od 1946 pa do danas vođstvo u hirurgiji preuzele Sjedinjene Američke Države.

O razvoju srpske medicine nema pouzdanih podataka sve do dinastije Nemanjića. Prvu srpsku bolnicu osnovao je 1199. godine najmlađi sin Stefana Nemanje, Rastko, potonji Sveti Sava. Ona se nalazila u manastiru Hilandar na Svetoj gori, a njen rad bio je regulisan Hilendarskim tipikom. U njemu nema podataka o hirurškom lečenju, što sugerira lečenje bolesnih i povređenih melemima spravljenih od lekovitih biljaka čije je seme sam Sveti Sava doneo u Hilandar. Prema sačuvanim dokumentima u srpskoj srednjovekovnoj medicini ima vrlo malo podataka o hirurškim procedurama. Jedino je flebotomija, postupak puštanja krvi iz vene, opisana i korišćena u lečenju mnogih oboljenja. Ona je i prikazana na zidu Kraljeve crkve izgrađene 1314. godine u dvorištu manastira u Studenici u vidu freske na kojoj Sveti Kozma u jednoj ruci drži lancetu, hirurški instrument za flebotomiju. Flebotomija kao postupak lečenja zadržao se do 19-tog veka, jer je ne samo u Srbiji (Hilendarski medicinski kodeks br. 517) već i u čitavoj srednjovekovnoj Evropi vladalo mišljenje da je uzrok većine bolesti nakupljanje viška krvi i gasova u organizmu, što je bilo potpomognuto shvatanjima Avicene, velikog protivnika hirurgije i neospornog autoriteta u evropskoj medicini. Srpska srednjovekovna medicina razvijala se pod

pokroviteljstvom svojih vladara i pravoslavne crkve te su bolnice osnovane u okviru srpskih manastira – Studenica (Sveti Sava, 1208); Visoki Dečani (car Dušan, 1342); Ravanica (Lazar Hrebeljanović) itd. Na srpskim dvorovima dinastije Nemanjić većina lekara je dolazila iz inostranstva (Vizantija, Italija, Francuska). U to vreme crkva je zabranjivala prolivanje krvi u cilju lečenja što je bilo u skladu sa sholastičkom doktrinom i učenjem Galena. Većinu hirurga u srednjovekovnoj Srbiji činili su berberi. Pored službene naučne medicine u narodu je zaživela i narodna medicina zasnovana na iskustvu i tradiciji. Prvi vidari su bile pretežno žene, nekada veoma ugledne žene sa dvora kao: Jelena Anžujska, Milica Hrebeljanović, njena rođaka Jefimija, Jelena Balšić žena despota Uglješe, Jelena kći cara Lazara, Angelina žena despota Đurđa Brankovića i sl. Za vreme buna i ustanača, narodni lekari-hirurzi lečili su ranjenike. Tako je Karadorđev vojvoda Miloš Obrenović, ranjen pri osvajanju Užica 1807. godine transportovan na lečenje u Beograd kod čuvene narodne vidarice, grkinje Ćira-Mane (Gospođe majke) i njenog sina hećim-Tome Konstantinovića koji su „imali toliko posla da iz Beograda nisu mogli mrdnuti“. U kneževinu Srbiju tokom 19-tog veka počinju da dolaze školovani lekari i to najviše iz nemačkog govornog područja, jer se većina naših lekara i hirurga toga doba školovala u ovim zemljama. Iz tog perioda se posebno izdvaja Jozef Hirtl (1811-1894) profesor anatomije u Beču, čija je predavanja još kao student prevodio dr Vladan Đorđević, čovek koji se smatra prvim savremenim srpskim hirurgom. Sticajem okolnosti, za prvog šefa katedre anatomije tek osnovanog Medicinskog fakulteta u Beogradu, izabran je dr Niko Miljanić, hirurg, pariski đak. On je studije anatomije organizovao po uzoru na francusku školu, što je kasnije nastavio i njegov naslednik dr

Branko Šljivić koji je 1932. godine preuzeo katedru anatomije. Ogroman značaj za razvoj srpske hirurgije imalo je i formiranje Srpskog lekarskog društva, koje su u to vreme činili najkvalitetniji lekari, uživajući stalnu pomoć srpskog kneževskog, odnosno kraljevskog dvora. U to vreme, tačnije 1881. godine donesen je Zakon o uređenju sanitetske struke i čuvanju narodnog zdravlja, kao i narodnom sanitetskom fondu, čiji je duhovni pokretač bio i prvi srpski hirurg u modernom smislu te reči, dr Vladan Đorđević. On je posle završene medicine u Beču, specijalizirao hirurgiju na Bilrotovoj klinici, koja je u to vreme bila jedna od najboljih u Evropi. Svoja prva iskustva u zbrinjavanju ratnih povreda stekao je kao hirurg u Pruskoj vojsci tokom rata sa Francuskom. U to vreme, broj bolnica u Srbiji bio je mali, hirurška odeljenja ili nisu bila formirana ili su ih vodili lekari opšte prakse, magistri hirurgije i akušerstva. U takvim uslovima, prve operacije su za današnje pojmove bile vrlo male, ali sa otkrićem opšte anestezije 1846. godine, asepse i antisepse, rentgen dijagnostike, hirurške tehnike i rezultati lečenja postajali su sve bolji. Bolnički organizovana hirurška služba u Kneževini Srbiji započinje sedamdesetih godina 19-tog veka osnivanjem Hirurškog odeljenja Beogradske opštinske bolnice na Paliluli (tzv. „Vidinska bolnica“, današnja zgrada Srpskog lekarskog društva). Početkom 1889. godine, na predlog dr Vladana Đorđevića (koji potpuno prestaje da se bavi hirurgijom 1884. godine) iz Zemuna u Beograd dolazi dr Vojislav Subotić, drugi srpski hirurg, u modernom smislu te reči. Preuzevši hirurško odeljenje Opšte državne bolnice na Vračaru izgrađene 1907. godine, on će otvoriti novu eru u srpskoj hirurgiji, ali i u Srpskom lekarskom društvu. Odlukom Medicinskog fakulteta u Beogradu 1921. godine odeljenje postaje klinika, kao prva nastavna i naučna baza za

studije hirurgije u Kraljevini SHS (Srba, Hrvata i Slovenaca). Njen osnivač i prvi upravnik bio je upravo prof. dr Vojislav Subotić. On je bio i jedan od trojice osnivača Medicinskog fakulteta u Beogradu, njegov prvi prodekan i drugi po redu dekan fakulteta. Posle njegove smrti 1923. godine, dužnost upravnika Hirurške klinike preuzima prof. dr Milivoje Kostić koji se bavio i neurohirurgijom. U vreme II svetskog rata u zgradi današnje I hirurške klinike bila je hirurška bolnica „Wermachta“. Nakon završetka rata formiraju se i druge klinike Medicinskog fakulteta, a dolaskom Britanske vojne misije u Srbiju 1946. godine, hirurgija se razvija uvođenjem opšte, kombinovane endotrahealne anestezije. Tokom druge polovine XX veka srpski hirurzi borave u vodećim svetskim medicinskim centrima usvajajući savremena naučna dostignuća, koja primenjuju po povratku u Srbiju, na taj način veoma malo zaostajući za svetskom hirurgijom. Ipak, u današnje vreme, u Srbiji, sve manji broj lekara opredeljuje se za hiruršku profesiju, koja je najstresnija u medicini, nedovoljno plaćena i na stalnom udaru medijske kritike. Shodno tranziciji u kojoj se naša zemlja nalazi, veliki broj hirurga napušta državni sektor i opredeljuje se za privatnu praksu. Srpska hirurgija danas može se slobodno reći zaostaje za svetskom iz više razloga: kontinuiranog napuštanja zemlje najkvalitetnijih lekara i odlaska u inostranstvo zbog loših uslova života i rada u Srbiji, nedovoljnog finansiranja naučnih projekata, nedovoljne tehničke razvijenosti u oblasti hirurgije, a ponajviše zbog motiva da se nešto u hirurškoj praksi menja.

STUDIJA REZILIJENTNOSTI I ZADOVOLJSTVA POSLOM HIRURGA U SRBIJI

POVEZANOST REZILIJENTNOSTI I ZADOVOLJSTVA POSLOM HIRURGA U SRBIJI

Imajući u vidu sva dosadašnja istraživanja iz ove oblasti, kao i činjenicu da ovakva studija koja uključuje sve navedene teorijske okvire do sada nije izvedena ni u svetu ni kod nas, cilj ovog istraživanja bio je da ispita da li su hirurzi u Srbiji zadovoljniji svojim poslom u odnosu na druge lekare, koliko su otporni na stres u odnosu na druge lekare, da li rezilijentnost tj. otpornost na stres može biti značajna za zadovoljstvo poslom, kao i da li se zadovoljstvo poslom može objasniti teorijom afektivnog vezivanja i petofaktorskim modelom ličnosti. Imajući u vidu da jedan od načina povećanja zadovoljstva poslom kod hirurga jeste posvećivanje dovoljno vremena za odnose sa značajnim drugima (Kuerer et al., 2007), da postoji povezanost između zadovoljstva

poslom i zadovoljstva partnerskim odnosima (Hazan & Shaver, 1990; Quick et al., 2004) kao i da nema istraživanja koja su se bavila ovom problematikom na populaciji hirurga, potrebno je ispitati odnos između afektivnog vezivanja partnerskog tipa i zadovoljstva poslom. Ustanovljeno je da lekari imaju najveći stres na poslu (Prosser et al., 1997), što može dovesti do somatskih oboljenja i socijalne disfunkcionalnosti kod lekara (Baldwin et al., 1993), pri čemu hirurzi predstavljaju grupu zdravstvenih radnika najviše izloženih stresu, što može uticati na negu koja biva pružena pacijentima, kao i broj grešaka tokom operacije (Firth-Cozens, 2007). U tom kontekstu, istraživanje doprinosa koji rezilijentnost može imati na zadovoljstvo poslom čini se veoma opravdanim.

Smatra se da oko 71% hirurga nema dobar balans profesionalnog i porodičnog života (Kent, & Johnson, 1995), kao i da diskusija sa partnerom o stresu na poslu jeste jedan od najboljih načina da se na taj stres odgovori (Kluger et al., 2003). Imajući to u vidu, čini se opravdanim i potrebnim istražiti afektivno vezivanje partnerskog tipa kod hirurga i njegov odnos sa zadovoljstvom poslom, posebno kada se zna da afektivno vezivanje kod zdravstvenih radnika do sada nije bilo istraživano na hirurškoj populaciji. Na kraju, korišćenje petofaktorskog modela ličnosti u istraživanju zadovoljstva poslom kod hirurga, zasnovano je na činjenici da psihološke varijable, gde spadaju i crte ličnosti predstavljaju medijator između karakteristika posla i zadovoljstva poslom.

Dakle:

- Da li se hirurzi razlikuju od lekara drugih specijalnosti u odnosu na zadovoljstvo poslom, rezilijentnost, obrasce afektivne vezanosti i crte ličnosti?

- Da li postoji povezanost između rezilijentnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga, i, ako postoji, u kojoj meri se ta povezanost može objasniti uticajem kvaliteta afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti.
- Da li postoji povezanost između partnerske afektivne vezanosti i zadovoljstva poslom kod hirurga?
- Da li postoji povezanost između crta ličnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga?
- Da li je struktura povezanosti rezilijentnosti, zadovoljstva poslom, afektivne vezanosti partnerskog tipa i crta ličnosti ista ili različita kod hirurga i lekara drugih specijalnosti.

Cilj istraživanja

Osnovi cilj ovog istraživanja je ispitivanje povezanosti rezilijentnosti i zadovoljstva poslom, i eventualnog uticaja koji afektivna vezanost partnerskog tipa i crte ličnosti mogu imati na tu povezanost kod hirurga.

Specifični ciljevi istraživanja:

1. Ispitati stepen, kvalitet i strukturu povezanosti rezilijentnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga;
2. Ispitati stepen, kvalitet i strukturu povezanosti afektivne vezanosti partnerskog tipa i zadovoljstva poslom kod hirurga;
3. Ispitati stepen, kvalitet i strukturu povezanosti dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga;
4. Ispitati dodatni doprinos rezilijentnosti objašnjenju individualnih razlika u zadovoljstvu poslom u odnosu na

- afektivno vezivanje partnerskog tipa i strukturu ličnosti kod hirurga;
5. Ispitati da li se hirurzi razlikuju od lekara drugih specijalnosti u pogledu partnerskih afektivnih veza, dimenzija ličnosti, rezilijentnosti i zadovoljstva poslom;
 6. Ispitati da li se hirurzi razlikuju od lekara drugih specijalnosti prema strukturi povezanosti afektivnih veza partnerskog tipa, dimenzija ličnosti, rezilijentnosti i zadovoljstva poslom.

Uzorak

Uzorak je činilo 110 hirurga i 110 lekara drugih specijalnosti. Ciljnu grupu činilo je 61 abdominalnih i 49 kardiovaskularnih hirurga, a komparativnu grupu 38 radiologa, 42 gastroenterologa i 30 specijalista fizikalne medicine. Grupe su ujednačene po polu. Istraživanje je obavljeno u nekoliko zdravstvenih institucija u Srbiji i to: Klinički centar Srbije Beograd, Vojnomedicinska akademija Beograd, Klinički centar Dedinje Beograd, Institut za kardiovaskularne bolesti Sremska Kamenica, Klinički centar Srbije Niš, Institut za rehabilitaciju Sokobanjska Beograd. Ispitanicima je podeljan testovni materijal u kovertama sa šifrom koju su mogli zadržati za sebe ukoliko su želeli da dobiju rezultat i zamoljeni su da učestvuju u istraživanju. Pre početka samog terenskog prikupljanja podataka dobijeno je odobrenje Etičkog komiteta za navedene zdravstvene ustanove u Srbiji.

Varijable istraživanja

U ovom istraživanju **nezavisne variјable** bile su sledeće:

1. Rezilijentnost

Definiše se kao sposobnost osobe da prevaziđe teške situacije i životne nedaće i iz njih izade još snažnija i spremnija za buduće događaje (Stoltz, 1997). Prema Stoltzovoj teoriji postoje četiri dimenzije od kojih se rezilijentnost sastoji: samokontrola, odgovornost, generalizacija, trajanje.

One su definisane na sledeći način:

1. *Samokontrola* se odnosi na stepen kontrole koju osoba opaža da ima nad stresnim situacijama;
2. *Odgovornost* je stepen preuzimanja odgovornosti za ishod stresnog događaja ili poboljšanje situacije od strane osobe koja se u toj situaciji ili događaju našla;
3. *Generalizacija* je opažanje osobe da dobra ili loša dešavanja utiču na druge aspekte života, a ne samo na one aspekte koji su obuhvaćeni određenim dešavanjima;
4. *Trajanje* je opažanje dužine trajanja i posledica dobrih ili loših događaja.

2. Afektivna vezanost partnerskog tipa

Afektivna vezanost partnerskog tipa definiše se na sledeći način:

- a) *sigurni partnerski obrazac* - niska anksioznost i nisko odbacivanje
- b) *preokupirani partnerski obrazac* - visoka anksioznost i nisko odbacivanje

- c) *izbegavajući partnerski obrazac* - niska anksioznost i visoko odbacivanje
- d) *plašljivi partnerski obrazac* - visoka anksioznost i visoko odbacivanje

Dimenzionalni pristup afektivnom vezivanju podrazumeva postojanje dve dimenzije vezanosti:

- a) *dimenzija anksioznosti* - odnosi se na ambivalentna ponašanja u partnerskim odnosima kao što su briga zbog ljubavi, briga zbog mogućeg ostavljanja od strane partnera i potreba za prevelikom bliskošću. Na jednom polu dimenzije nalaze se osobe koje imaju nisku anksioznost i koje u partnerskim odnosima ne pokazuju brigu ukoliko ih partner napusti niti imaju potrebu za zavisnošću i preteranom bliskošću sa partnerom. Kod osoba koje imaju visoku anksioznost situacija je obrnuta.
- b) *dimenzija izbegavanja* - odnosi se na sposobnost odnosno nesposobnost za bliskost u partnerskim odnosima. Osobe koje imaju nisko izbegavanje u partnerskim odnosima jesu sposobne za intimnost, imaju želju za bliskošću sa partnerom, dok osobe koje imaju visoko izbegavanje teže da se distanciraju u odnosu na partnera.

3. Crte ličnosti

U istraživanju su kao varijable korišćene sledeće crte ličnosti:

1. *Neuroticizam* je prvi domen koji razlikuje prilagođenost i emocionalnu stabilnost u odnosu na neprilagođenost i emocionalnu nestabilnost. N predstavlja opštu tendenciju da

se dožive negativni afekti kao što su tuga, uznemirenost, krivica, strah i druga negativna osećanja. Sklonost doživljavanju ovakvih emocija predstavlja opštu vulnerabilnost i ometa adaptaciju zbog čega su osobe sa visokim N sklone razvoju različitih mentalnih poremećaja. Ove osobe reaguju iracionalno, imaju slabije kapacitete za prevazilaženje stresnih situacija i slabo kontrolišu impulse. Nasuprot njima, osobe sa niskim N su emocionalno stabilne, relaksirane, staložene i u stanju da prevladaju stresne situacije. Uži aspekti ovog domena su anksioznost, hostilnost, depresivnost, socijalna nelagodnost, impulsivnost i vulnerabilnost.

2. *Ekstraverzija* je drugi domen koji se odnosi na socijabilnost, društvenost. Osobe sa visokim E preferiraju velike skupove ljudi, samopouzdani su, aktivni, pričljivi, vole uzbudjenja, veseli su po prirodi, puni su energije i optimistični. Nasuprot njima, introverti su zatvoreni, rezervisani, umereniji i nezavisniji. Uži aspekti ovog domena su: toplina, druželjubivost, asertivnost, aktivitet, potraga za uzbudnjem i pozitivne emocije.
3. *Savesnost* predstavlja treći domen i odnosi se na sposobnost samokontrole u smislu disciplinovane težnje ka ciljevima i striktno pridržavanje sopstvenih principa. Ispoljava se u procesima organizacije, planiranja i izvršenja dužnosti i obaveza. Savesne osobe su jake volje usmerene ka cilju, tačne i pouzdane. Visoko C je povezano sa akademskim i profesionalnim uspehom. Negativni aspekti povišenog C mogu se ispoljavati kroz sitničavost, „radoholičarsko“ ponašanje, kompulzivnu urednost. Osobe sa niskim C imaju više hedonističku orijentaciju, bezbrižnije su u pogledu

ostvarivanja ciljeva, manje ih obavezuju moralni principi u ponašanju, što ne znači da su nužno amoralne. Uži aspekti ovog domena su: kompetentnost, red, osećaj dužnosti, postignuće, samodisciplina.

4. *Saradljivost* predstavlja dimenziju interpersonalnih relacija. Uključuje poverenje, altruizam, saosećajnost, potrebu da se pomogne drugima, nasuprot cinizmu, sebičnosti i antagonizmu, sumnjičavosti u pogledu namera drugih ljudi, kompetitivnosti i egocentričnosti. Uži aspekti su: poverenje, iskrenost, altruizam, popustljivost, skromnost i blaga narav.
5. *Otvorenost prema iskustvu* podrazumeva estetsku senzitivnost, intraceptivnost i intelektualnu radoznalost, preferenciju različitosti, potrebu za promenom i nezavisnost mišljenja. Ove osobe su otvorenog duha prema unutrašnjim doživljavanjima i radoznale prema spoljnim događajima. Sklone su eksperimentisanju, novim idejama i nekonvencionalnim vrednostima. Intenzivnije doživljavaju kako pozitivne tako i negativne emocije. Spremne su da autoritete i dogme dovedu u pitanje. Osobe sa niskim O su konvencionalnog izgleda i ponašanja, sklone konzervativnim stavovima, interesovanja su im sužena, manje intenzivna, a emocionalne reakcije umerenije. Uži aspekti ovog domena su: otvorenost ka fantaziji, estetici, osećanjima, akciji, idejama i vrednostima.

Pored ovih crta ličnosti kao varijable korišćeni su sledeći aspekti psihoticizma (dezintegracije):

1. *Opšta egzekutivna disfunkcija* - odnosi se na disregulaciju u nekoliko domena uključujući pažnju, planiranje, memoriju, kontrolu motornih radnji, emocionalne reakcije, razumevanje govora i govornu artikulaciju. Poremećaji sinhronizacije misli, namera, emocija i bihevioralnih akcija takođe karakterišu ovu dimenziju.
2. *Perceptualne distorzije* - odnose se na fenomene depersonalizacije i derealizacije (uključujući iskustvo multiplog identiteta), deluzione fenomene koji se odnose na strukturu i funkcionisanje tela, kao i Šnajderove simptome prvog ranga.
3. *Pojačana svesnost* - obuhvata fenomene sinestezije, responzivnost za prijatne stimuluse (npr. uživanje u muzici, uzbudjenost, pešačenje), povišenu svesnost, kao i povećanu spoznaju. Ovde takođe spadaju i disocijativna uključenost (npr. absorpcija), živa sećanja (npr. fantaziranje) i mnoštvo ideja.
4. *Depresija* - obuhvata tipične depresivne simptome kao što su tuga, osećanje usamljenosti, hronični umor, osećanje bezvrednosti, samosažaljenje, beznadežnost, bespomoćnost i suicidalne ideje.
5. *Paranoja* - obuhvata sumnjičavost, nepoverenje, preosetljivost, paranoidnu ozlojeđenost, aroganciju, ideje proganjanja i osećanje zavere.
6. *Manija* - ovu dimenziju karakteriše preterana aktivnost, agitacija, nemarnost, ekstremni optimizam, uzvišeno raspoloženje, nadmeno samopoštovanje, prevelika grandioznost.

7. *Socijalna anhedonija* - obuhvata socijalnu rezervisanost, preferenciju da se živi sam, stidljivost, osamljenost, odsustvo potrebe za bliskim prijateljstvima.
8. *Afektivna zaravnjenost* - odnosi se na emocionalnu ravnodušnost prema sebi i drugima, slabu emotivnu regulaciju, nedostatak planiranja budućnosti, površnost, slabu afektivnu modulaciju, emocionalnu utrnulost.
9. *Somatoformna disocijacija* - obuhvata teške oblike senzornih i motornih konverzija, osećanje oštećenosti organa, neosetljivost na bol, somatske deluzije i ukupnu telesnu otupelost.
10. *Magijsko mišljenje* - odnosi se na doživljaj telepatske i energetske povezanosti s drugim ljudima, akauzalno mišljenje, verovanje u zagrobni život, reinkarnaciju, magijske uticaje i horoskop.

Zavisnu varijablu u ovom istraživanju činila je sledeća varijabla:

4. Zadovoljstvo poslom

U ovom istraživanju prihvaćena je definicija da „zadovoljstvo poslom predstavlja osećanje koje radnik ima u vezi svog posla ili radnih iskustva u odnosu na radnja radna iskustva, trenutna očekivanja, ili dostupne alternative., (Balzer et al., 1997, pp. 10). Neke druge definicije ovog pojma date su kroz pregled važnijih teorija koje su se ovim konceptom bavile.

Zadovoljstvo poslom definiše se kao afektivna (emotivna) reakcija na posao koja je rezultat komparacije onoga što je rezultat rada i onoga što se očekuje ili priželjkuje.

Opšte zadovoljstvo poslom definiše se kao integrativno osećanje zadovoljstva kada su svi aspekti posla razmotreni (Balzer et al., 2000). Pored globalnog zadovoljstva poslom kao zavisne varijable korišćene su i sledeće dimenzije zadovoljstva poslom:

1. *Zadovoljstvo prirodom posla* - odnosi se na zadovoljstvo radnika samim poslom kojim se osoba bavi kao takvim. S obzirom da se u literaturi govori o tome da poslovi koji pružaju mogućnost za kreativan i raznovrstan rad, omogućavaju osobi da poveća svoje znanje, postoji promena u odgovornosti u radu, autonomija, kompleksnost posla i sl., prepostavka je da bi zapravo posao mogao da pruža zadovoljstvo kao takav ukoliko bi omogućavao intrinzičke izazove u radu.
2. *Zadovoljstvo platom* - odnosi se na stav koji radnik ima prema plati i bazira se na opažanju razlike između aktuelne plate i očekivane plate. Očekivana plata je bazirana na vrednosti opaženih ulaganja i produktivnosti u poslu kao i plata drugih zaposlenih koji imaju sličnu poziciju ili kvalifikacije. Na zadovoljstvo platom takođe može uticati i lična finansijska situacija zaposlenog, ekonomija, kao i iznos plate koju je radnik ranije primao.
3. *Zadovoljstvo unapređenjem* - odnosi se na to koliko je radnik zadovoljan organizacijom unapređenja u svojoj radnoj organizaciji i politikom organizacije u odnosu na to. Zadovoljstvo unapređenjem je funkcija frekvencije unapređenja (koliko često je moguće napredovati u radnoj organizaciji), važnosti unapređenja i želje za unapređenjem.

4. *Zadovoljstvo supervizijom* - odnosi se na to koliko je radnik zadovoljan svojim supervisorima. Pretpostavka je da će osoba biti zadovoljnija supervizijom ukoliko supervisor percepira radnika kao kompetentnog za posao.
5. *Zadovoljstvo kolegama na poslu* - odnosi se na zadovoljstvo radnika u odnosu na kolege koje sa njim rade na poslu. Smatra se da je nivo zadovoljstva sa kolegama na poslu determinisan poslovnom interakcijom među kolegama, povezanošću i visokim cenjenjem kolega.

Instrumenti istraživanja

Za procenu rezilijentnosti korišćen je *Upitnik za određivanje profila reagovanja na nedaće* (Adversity Response Profile – ARP; Stoltz, 2000). Ovaj instrument meri individualni stil osobe kao odgovor na kriznu i sresnu situaciju (Stoltz, 2000). U testu je dato četrnaest situacija (scenarija), od kojih u dalju analizu ulazi deset situacija. Deset pitanja opisuje negativne događaje, koji zahtevaju poricanje ili su kritikovani. Ostala četiri pitanja opisuju pozitivne događaje koji su za pohvalu. Kako je ARP napravljen za ispitivanje reagovanja osobe na stresne i krizne situacije, samo odgovori na negativne događaje su uzeti u obzir. Svaka situacija (scenario) propraćena je sa četiri pitanja, a odgovor se daje na petostepenoj skali Likertovog tipa. Tako postoji četiri skale za svako od deset pitanja. Zbir sva četiri skora jeste koeficijent rezilijentnosti (AQ). Četiri skale AQ su : samokontrola (C), odgovornost (O), generalizacija (R) i trajanje (E). Ove skale i mere različite dimenzije koeficijenta rezilijentnosti.

Skala samokontrole (C) meri stepen kontrole koji osoba percipira da ima nad stresnim situacijama. *Skala odgovornosti* (O) meri stepen preuzimanja odgovornosti osobe za ishod stresnog događaja ili poboljšanje situacije. *Skala generalizacije* (R) meri stepen u kojem osoba opaža da dobra ili loša dešavanja utiču na druge aspekte života, a ne samo na one u kojima su se desili. *Skala trajanja* (E) meri kako osoba opaža dužinu trajanja i posledice dobrih ili loših događaja. Skorovi na svakoj od skala ARP testa mogu se kretati u rasponu od 10 do 50, a AQ skorovi su od 40 do 200. Prosečna vrednost AQ koja iznosi 150,5, dobijena je empirijskim istraživanjem na uzorku od 1.743 odraslih i studenata u 37 različitim kompanija i obrazovnih institucija u Americi (Stoltz, 1997).

Za procenu zadovoljstva poslom korišćene su dve skale:

1. *Skala opisa sadržaja posla* (Job Descriptive Index – JDI; Balzer i sar., 1997) meri pet dimenzija zadovoljstva poslom radnika. Sastoji se od pet subskala: priroda posla, plata, unapređenje na poslu, supervizija i kolege na poslu. *Subskala prirode posla* odnosi se na posao koji osoba radi u trenutku ispitivanja. Dato je 18 prideva kojima se neki posao može opisati, a ispitanik treba da za svaki od prideva napiše D (Da) ako pridev dobro opisuje njegov posao, N (Ne) ako ne opisuje posao i ? ako ispitanik ne može da se odluči. *Subskala plata* ima 9 reči ili fraza koje opisuju platu, a ispitanik treba da odgovori na svaku od tih 9 reči sa D, N ili ?. *Subskala unapređenja na poslu* sastoji se iz 9 reči ili fraza koje opisuju mogućnosti za napredovanje. Ispitanik odgovara kao i u prethodnoj subskali sa D, N ili ?. *Subskala supervizije* sastoji se iz 18 reči ili fraza koje se odnose na vrstu supervizije koju osoba dobija na poslu koji radi. Ispitanik odgovara kao i na

prethodnim subskalama. *Subskala kolege na poslu* odnosi se na opis kolega sa kojima osoba radi. Ova subskala ima 18 reči tj. prideva kojima se opisuju kolege na poslu. Ispitanik treba da odgovori sa D, N ili ? u odnosu na to da li pridevi opisuju ili ne opisuju kolege sa kojima radi na poslu.

2. *Skala globalnog zadovoljstva poslom* (Job in General Scale – JIG; Balzer i sar., 1997) meri *opšte zadovoljstvo poslom* radnika u odnosu na samu profesiju kojom se bave. Odnosi se na globalnu, dugotrajniju evaluaciju posla. Ova skala reflektuje ne samo značaj koji za osobu imaju pet dimenzija zadovoljstva poslom koje smo naveli, već njihove interakcije i doprinose na druge duže situacione i individualne faktore koji osobu čine zadovoljnog ili nezadovoljnog poslom koji radi. Skala obuhvata opštu afektivnu komponentu zadovoljstva poslom. Sastoji se od 18 reči ili fraza kojima se opisuje profesija a ispitanik treba da odgovori sa D, N ili ? u odnosu na to da li određena reč ili fraza po njegovom mišljenju dobro opisuje ili ne opisuje profesiju kojom se ispitanik bavi.

Za procenu afektivne vezanosti partnerskog tipa korišćena je *Skala za ispitivanje bliskih odnosa* (Experience in Close Relationship Scale - ECR; Brenan, Clark & Shaver, 1998). Ovaj instrument operacionalizuje obrasce afektivnih veza u partnerskim odnosima odraslih preko sadržaja svesnih verovanja osobe o bliskim, partnerskim vezama. Reč je o upitniku koji sadrži 36 ajtema, skorovanih na sedmostepenoj Likertovog skali. Instrument je zasnovan na dvodimenzionalnom modelu individualnih razlika u afektivnom vezivanju odraslih (dimenzija anksioznosti i dimenzija izbegavanja). Ove dve dimenzije ukrštanjem daju četiri pomenuta obrasca afektivnog vezivanja:

sigurni obrazac i tri nesigurna obrasca (preokupirani, odbacujući i bojažljivi).

Za procenu crta ličnosti primjenjen je Inventar ličnosti koji meri pet opštih dimenzija petofaktorskog modela ličnosti *NEO-PI-R* (Costa & McCrae, 1992; prevod Knežević, 1998, prema Knežević i sar., 2004). Sastoji se od ukupno 240 tvrdnjai. Ispitanik odgovara tako što zaokruživanjem odgovarajućeg broja izražava stepen slaganja sa svakom pojedinačnom tvrdnjom na petostepenoj skali.

Pored toga, za procenu pojedinih aspekata psihoticizma (dezintegracije) primjenjen je i *DELTA-10* Inventar ličnosti koji meri opštu dimenziju psihoticizma kao i deset subdimenzija koje predstavljaju operacionalizaciju rekonceptualizacije ovog konstrukta. Inventar se sastoji od 82 tvrdnje, od kojih je svaka indikator neke od deset subdimenzija. Subdimenzije su: opšta egzekutivna disfunkcija, perceptualne distorzije, pojačana svesnost, depresija, paranoja, manija, socijalna anhedonija, afektivna zaravnjenost, somatoformna disocijacija i magijsko mišljenje.

Za prikupljanje osnovnih demografskih podataka, kao i varijabli specijalnost lekara, biranje profesije i zadovoljstvo životom konstruisan je poseban upitnik.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Na osnovu podataka koji su obrađeni programom SPSS 15 i korišćenjem adekvatnih statističkih tehnika rezultati istraživanja dali su odgovor na pitanja koja su postavljena na početku studije. Pre nego budu izloženi najvažniji nalazi, neophodno je reći da su instrumenti korišćeni za procenu svih varijabli pokazali veoma dobru pouzdanost, te da se rezultati koje smo dobili mogu smatrati validnim za hirurge i druge lekare koji su činili uzorak ove studije u Srbiji.

Budući da su u istraživanju učestvovali dve grupe ispitanika, hirurzi koji su predstavljali ciljnu grupu i lekari drugih specijalnosti koji su bili komparativna grupa, pokušali smo da ove dve grupe ujednačimo u odnosu na varijablu pola. Shodno tome da je hirurgija pretežno „muška“ specijalizacija u medicini, u istraživanju je učestvovalo malo žena lekara. Što se hirurga tiče studijom je obuhvaćeno 91.8% muškaraca i 8.2% žena i to abdominalnih i kardiohirurga. U grupi lekara drugih specijalnosti bilo je 92.7% muškaraca i 7.3% žena, a od specijalnosti su bili zastupljeni radiolozi, gastroenterolozi i fizijatri. Starost ispitanika bila je od 32 do 64 godine.

U okviru upitnika kojim su prikupljeni osnovni demografski podaci, ispitanicima je bilo postavljeno pitanje o ponovnom izboru profesije. Tačnije, ispitanici su odgovarali na pitanje: "Ukoliko biste imali mogućnost izbora da li biste ponovo izabrali istu profesiju i zanimanje kojim se bavite?". Podatak da čak 30.9% hirurga izjavljuje da ne bi ponovo izabrali istu profesiju i zanimanje nije nimalo zanemarljiv, dok je kod lekara drugih specijalnosti taj procenat znatno manji i iznosi 14.5%. Postavlja se pitanje, zašto ovi hirurzi ne bi ponovo birali da se bave hirurgijom? Ili još preciznije, zašto jedna trećina hirurga u Srbiji izjavljuje da se ukoliko bi mogli da biraju ne bi opredelili da ponovo budu hirurzi? Odgovor na ovo pitanje nije lako dati. Da li se radi o proceni hirurga da dugoročan rad, studije, specijalizacije, stresan posao, stalna dežurstva, odvojenost od porodice, stalno bivanje „on-call“, stav medija prema ovoj struci, predstavljaju veliku cenu za krajnju dobit koju imaju od posla? Na osnovu statističkih analiza je utvrđeno da se ove dve grupe lekara značajno razlikuju po pitanju ponovnog izbora profesije, a činjenica da 1/3 hirurga ne bi ponovo izabrala da se bavi svojim poslom je više nego alarmantni podatak koji svakako zahteva konkretne promene i reforme u zdravstvenom sistemu Srbije.

Pored pitanja o izboru profesije u upitniku se nalazilo i pitanje o tome da li su lekari zadovoljni svojim trenutnim životom, pri čemu su mogli odgovoriti samo *da* ili *ne*. Rezultat je skoro identičan prethodnom, dve grupe ispitanika se značajno razlikuju u odnosu na zadovoljstvo životom, pri čemu je čak 28.2% hirurga nezadovoljno svojim životom, dok je procenat lekara drugih specijalnosti koji su nezadovoljni svojim trenutnim životom znatno manji i iznosi 15.5%. Jedno od objašnjenja nezadovoljstva životom hirurga moglo bi se odnositi i na samu specifičnost posla

kojim se hirurg bavi. Ova profesija zahteva stalnu angažovanost na poslovnom planu, tj. posao hirurga nije posao od 7 do 15 sati već se nastavlja i kada hirurg dođe kući, ode na nečiji rođendan, sa kojeg, ukoliko dobije poziv, hitno odlazi na kliniku i ulazi u operacionu salu, čime zapravo živi svoj posao. Na kraju, treba imati u vidu istraživanja prema kojima je zadovoljstvo životom lekara manje u odnosu na opštu populaciju (Tyssen et al., 2009), što bi mogla biti tema nekih od narednih istraživanja u našoj zemlji. Ali, vratimo se pitanjima koja su postavljena na početku ove studije.

Da li su hirurzi i lekari drugih specijalnosti u Srbiji manje ili više zadovoljni posлом u odnosu na neke druge ispitanike? Podaci koji su dobijeni istraživanjem pokazuju da su lekari u Srbiji veoma zadovoljni prirodom svog trenutnog posla tj. opisom posla koji obavljaju i to znatno više nego neki drugi radnici u organizacijama (Balzer et al., 1997), kao i da su veoma nezadovoljni platom kao aspektom posla i to znatno više nezadovoljni u odnosu na američki normativi uzorak, što je rezultat koji nije iznenadujući. Naši lekari su i manje zadovoljni mogućnošću napredovanja u radnoj organizaciji u odnosu na američki uzorak, ali su zato zadovoljniji supervizijom koju dobijaju u odnosu na radnike u američkim firmama. Još jedan od aspekata posla koji je kod lekara veoma značajan je i zadovoljstvo kolegama na poslu, gde rezultati pokazuju da su naši lekari zadovoljni svojim kolegama na poslu kao i neki drugi radnici. Na kraju, opšte zadovoljstvo posлом kod obe grupe ispitanika je visoko iznad proseka američkog uzorka ispitanika, tj. date norme (Balzer et al., 1997). Rezultati koji su dobijeni ne slažu se sa istraživanjima prema kojima visoko obrazovani ljudi nisu zadovoljni svojim poslom (Clark & Oswald, 1996), ali su u skladu

sa istraživanjima koja su obavljena u Velikoj Britaniji a u kojima je ustanovljeno da je oko 70% lekara zadovoljno ili veoma zadovoljno svojim poslom i profesijom kojom se bave (Castrillon et al., 1999; Keeton et al., 2007; Leigh et. al., 2002; Sobreques, 2003). Istraživanja zaposlenih u mentalnom zdravlju potvrdila su da radnici koji se bave unapređenjem mentalnog zdravlja jesu veoma zadovoljni poslom (Thomas-Scharksnas, 2002).

Ako ovde imamo u vidu tvrdnju da koliko je jedan zdravstveni sistem dobar možemo videti na osnovu zadovoljstva poslom lekara koji su deo tog sistema (Blendon, 2001; Demlo, 1975), a uzimajući u obzir distribuciju naših rezultata, možemo se zapitati da li je zdravstveni sistem u Srbiji zaista tako dobar ili je zadovoljstvo poslom kod naših lekara posledica davanja socijalno poželjnih odgovora ili, pak, rezultat nečeg drugog, i, ako jeste, čega?

Ono što je svakako važno uzeti u obzir jesu istraživanja prema kojima oni lekari koji su zadovoljniji svojim poslom pružaju bolju uslugu pacijentima (Bovier & Perneger, 2003; Leigh et al., 2002), mentalno su i zdravstveno u boljem stanju (Ramirez, 1996), i imaju veći radni učinak u odnosu na lekare koji su svojim poslom nezadovoljni (Lopolopo, 2002). Ako sve ovo uzmemo u obzir, kao i rezultate prema kojima su naši lekari, u ovom slučaju hirurzi, ali i lekari drugih specijalnosti, veoma zadovoljni svojim poslom i profesijom, čini nam se da možemo imati bolju i potpuniju sliku o onima o kojima se u poslednje vreme, prvenstveno u medijima, govori uglavnom sa negativnim prizvukom.

Još jedno od pitanja koje nas je interesovalo je i *da li su naši lekari rezilijentniji u odnosu na neke druge ispitanike?* Model

rezilijentnosti koji je korišćen u istraživanju zasnovan je na dimenzijama rezilijentnosti kao i koeficijentu rezilijentnosti. Na prvoj dimenziji rezilijentnosti – samokontrola rezultati su pokazali da hirurzi imaju sposobnost da pozitivno utiču na stresnu situaciju i da mogu da kontrolišu sopstveni odgovor na tu situaciju, ali je ta sposobnost ispodprosečno razvijena i ka njenom razvoju bi očigledno trebalo usmeriti programe razvoja rezilijentnosti. Lekari drugih specijalnosti kao grupa takođe imaju ispodprosečne vrednosti na ovoj dimenziji rezilijentnosti. Interesantno je da u odnosu na istraživanje u kojem je korišćen ARP na radnicima u sektoru mentalnog zdravlja u Americi (Thomas-Scharksnas, 2002), ispitanici u našem uzorku imaju veću prosečnu vrednost na dimenziji samokontrole, ali da hirurzi i lekari drugih specijalnosti u Srbiji pokazuju manju prosečnu vrednost u odnosu na psihoterapeute iz Evrope (Želeskov-Đorić, 2006). Na dimenziji odgovornosti obe grupe lekara su imale visok skor tj. obe grupe su iznad proseka u odnosu na druge ispitanike što je i očekivano i u skladu sa poslom kojim se bave. Hirurzi su spremni da se trude da prevaziđu stresnu situaciju u kojoj su se našli i preuzmu odgovornost („preuzmu situaciju u svoje ruke“) bez obzira na uzrok stresa. Pored toga, hirurzi imaju veći prosečni skor na dimenziji odgovornosti, kako u odnosu na zaposlene u sektoru mentalnog zdravlja iz istraživanja Thomas-Scharksnasa (2002) tako i u odnosu na grupu psihoterapeuta iz raznih evropskih zemalja (Želeskov-Đorić, 2006). Na trećoj dimenziji rezilijentnosti – generalizaciji hirurzi su na nivou proseka, a lekari drugih specijalnosti imaju ispodprosečno razvijenu ovu dimenziju rezilijentnosti. Dakle, moglo bi se reći da lekari drugih specijalnosti imaju ispodprosečnu sposobnost da stres koji se dešava u jednoj oblasti života drže tamo gde se stres i desio i ne

omoguće mu da utiče na druge oblasti života. Za razliku od njih hirurzi su u stanju da stres drže u onoj oblasti života u kojoj se i desio. Prosečni rezultati na ovoj dimenziji rezilijentnosti niži su u odnosu na prosečne rezultate zaposlenih u sektoru mentalnog zdravlja iz istraživanja Thomas-Scharksnasa (2002), kao i u odnosu na prosek iz istraživanja u kojem su ispitanici bili psihoterapeuti (Želeskov-Đorić, 2006). Četvrta dimenzija rezilijentnosti je trajanje i na njoj su obe grupe lekara imale niži skor u odnosu na norme iz američkog uzorka, ali istovremeno i veći skor u odnosu na prosek zaposlenih u sektoru mentalnog zdravlja iz istraživanja Thomas-Scharksnasa (2002). Međutim, u odnosu na psihoterapeute (Želeskov-Đorić, 2006) naši ispitanici su imali nižu prosečnu vrednost. Možemo reći da hirurzi i lekari drugih specijalnosti opažaju ishod stresne situacije koja se desila kao nešto što može trajati i kada se sama situacija završi, te da oni o tom ishodu mogu razmišljati neko vreme, ali ipak ne predugo. Ovde je važno istaći da su naši rezultati u skladu sa prethodnim istraživanjima da su hirurzi rezilijentni od drugih lekara (Campbell et al., 2001), da lekari imaju srednji ili nivo rezilijentnosti blizu proseka (Keeton et al., 2007), kao i da je rezilijentnost lekara povezana sa odgovornošću koja se deli u timu lekara. Na kraju, u pogledu koeficijenta rezilijentnosti, koji predstavlja zbir skorova na svim dimenzijama rezilijentnosti, prosečne vrednosti hirurga i lekara drugih specijalnosti su nešto ispod nivoa proseka američkog normativnog uzorka. Ono što je karakteristično za ovu grupu ljudi prema teorijskom modelu Pola Stoltza je da se u većini stresnih situacija koje su dramatične i teške dobro snalaze, ali kada naiđu velike teškoće i problemi mogu biti njima preplavljeni i demoralisani. Stoga je važno da osobe koje se nalaze nešto ispod prosečnog koeficijenta

rezilijentnosti nauče kako da razvijaju svoju rezilijentnost. U tom smislu, naši rezultati sugeriju da bi bilo korisno osmisliti programe i treninge za razvoj rezilijentnosti zdravstvenih radnika sa posebnim osvrtom na dimenzije na kojima lekari pokazuju niske rezultate.

Pored zadovoljstva poslom i rezilijentnosti, predmet interesovanja bila je i partnerska afektivna vezanost. U tom smislu, može se postaviti pitanje *da li se naši lekari razlikuju u odnosu na druge ispitanike po partnerskoj afektivnoj vezanosti?*

Hirurzi su u partnerskim vezama distanciraniji i uzdržaniji, dok su lekari drugih specijalnosti na *dimenziji izbegavanja* ispod proseka tj. manje su distancirani i uzdržani u partnerskim odnosima. Što se *dimenzije anksioznosti* tiče, i hirurzi i lekari drugih specijalnosti nalaze se ispod proseka u odnosu na norme tj. manje su zavisni od partnera i nemaju strah da će ih partner napustiti. U odnosu na dosadašnja istraživanja, možemo reći da je kod hirurga prisutniji izbegavajući stil partnerske afektivne vezanosti, a kod lekara drugih specijalnosti preokupirani stil, što je različto u odnosu na dosadašnja istraživanja u našoj sredini (Stefanović- Stanojević, 2002).

Pored zadovoljstva poslom, afektivne vezanosti partnerskog tipa i rezilijentnosti, varijable u istraživanju koje je sprovedeno bile su i dimenzije ličnosti zasnovane na petofaktorskom modelu ličnosti. Rezultati pokazuju da su, gledano u proseku, i hirurzi i lekari drugih specijalnosti neurotičniji u odnosu na druge ispitanike iz populacije, ali i da su ekstravertniji, otvoreniji za nova iskustva, saradljiviji i savesniji u odnosu na norme za našu sredinu. Na dimenziji psihoticizma lekari iz obe grupe imaju niži skor od proseka, što je i očekivano: u obema grupama distribucija

psihoticizma bila je pomerena uлево, tj. veliki broj ispitanika imao je niske skorove, kao i da je test koji je primjenjen bio sužene diskriminativnosti. Pored toga, distribucija dimenzije savesnosti kod lekara drugih specijalnosti pomerena je udesno, tako da veći broj ispitanika ima visoke skorove.

Da rezimiramo:

- ✓ hirurzi i lekari drugih specijalnosti su nadprosečno zadovoljni svojim trenutnim poslom kojim se bave kao i samom profesijom koju su izabrali, nešto malo iznad proseka su zadovoljni supervizijom koju dobijaju na poslu, prosečno su zadovoljni kolegama sa kojima rade, a nezadovoljni su platom i mogućnošću unapređenja;
- ✓ u partnerskim odnosima hirurzi pokazuju veću distanciranost i uzdržanost, kao i manji strah i zabrinutost da će biti ostavljeni od strane partnera, dok su lekari drugih specijalnosti manje distancirani u vezama, ali i manje zavisni od partnera;
- ✓ obe grupe lekara imaju srednji nivo rezilijentnosti ili otpornosti na stres (jedino na dimenziji odgovornosti imaju viši prosečni skor u odnosu na druge ispitanike).
- ✓ u odnosu na norme za našu sredinu hirurzi i lekari drugih specijalnosti su neurotičniji, ekstravertniji, otvoreniji za nova iskustva, saradljiviji i savesniji.

S obzirom da su u istraživanju hirurzi učestvovali kao ciljna grupa, a lekari drugih specijalnosti kao grupa za poređenje, pitanje na koje je istraživanje trebalo da odgovori bilo je:

Da li se hirurzi razlikuju od drugih lekara u odnosu na rezilijentnost, zadovoljstvo poslom, partnerske odnose i crte ličnosti?

Analiza razlika među grupama u pogledu svih navedenih varijabli izvedena je multivarijacionom analizom varijanse, a naknadne analize značajnosti razlika između grupa na pojedinim varijablama t testom za nezavisne uzorke. Budući da je koeficijent rezilijentnosti izведен na osnovu varijabli 'samokontrola', 'odgovornost', 'generalizacija' i 'trajanje' ova varijabla nije bila uključena u multivarijacionu analizu varijanse, već je razlika između dveju grupa u pogledu koeficijenta rezilijentnosti analizirana t-testom za nezavisne uzorke. Multivarijaciona analiza varijanse pokazala je statistički značajan efekat grupne pripadnosti lekara /Vilksova lambda = 0.723, F(18, 201) = 4.27, p < 0.001, parcijalni kvadrirani eta koeficijent = 0.277/. Rezultati koji su dobijeni naknadnim t testovima za nezavisne uzorke prikazani su u Tabeli 1, s tim da su prikazane samo varijable na kojima se ove dve grupe ispitanika statistički značajno razlikuju.

Tabela 1. Rezultati dobijeni testiranjem značajnosti razlika između hirurga (n = 110) i lekara drugih specijalnosti (n = 110) u pogledu partnerskih afektivnih veza, zadovoljstva poslom, rezilijentnosti i dimenzija ličnosti

Varijable	t	Df	Značajnost
Anksiozonost	-3.93	218	.000***
Zadovoljstvo platom	-2.12	218	.035*
Opšte zadovoljstvo poslom	-3.68	210.476	.000***
Odgovornost	2.20	218	.029*
Generalizacija	3.43	218	.001***
Koeficijent rezilijentnosti	3.03	218	.003**

*Nivo značajnosti: *p≤ .05, **p≤ .01, ***p≤ .001*

Na osnovu rezultata koji su prikazani možemo videti da se hirurzi statistički značajno razlikuju od lekara drugih specijalnosti na dimenziji anksioznosti afektivne vezanosti partnerskog tipa, prema zadovoljstvu platom i opštem zadovoljstvu poslom, na dimenziji odgovornosti i generalizacije kao dimenzijama rezilijentnosti, kao i po pitanju koeficijenta rezilijentnosti.

S obzirom da se većina istraživanja iz oblasti partnerske afektivne vezanosti bavila tipičnim obrascima afektivne vezanosti na različitim uzorcima, pored dimenzionalnog pristupa, primjenjen je i kategorijalni pristup. Rezultati su pokazali da je distribucija obrazaca sledeća: kod hirurga ima najviše *sigurnih* (43.6%), zatim *izbegavajućih* (27.3%), pa *preokupiranih* (12.7%) i na kraju *plašljivih obrazaca* (16.4%), a kod lekara drugih specijalnosti najviše je *preokupiranih* (33.6%), zatim *sigurnih* (30%), *plašljivih* (19.1%) i na kraju *izbegavajućih* (17.3%). Ove dve grupe ispitanika se statistički značajno razlikuju u odnosu na obrasce partnerske afektivne vezanosti tako da među hirurzima ima relativno češće zastupljenih sigurnih i izbegavajućih obrazaca afektivnog vezivanja partnerskog tipa, a kod lekara drugih specijalnosti su relativno češće zastupljeni izbegavajući, a relativno ređe sigurni i izbegavajući obrasci.

Dosadašnja istraživanja afektivne vezanosti odraslih koja su prvenstveno rađena na američkim uzorcima pokazala su da „izbegavajućih“ subjekata ima više u odnosu na „preokupirane“ (Van IJZendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; prema Stefanović-Stanojević, 2002). Za nas značajno istraživanje partnerske afektivne vezanosti koje je takođe urađeno na američkom uzorku, pokazuje da najviše ima izbegavajućih, zatim

sigurnih, pa preokupiranih, a najmanje plašljivih afektivnih obrazaca (Crowell & Owens, 1996; prema Stefanović-Stanojević, 2002). Istraživanja u našoj sredini pokazuju da je u Srbiji distribucija obrazaca partnerske afektivne vezanosti sledeća: najčešći su *sigurni* (52.3%) i *preokupirani obrasci* (24.4%), nešto redi *izbegavajući* (18.3%), a najređi (5%) su *plašljivi afektivni obrasci* (Stefanović-Stanojević, 2002).

Rezultat studije koja je sprovedena daje nešto drugačiju sliku distribucije partnerskih obrazaca kod hirurga i lekara drugih specijalnosti. Dok su hirurzi bliži američkom uzorku po pitanju izbegavajućeg obrasca, dotle su lekari drugih specijalnosti bliži onome što se dobija u našoj sredini, a to je veći broj ispitanika sa preokupiranim partnerskim obrascem. Značajno je primetiti i da je broj sigurnih i preokupiranih obrazaca kod lekara drugih specijalnosti približno jednak, kao i da je procenat plašljivih obrazaca u obe grupe lekara značajno veći u odnosu na procenat koji je dobijen u navedenom istraživanju iz 2002 godine.

Rezultati su pokazali i da se hirurzi i lekari drugih specijalnosti razlikuju u odnosu na zadovoljstvo platom kao i opšte zadovoljstvo poslom. Hirurzi su manje zadovoljni platom kao aspektom posla nego lekari drugih specijalnosti, što u našoj sredini može biti objašnjeno malim razlikama u platama zdravstvenih radnika, naročito u državnim institucijama, a velikim razlikama u stresogenosti samog posla hirurga u odnosu na druge lekare. Takođe, hirurzi su manje zadovoljni svojom profesijom: opšte zadovoljstvo poslom koje oni pokazuju je manje nego kod lekara drugih specijalnosti. Dosadašnja istraživanja iz ove oblasti veoma su kontradiktorna. Ima onih koja pokazuju da specijalnost nije od značaja za zadovoljstvo poslom kao i da ne

postoje razlike između hirurga i lekara drugih specijalnosti u zadovoljstvu poslom (Keeton et al., 2007) što nije u skladu sa rezultatima koji su dobijeni. Prema drugim istraživanjima hirurzi su najzadovoljniji poslom od svih ostalih lekara (Campbell et al., 2001; Deary et al., 1996; Firth-Cozens et al., 1999; Firth-Cozens, 2007; Ramirez et al., 1996), ili su visoko nezadovoljni poslom (Sharma et al., 2007), što rezultati ove studije nisu potvrdili. Pored toga, postoje i istraživanja koja pokazuju da su lekari drugih specijalnosti zadovoljniji poslom u odnosu na hirurge (Leigh et al., 2002; Lepnurm et al., 2006) što je u skladu sa rezultatima ovog istraživanja.

Što se rezilijentnosti tiče, rezultati pokazuju da se hirurzi i lekari drugih specijalnosti razlikuju na *dimenzijama odgovornosti i generalizacije*: hirurzi su sposobniji da u stresnoj situaciji preuzmu odgovornost za poboljšanje situacije, za razliku od drugih lekara kod kojih je ta sposobnost manje izražena. Ovaj rezultat je u skladu sa istraživanjima da su hirurzi koji imaju sposobnost da rešavaju kritične situacije tokom operacija rezilijentniji (Reason, 2000; prema Channa, 2008). Takođe, hirurzi se od lekara drugih specijalnosti razlikuju i po *dimenziji generalizacije*: hirurzi imaju veću sposobnost da stres koji se dešava na poslu drže u tom aspektu života i ne dozvole da to utiče na ostale aspekte. Budući da je za hirurge veoma značajno da uspostave balans između posla i porodice kako bi mogli dobro da funkcionišu u svojoj profesiji (Balch & Copeland, 2007; Yost et al., 2005), ova dimenzija rezilijentnosti jeste svakako veoma značajna i očekivano kod njih razvijenija u odnosu na druge lekare. Rezultati su pokazali da se hirurzi i lekari drugih specijalnosti razlikuju i prema *koeficijentu rezilijentnosti (AQ)*: hirurzi imaju veći koeficijent rezilijentnosti

u odnosu na druge lekare. Ovaj nalaz je u skladu sa istraživanjima koja ističu da hirurzi imaju veći stres u odnosu na druge lekare (Ramirez et al., 1996; Shungerman et al., 2001), kao i da su sposobniji da ga prevaziđu (Campbell et al., 2001).

Interesantan je i nalaz da nisu dobijene razlike između hirurga i lekara drugih specijalnosti u pogledu dimenzija ličnosti. Dosadašnja istraživanja su po ovom pitanju veoma nekonzistentna. Neka istraživanja govore da postoje razlike između ove dve grupe (Mowbrey & Davies, 1971; Schwartz et al., 1994), dok u drugoj grupi istraživanja nisu dobijene razlike između hirurga i lekara drugih specijalnosti (Coombs et al., 1993), niti razlike među onim studentima koji kasnije biraju specijalizaciju iz hirurgije u odnosu na one koji biraju neke druge specijalnosti (Maron et al., 2007). Rezultati istraživanja u Srbiji su u skladu sa drugom grupom istraživanja. Iako nisu dobijene statistički značajne razlike između hirurga i lekara drugih specijalnosti, aritmetička sredina za hirurge na dimenziji neurotičnosti je nešto manja od aritmetičke sredine lekara drugih specijalnosti, što je u skladu sa pojedinim istraživanjima (Krajnik et al., 2007; McCulloch et al., 2005). U pogledu ekstraverzije hirurzi imaju viši prosečni rezultat u odnosu na druge lekare, što se takođe slaže sa rezultatima drugih istraživača (Carver & Scheier, 1992; Mischel, 1993; Schwartz et al., 1994), dok je prosečni rezultat hirurga u pogledu savesnosti niži nego za lekare drugih specijalnosti, što pojedina istraživanja takođe potvrđuju (Borges & Gibson, 2005). Ipak, kao što je rečeno ove razlike u sprovedenoj studiji nisu bile statistički značajne.

Na kraju, možemo reći da su hirurzi u odnosu na lekare drugih specijalnosti skloniji da se distanciraju i uzdržaniji su u partnerskim odnosima, manje su zadovoljni platom i svojom

profesijom, rezilijentniji su i sposobniji da u stresnoj situaciji pozitivno utiču na ishod te situacije, kao i da ne dozvole da se stres sa posla prenosi na druge aspekte njihovog života, ali se statistički značajno ne razlikuju od drugih lekara u pogledu dimenzija ličnosti.

Pored ispitivanja razlika između ove dve grupe lekara u pogledu varijabli koje su navedene, pitanje koje je postavljeno na početku istraživanja bilo je i *Da li postoji povezanost između rezilijentnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga i lekara drugih specijalnosti, i, ako postoji, u kojoj meri se ta povezanost može objasniti uticajem kvaliteta afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti?*

Rezultati istraživanja su pokazali da kod hirurga nije dobijena povezanost između rezilijentosti i zadovoljstva poslom, ali kod lekara drugih specijalnosti možemo govoriti o povezanosti rezilijentnosti i zadovoljstva poslom koja se pokazala statistički značajnom. Rezultati su prikazani u Tabeli 2.

Tabela 2. Kanonička korelaciona analiza povezanosti rezilijentnosti i zadovoljstva poslom na uzorku lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Koeficijenti kanoničkih korelacija (Rho) i njihova značajnost					
	Rho	Lambda	Hi2	Df	Značajnost
1	.463	.649	44.702	24.000	.006
Varijable rezilijentnosti (prvi set mera)		Varijable zadovoljstva poslom (drugi set mera)			
Samokontrola	-.176 (.011)	Zadovoljstvo prirodom posla			-.392 (-.444)
Odgovornost	-.139 (-.448)	Zadovoljstvo platom			-.220 (-.202)
Generalizacija	1.115 (.794)	Zadovoljstvo unapređenjem			.820 (.241)
Istrajnost	-.592 (-.092)	Zadovoljstvo supervizijom			-.796 (-.656)
		Zadovoljstvo kolegama na poslu			-.160 (-.430)
		Opšte zadovoljstvo poslom			.200 (.032)

Nivo značajnosti: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Lekari koji percipiraju da imaju manju sposobnost da pozitivno utiču na ishod stresne situacije i koji su sposobniji da ne dozvole širenje stresne situacije na druge aspekte života, manje su zadovoljni svojim trenutnim poslom, supervizijom na poslu kao i kolegama sa kojima rade. Sastav je jasno da upravo zbog svoje nemogućnosti da sebe vide kao nekoga ko može uticati na promenu stresne situacije na poslu, svaki ishod situacije koji je negativan mogu doživeti kao grešku ili propust supervizora ili kolega iz tima sa kojima rade, a time jesu i manje zadovoljni svojim trenutnim poslom. Iako su ovi lekari sposobni da onemoguće širenje stresne situacije sa posla na privatne aspekte života (porodica, socijalni život) izgleda da napor koji im je potreban da stres „drže“ na poslu ako se tamo i desio dovodi do manjeg zadovoljstva i samim poslom kojim se

trenutno bave, ali i kolegama i supervizorima na poslu. Interesantno je da su lekari koji su u stanju da stresnu situaciju ne šire na druge aspekte života i kod kojih efekti te situacije kraće traju zadovoljniji unapređenjem, ali su manje zadovoljni kolegama, supervizijom i trenutnim poslom koji rade. Nezadovoljstvo navedenim aspektima posla je očekivano, jer ono što njih čini zadovoljnim jeste unapređenje, koje donosi ne samo novu radnu poziciju, već i novo i drugačije okruženje. Rezultati koji su dobijeni kod hirurga slažu se sa nalazima istraživanja na zaposlenima u sektoru mentalnog zdravlja u kojem takođe nije dobijena povezanost između rezilijentnosti i zadovoljstva poslom (Thomas-Scharksnas, 2002), dok su rezultati kod lekara drugih specijalnosti u skladu sa istraživanjima prema kojima zadovoljstvo poslom jeste povezano sa sposobnošću osobe da prevaziđe stres (Andersen, 2007; Burke, 1996; Garfinkel et al., 2002), kao i sa izgaranjem na poslu kod zdravstvenih radnika (Kuerer et al., 2007).

Jedno od pitanja bilo je i *Da li postoji povezanost partnerskog afektivnog vezivanja i zadovoljstva poslom kod obe grupe lekara?*

Pojedina istraživanja govore o značaju partnerskih afektivnih veza za radnu uspešnost i zadovoljstvo poslom (Hazan & Shaver, 1990). Smatra se da su osobe sa sigurnim obrascem afektivne vezanosti one koje će se bolje prilagoditi poslovnim obavezama i biti uspešnije na poslu, dok će osobe sa izbegavajućim ili anksioznim obrascima vezanosti biti slabije prilagođene poslu, imati manje poverenje u kolege i biti nezadovoljnije platom (Bartley et al., 2007; Bifulco, 2002; Krausz et al., 2001). Neka od istraživanja bavila su se direktno vezama tipova partnerske afektivne vezanosti i zadovoljstva

poslom i rezultati su pokazali da su sigurno afektivno vezane osobe bile najzadovoljnije poslom za razliku od nesigurno afektivno vezanih osoba koje su bile najmanje zadovoljne poslom (Krausz et al., 2001; Schirmer i Lopez, 2001). Istraživanja na lekarima je jako malo, čak se navodi da je anksioznost (kao jedna od dve dimenzije afektivne vezanosti) veoma retko merena (Firth-Cozens, 2007), ali se ističe da upravo dobar odnos sa značajnim drugima van bolničkog okruženja može biti značajan za zadovoljstvo poslom lekara (Levis et al., 1993; McMurray et al., 1997; Ramirez et al., 1996; Warde et al., 1999). Što se hirurga tiče, pojedina istraživanja pokazuju da su hirurzi koji imaju dobar odnos sa partnerom zadovoljniji svojim poslom, kao i da su zadovoljstvo partnerskom vezom (za koju su obrasci afektivne vezanosti najvažniji) i zadovoljstvo poslom kod njih povezani (Kao et al., 2005; Lewis et al., 1993; Sargent et al., 2004). U istraživanju koje je sprovedeno nije dobijena povezanost između afektivne vezanosti partnerskog tipa i zadovoljstva poslom ni kod jedne grupe lekara. U tom smislu, rezultati istraživanja nisu u skladu sa onim koja su nam bila dostupna. Ovde treba svakako uzeti u obzir da mi nismo govorili o obrascima afektivne vezanosti, već o dimenzijama vezivanja, a da su sve prethodne studije imale kategorijalni pristup.

Pored rezilijentnosti i partnerskog afektivnog vezivanja, istraživanje je trebalo da odgovori i na pitanje *Da li postoji povezanost između crta ličnosti i zadovoljstva poslom kod hirurga i lekara drugih specijalnosti?* Da, postoji i to kod obe grupe lekara. Rezultati su prikazani u tabelama 3 i 4.

Tabela 3. Rezultati kanoničke korelaceione analize povezanosti dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom na uzorku hirurga (n = 110)

Koeficijenti kanoničkih korelacija (Rho) i njihova značajnost					
	Rho	Lambda	Hi2	df	Značajnost
1	.476	.574	56.982	36.000	.014
Varijable dimenzija ličnosti (prvi set mera)		Varijable zadovoljstva poslom (drugi set mera)			
Neuroticizam	.682 (.394)	Zadovoljstvo prirodom posla			.225 (-.159)
Ekstraverzija	.047 (.162)	Zadovoljstvo platom			.293 (-.068)
Otvorenost	.264 (.297)	Zadovoljstvo unapređenjem			-.645 (-.656)
Saradljivost	-.649 (-.558)	Zadovoljstvo supervizijom			.343 (-.212)
Savesnost	.782 (.337)	Zadovoljstvo kolegama na poslu			-.832 (-.821)
Psihoticizam	-.239 (-.081)	Opšte zadovoljstvo poslom			-.161 (-.138)

Tabela 4. Rezultati kanoničke korelaceione analize povezanosti dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom na uzorku lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Koeficijenti kanoničkih korelacija (Rho) i njihova značajnost					
	Rho	Lambda	Hi2	df	Značajnost
1	.467	.596	53.073	36.000	.033
Varijable dimenzija ličnosti (prvi set mera)		Varijable zadovoljstva poslom (drugi set mera)			
Neuroticizam	-.207 (.007)	Zadovoljstvo prirodom posla			-.021 (-.247)
Ekstraverzija	-.546 (-.135)	Zadovoljstvo platom			.236 (.078)
Otvorenost	.718 (.413)	Zadovoljstvo unapredjenjem			.052 (-.293)
Saradljivost	-.580 (-.470)	Zadovoljstvo supervizijom			-.383 (-.685)
Savesnost	.634 (.392)	Zadovoljstvo kolegama na poslu			-.781 (-.891)
Psihoticizam	-.360 (.306)	Opšte zadovoljstvo poslom			.271 (.125)

*Nivo značajnosti: *p ≤ .05, **p ≤ .01, ***p ≤ .001*

Što se hirurga tiče, povezanost dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom u skladu je sa ranijim istraživanjima (Greenberg & Baron, 1993). Hirurzi koji su saradljiviji kao osobe, zadovoljniji su

unapređenjem i kolegama sa kojima rade, što je i očekivano. Zadovoljstvo kolegama na poslu u vezi je sa interpersonalnim odnosima, a takođe i mogućnost napredovanja (teško da će osoba koja je zatvorena, nedruželjubiva, distancirana u odnosima, nesaradljiva napredovati), pa je očekivano da lekari koji jesu saradljiviji upravo u interpersonalnim odnosima sa drugima grade pozitivnu interakciju što rezultira zadovoljstvom tim odnosima. Ovaj rezultat u skladu je sa ranijim nalazima da lekari koji su saradljiviji svoje kolege na poslu opisuju kao podržavajuće i spremne da pomogu kao i da su njima zadovoljni (McManus et al., 2004). Pored toga, hirurzi koji su neurotičniji i savesniji u odnosu na posao manje su zadovoljni kolegama sa kojima rade kao i mogućnošću napredovanja. To se može objasniti činjenicom da osobe koje su neurotičnije imaju veće probleme u interpersonalnim odnosima i jesu manje zadovoljne tim odnosima, ali i da preterana savesnost u poslu može devaluirati rad drugih radnika (kolega) koji poslu pristupaju na drugačiji način i dovesti do manjeg zadovoljstva saradnicima. Takođe, sama tendencija neurotičnih osoba da budu nezadovoljnije prvenstveno sobom i različitim aspektima života, objašnjava i manje zadovoljstvo mogućnošću napredovanja na poslu. Ovde treba imati u vidu i da se napredovanje na poslu ne zasniva samo na savesnom radu u struci, što ove osobe može dodatno konfrontirati i činiti ih manje zadovoljnim ovim aspektom posla.

Rezultati pokazuju da lekari drugih specijalnosti koji su introvertniji, savesniji i otvoreniji za nova iskustva i manje saradljivi ispoljavaju manje zadovoljstvo u odnosu na kolege sa kojima rade i superviziju na poslu. Ovaj rezultat je u skladu sa ranijim nalazima prema kojima su lekari koji su saradljiviji zadovoljniji kolegama sa kojima rade, a ekstravertniji lekari

zadovoljniji poslom (McManus et al., 2004). Ovde je važno istaći da, iako su lekari otvoreniji za nova iskustva manje zadovoljni svojim kolegama, pacijenti tih lekara su zadovoljniji njima kao lekarima (Duberstein et al., 2007). Jedno od mogućih objašnjenja manjeg zadovoljstva supervizijom lekara koji su otvoreniji za nova isksutva jeste i eventualna nedovoljna motivisanost i inventivnost supervizora u praćenju novih trendova u medicini, kao i nerazumevanje potrebe lekara da primeni neku novu proceduru u radu. Dosadašnja istraživanja, iako ne mnogobrojna (Cohen & Rhydderch, 2006), potkrepljuju naše rezultate sugerijući da između dimenzija ličnosti i zadovoljstva poslom kod lekara postoji povezanost (Deary & Matthew, 1993; Deary et al., 1996; De Fruyt i Mervielde, 1999). Na kraju, kao što se može videti iz rezultata, ove dve grupe lekara se razlikuju u strukturi povezanosti crta ličnosti i zadovoljstva poslom.

PREDIKCIJA ZADOVOLJSTVA POSLOM LEKARA

Zadovoljstvo poslom hirurga je kao što smo videli značajno kako za radnu efikasnost i uspešnost hirurga na poslu, tako i za zadovoljstvo životom. Ono što se može postaviti kao pitanje, nakon rezultata koji su dobijeni i koji nam daju sliku koliko su hirurzi u Srbiji zadovoljni svojim poslom je mogućnost predviđanja različitih aspekata posla kao i opšteg zadovoljstva poslom preko rezilijentnosti, partnerskog afektivnog vezivanja i crta ličnosti. Odgovor na ovo pitanje dobijen je primenom multiple regresione analize u dva koraka (bloka) gde je testiran dodatni doprinos rezilijentnosti objašnjenju varijanse svakog pojedinačnog aspekta zadovoljstva poslom kao i opšteg zadovoljstva poslom u odnosu na afektivno vezivanje partnerskog tipa i strukturu ličnosti kod hirurga i lekara drugih specijalnosti.

Prvi od aspekata posla odnosi se na zadovoljstvo prirodom posla koji hirurg tj. lekar neke druge specijalnosti obavlja. Rezultati pokazuju da nije dobijena značajna predikcija tj. da zadovoljstvo prirodom posla hirurga nismo mogli predvideti

preko rezilijentnosti, afektivne vezanosti i crta ličnosti što je u skladu sa nalazom da rezilijentnost nije značajan prediktor zadovoljstva prirodom posla kod zaposlenih u sektoru mentalnog zdravlja (Thomas-Scharksnas, 2002).

Za razliku od hirurga, zadovoljstvo prirodom posla kod lekara drugih specijalnosti možemo predvideti preko navedenih varijabli. Rezultati su prikazani u Tabeli 5.

Tabela 5. Značajnost predikcije zadovoljstva prirodom posla preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Model	R	R ²	df	F	Značajnost	Promena R ²	F za promenu	Značajnost promene
1	.379 ^a	.144	8;101	2.123	.040 ^a		.144	2.123
2	.466 ^b	.217	12;97	2.241	.015 ^b	.073	2.266	.068

^a Model 1: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa i crte ličnosti

^b Model 2: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa, crte ličnosti i varijable rezilijentnosti

Kao što vidimo, analiza pokazuje da postoji i dodatni doprinos rezilijentnosti objašnjenu varijanse zadovoljstva poslom. Procenat varijanse u zadovoljstvu poslom koji se može objasniti individualnim razlikama u crtama ličnosti i afektivnom vezivanju partnerskog tipa iznosi 14.4% (model 1), a procenat varijanse u zadovoljstvu poslom koji se može objasniti individualnim razlikama u crtama ličnosti, afektivnom vezivanju partnerskog tipa i rezilijentnosti iznosi 21.7% (model 2), što znači da rezilijentnost dodatno objašnjava 7.3% varijabilnosti zadovoljstva poslom. Na osnovu analize regresionih koeficijenata možemo reći da značajan parcijalni doprinos objašnjenu zadovoljstva poslom daju samo pojedine dimenzije ličnosti i rezilijentnosti ali ne i afektivna vezanost partnerskog tipa (Tabela 6). Od dimenzija

ličnosti značajan parcijalni doprinos daje ekstraverzija, a od dimenzija rezilijentnosti samokontrola, pa možemo reći da oni lekari koji su ekstravertniji i opažaju da imaju kontrolu nad situacijom stresa kada se u njoj nađu jesu i zadovoljniji prirodom svog trenutnog posla kojim se bave. Parcijalni regresioni koeficijenti značajnih prediktorskih varijabli i ishodi testova njihove statističke značajnosti prikazani su u Tabeli 6.

Tabela 6. Parcijalni standradizovani regresioni koeficijenti (Beta) i značajnost regresionih koeficijenata za predikciju zadovoljstva prirodom posla preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

	Model 1	Beta	T	značajnost
	Ekstraverzija	.247	2.154	.034
Model 2				
	Samokontrola	.238	2.097	.039

Nalazi koje smo dobili za lekare drugih specijalnosti u skladu su sa istraživanjima koja ističu da su lekari koji su otporniji na stres i koji mogu da ga adekvatno prevaziđu zadovoljniji poslom (Andresen, 2007; Garfinkel et al., 2005; Ramirez et al., 1996; Stanton et al., 2002), kao i da crte ličnosti imaju značaja u predikciji zadovoljstva poslom (Roux et al, 2006).

Drugi aspekt zadovoljstva poslom koji je ispitivan je zadovoljstvo platom. Rezultati su pokazali da ovaj aspekt zadovoljstva poslom nije moguće predvideti preko rezilijentnosti, partnerske afektivne vezanosti i crta ličnosti ni kod hirurga ni kod lekara drugih specijalnosti. Ovi rezultati su u skladu sa do sada jedinim istraživanjem koje je koristilo iste instrumente za merenje rezilijentnosti i zadovoljstva poslom koji su korišćeni u

našem istraživanju, i koje je izvedeno na uzorku zaposlenih u sektoru mentalnog zdravlja (Thomas-Scharksnas, 2002). Ostaje otvoreno pitanje šta je to čime možemo predviđati zadovoljstvo platom zdravstvenih radnika ako to nisu ni osobine ličnosti, ni afektivne veze partnerskog tipa ni otpornost na stres na poslu? Da li je zadovoljstvo ovim aspektom posla povezano sa nekim socioekonomskim karakteristikama ili demografskim varijablama koje ovde nisu uzete u obzir?

Što se unapređenja na poslu tiče, rezultati studije pokazuju da zadovoljstvo unapređenjem kod lekara drugih specijalnosti nije moguće predvideti preko rezilijentnosti, partnerske afektivne vezanosti i crte ličnosti, dok kod hirurga to nije slučaj. Koliko su hirurzi zadovoljni mogućnošću napredovanja na poslu možemo predvideti preko rezilijentnosti i crte ličnosti, ali ne i preko afektivne vezanosti. Rezilijentnost pokazuje dodatni doprinos objašnjenu ove varijable (predikcija od dodatnih 6.5%), ali bez dostizanja statistički značajne vrednosti. Rezultati su prikazani u Tabeli 7.

Tabela 7. Značajnost predikcije zadovoljstva unapređenjem preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak hirurga (n = 110)

Model	R	R ²	df	F	Značajnost	Promena R ²	F za promenu	Značajnost promene
1	.367 ^a	.134	8;101	1.961		.059 ^a	.134	1.961
2	.446 ^b	.199	12;97	2.011		.031 ^b	.065	1.962

^a Model 1: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa i crte ličnosti

^b Model 2: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa, crte ličnosti i varijable rezilijentnosti

Iz Tabele 7 možemo videti da sama rezilijentnost, kao ni ostale varijable samostalno ne dostižu statistički značajan

doprinos objašnjenju varijanse zadovoljstva unapređenjem, ali sve ove varijable uzete zajedno daju statistički značajan doprinos predviđanju varijanse zadovoljstva unapređenjem koji iznosi 19.9% (model 2). Značajni prediktori su neuroticizam i savesnost i to tako da oni hirurzi koji su manje neurotični ali i manje savesni jesu zadovoljniji mogućnošću unapređenja na poslu. Ovi nalazi su u skladu sa istraživanjima koja ističu da osobine ličnosti imaju uticaja na zadovoljstvo poslom (Cranny, Smith & Stone, 1992; McManus et al., 2004). U Tabeli 8 prikazani su parcijalni regresioni koeficijenti značajnih prediktorskih varijabli i ishodi testova njihove statističke značajnosti.

Tabela 8. Parcijalni standardizovani regresioni koeficijenti (Beta) i značajnost regresionih koeficijenata za predikciju zadovoljstva unapređenjem na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak hirurga (n = 110)

Model 1	Beta	t	značajnost
Neuroticizam	-.281	-2.059	.042
Savesnost	-.417	-3.442	.001
Model 2			
Neuroticizam	-.313	-2.278	.025
Savesnost	-.551	-4.087	.000

Interesantno je da kod lekara drugih specijalnosti nije dobijena značajna predikcija zadovoljstva unapređenjem, iako su nalazi u skladu sa istraživanjem kod zaposlenih u sektoru mentalnog zdravlja u kojem nije dobijena značajna predikcija zadovoljstva unapređenjem preko rezilijentnosti (Thomas-Scharksnas, 2002). Ostaje pitanje šta je to čime možemo predviđati zadovoljstvo unapređenjem kod lekara koji nisu

hirurzi, kao i, koje još varijable treba uzeti u analizu kako bismo dobili bolju mogućnost predikcije kod hirurga?

Četvrti aspekt zadovoljstva poslom bila je supervizija na poslu. Pitanje se odnosilo na to da li preko rezilijentnosti, afektivne vezanosti partnerskog tipa i strukture ličnosti možemo predikovati zadovoljstvo supervizijom koju obe grupe lekara dobijaju na poslu. Rezultati su pokazali da kod hirurga ne možemo predviđati zadovoljstvo supervizijom na poslu preko navedenih varijabli, što je u skladu sa istraživanjem Thomas-Scharksnas iz 2002 godine.

Za razliku od hirurga, kod lekara drugih specijalnosti to je moguće kao što možemo videti u Tabeli 9.

Tabela 9. Značajnost predikcije zadovoljstva supervizijom preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Model	R	R ²	df	F	Značajnost	Promena R ²	F za promenu	Značajnost promene	
1	.379 ^a	.143	8;101	2.114		.041 ^a	.143	2.114	.041
2	.457 ^b	.209	12;97	2.137		.021 ^b	.066	2.014	.098

^a Model 1: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa i crte ličnosti

^b Model 2: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa, crte ličnosti i varijable rezilijentnosti

Iz Tabele 9 vidimo da postoji značajna predikcija zadovoljstva supervizijom preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i dimenzija ličnosti. Analiza pokazuje da postoji i značajan dodatni doprinos rezilijentnosti objašnjenju varijanse zadovoljstva poslom. Procenat objašnjene varijanse zadovoljstva supervizijom na osnovu afektivnog vezivanja partnerskog tipa i dimenzija ličnosti iznosi 14.3% (model 1), a na osnovu afektivnog vezivanja

partnerskog tipa, dimenzija ličnosti i rezilijentnosti 20.9% (model 2), što znači da rezilijentnost dodatno predviđa 6.6% zadovoljstva poslom. Značajni regresioni koeficijenti su prikazani u Tabeli 10.

Tabela 10. Parcijalni standardizovani regresioni koeficijenti (Beta) i značajnost regresionih koeficijenata za predikciju zadovoljstva supervizijom na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Model 1	Beta	T	značajnost
Ekstraverzija	.231	2.012	.047
Saradljivost	.235	2.358	.020
Model 2			
Savesnost	-.210	-1.974	.051
Generalizacija	-.292	-2.275	.025

Kao što vidimo, oni lekari koji su ekstravertniji, saradljiviji, manje savesni i imaju manju sposobnost da stresnu situaciju drže u aspektu života u kome se ona i desila jesu zadovoljniji supervizijom koju dobijaju na poslu. Ovaj nalaz je u skladu sa istraživanjima koja pokazuju da je dimenzija savesnosti dobar prediktor nekih od aspekata posla (Ferguson, Sanders & James, 2000), kao i da izgaranje na poslu (koje je veće kod manje rezilijentnih osoba) može biti dobar prediktor zadovoljstva poslom zdravstvenih radnika (Kuerer et al., 2007).

Peti aspekt zadovoljstva poslom je zadovoljstvo kolegama na poslu. Koliko su hirurzi ili lekari drugih specijalnosti zadovoljni kolegama sa kojima rade i može li se to predvideti preko rezilijentnosti, partnerske afektivne vezanosti i crta ličnosti? Rezultati su pokazali da je ovaj aspekt posla moguće

predvideti kod obe grupe lekara na osnovu navedenih varijabli istraživanja. U Tabeli 11 su prikazani rezultati za hirurge, a u Tabeli 12 za lekare drugih specijalnoati.

Tabela 11. Značajnost predikcije zadovoljstva kolegama na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak hirurga (n = 110)

Model	R	R ²	df	F	Značajnost	Promena R ²	F za promenu	Značajnost promene
1	.455 ^a	.207	8;101	3.294	.002	.207	3.294	.002
2	.523 ^b	.273	12;97	3.041	.001 ^b	.066	2.218	.073

^a Model 1: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa i crte ličnosti

^b Model 2: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa, crte ličnosti i varijable rezilijentnosti

Tabela 12. Značajnost predikcije zadovoljstva kolegama na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Model	R	R ²	df	F	Značajnost	Promena R ²	F za promenu	Značajnost promene
1	.475 ^a	.226	8;101	3.686	.001	.226	3.686	.001
2	.508 ^b	.258	12;97	2.806	.002 ^b	.032	1.036	.393

^a Model 1: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa i crte ličnosti

^b Model 2: prediktori: varijable afektivnog vezivanja partnerskog tipa, crte ličnosti i varijable rezilijentnosti

Vidimo da kod hirurga postoji značajna predikcija zadovoljstva kolegama na poslu preko afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti kod hirurga (model 1). Takođe, analiza pokazuje i da dodatni doprinos rezilijentnosti objašnjenu varijanse zadovoljstva kolegama na poslu iznosi 6.6% ali ne dostiže statističku značajnost (model 2). Procenat objašnjene varijanse zadovoljstva kolegama na osnovu afektivnog vezivanja partnerskog tipa i dimenzija ličnosti iznosi 20.7%

(model 1), a na osnovu afektivnog vezivanja partnerskog tipa, dimenzija ličnosti i rezilijentnosti 27.3% (model 2). Kod lekara drugih specijalnosti postoji statistički značajna predikcija zadovoljstva kolegama na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i dimenzija ličnosti takva da nije dobijen dodatni doprinos rezilijentnosti u predviđanju zadovoljstva kolegama na poslu. Intenzitet predikcije iznosi 22.6% (model 1) i 25.8% (model 2).

Analizom regresionih koeficijenata kod hirurga ustanovljeno je da afektivna vezanost partnerskog tipa ne daje značajan parcijalni doprinos objašnjenju individualnih razlika u zadovoljstvu kolegama, a da značajan parcijalni doprinos u tom pogledu imaju samo dimenzije ličnosti kao i samokontrola koja predstavlja jednu od dimenzija rezilijentnosti što možemo videti u Tabeli 13.

Tabela 13. Parcijalni standardizovani regresioni koeficijenti (Beta) i značajnost regresionih koeficijenata za predikciju zadovoljstva kolegama na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak hirurga (n = 110)

Model 1	Beta	t	značajnost
Neuroticizam	-.268	-2.048	.043
Otvorenost	-.260	-2.685	.008
Saradljivost	.226	2.154	.034
DezinTEGRACIJA	.263	2.261	.026
Model 2			
Neuroticizam	-.273	-2.085	.040
Otvorenost	-.244	-2.555	.012
Saradljivost	.232	2.259	.026
Savesnost	-.240	-1.865	.065
Samokontrola	-.213	-1.960	.053

Na osnovu Tabele 13 vidimo da hirurzi koji su manje neurotični, manje otvoreni za nova iskustva, manje savesni, saradljiviji, kao i oni koji imaju viši skor na dimenziji psihoticizma jesu zadovoljniji kolegama sa kojima rade. Ovi rezultati su u skladu sa istraživanjima koja ističu da osobine ličnosti jesu prediktori zadovoljstva poslom (Roux, 2006), da saradljiviji lekari svoje kolege opisuju kao spremne da pomognu i zadovoljniji su njima (McManus et al., 2004), kao i da savesnost jeste značajna za predikciju nekih aspekata posla (Ferguson et al., 2003).

Što se lekara drugih specijalnosti tiče samo crte ličnosti su se pokazale značajnim parcijalnim prediktorima zadovoljstva kolegama na poslu što se vidi u Tabeli 14.

Tabela 14. Parcijalni standardizovani regresioni koeficijenti (Beta) i značajnost regresionih koeficijenata za predikciju zadovoljstva kolegama na poslu preko rezilijentnosti, afektivnog vezivanja partnerskog tipa i strukture ličnosti za uzorak lekara drugih specijalnosti (n = 110)

Model 1	Beta	t	značajnost
Otvorenost	-.257	-2.355	.020
Saradljivost	.249	2.630	.010
Savesnost	-.261	-2.627	.010
Model 2			
Saradljivost	.227	2.199	.030
Savesnost	-.284	-2.757	.007

Na osnovu prikazanih rezultata vidimo da oni lekari koji su manje otvoreni za nova iskustva, manje savesni i više saradljivi jesu i zadovoljniji kolegama sa kojima rade. Nijedna od dimenzija

afektivnog vezivanja nije se izdvojila kao značajan prediktor zadovoljstva kolegama na poslu. Ovi rezultati nisu u skladu sa istraživanjima koja ističu da teorija afektivnog vezivanja može objasniti ponašanje odraslih osoba na poslu (Altman, 1997; Bluestein et al., 1995), da je ovaj teorijski pristup značajan za razumevanje posla i onoga što se osobi dešava na njemu (Bartley et al., 2007), te da su hirurzi koji su roditelji i imaju dobar odnos sa partnerom zadovoljniji poslom (Kao et al., 2004; Sargent et al., 2004). Iako se istraživači slažu da porodični život utiče na rad lekara (Dumelow et al., 2000; Reyes, 2007; Thangaratinam, 2006), očigledno da su crte ličnosti jači prediktori zadovoljstva kolegama na poslu, što je i u skladu sa nekim dosadašnjim istraživanjima na lekarima (Roux, 2006).

OGRANIČENJA STUDIJE

Glavno ograničenje ovog istraživanja odnosi se prvenstveno na instrumente koji su korišćeni u istraživanju, tj. testove samoprocene, što u velikoj meri može doprineti ishodu rezultata koje smo dobili, budući da su ispitanici verovatno skloniji da daju pozitivnije samoprocene u odnosu na ocene koje bi dobili od drugih procenjivača. Pored toga, uzorak ispitanika u ovom istraživanju bio je ograničen po veličini zbog nemogućnosti da se dođe do većeg broja ispitanika koji pripadaju ovoj subpopulaciji. Još jedno od ograničenja ovog istraživanja svakako jeste što je uzorak bio pretežno muškog pola, što onemogućava donošenje nekih opštijih zaključaka u odnosu na samu profesiju lekara, ali ne i hirurga. Na kraju, uzorak u ovom istraživanju činili su lekari, te stoga svi rezultati mogu biti interpretirani samo za ovu specifičnu grupu zaposlenih, a ne i za radnike u drugim profesijama.

ZAVRŠNA RAZMATRANJA

Predmet ove studije bio je zadovoljstvo poslom kod hirurga uzimajući u obzir koncept rezilijentnosti, teoriju afektivnog vezivanja i petofaktorski model ličnosti. Kao što je već rečeno u uvodnom delu ovog rada, hirurgija je najstresnija grana medicinske nauke (Ramirez, 1996), a zadovoljstvo poslom hirurga veoma je važno, jer hirurg koji je zadovoljan svojim poslom biva efikasniji na poslu, pravi znatno manje grešaka tokom operacija, a i generalni doprinos koji hirurg može dati ustanovi u kojoj radi jeste značajno veći. Imajući u vidu važnost zadovoljstva poslom kod hirurga, studijom su obuhvaćene varijable koje su do sada veoma retko bile uključene u istraživanje ovog tipa. Imajući u vidu činjenicu da je za hirurge jako značajno da imaju stabilan emotivni život (partnerski ili bračni), kao i ravnotežu između posla i privatnog života (Greeen et al., 1990; Sargent et al., 2004) u analize su, pored rezilijentnosti, uključene partnerske afektivne veze hirurga i njihov eventualni doprinos objašnjenju zadovoljstva poslom. Na osnovu rezultata koji su dobijeni možemo reći da je istraživanje pokazalo da se hirurzi i lekari

drugih specijalnosti značajno razlikuju u odnosu na neke od ispitanih varijabli.

Kao prvo, kada govorimo o zadovoljstvu poslom, hirurzi su manje zadovoljni svojim poslom kao i životom u odnosu na druge lekare što je svakako značajan ali istovremeno i veoma zabrinjavajući podatak, s obzirom na vrstu posla koju hirurzi obavljaju. Pored toga, lekari u Srbiji su veoma zadovoljni poslom tj. svojim zanimanjem, ali su jako nezadovoljni platom. Takođe, lekari smatraju da supervizija od strane mentora na poslu jeste dobra i time su zadovoljni kao i kolegama sa kojima rade, ali su zato nezadovoljni mogućnošću napredovanja u službi.

Što se rezilijentnosti tiče, obe grupe lekara pokazuju prosečan nivo rezilijentnosti, s tim da su hirurzi nešto rezilijentniji od drugih lekara. Ipak, nivo rezilijentnosti za koji bi se očekivalo da kod lekara, posebno hirurga bude veći, nije dobijen. Na osnovu nalaza koji su dobijeni moguće je napraviti preventivne programe za razvoj rezilijentnosti kod lekara, kojima bi se omogućio razvoj ove veštine neophodne za svakodnevno suočavanje sa stresom na poslu.

Nalaz da se hirurzi i lekari drugih specijalnosti ne razlikuju po crtama ličnosti je svakako interesantan i teorijski značajan, kao i da su lekari na svim dimenzijama petofaktorskog modela ličnosti pokazali više skorove u odnosu na druge ispitanike u populaciji izuzev na psihoticizmu, što je i očekivan rezultat. Takođe, ove dve grupe se razlikuju po obrascima partnerskog afektivnog vezivanja, te dok su kod hirurga najzastupljeniji sigurni i izbegavajući obrasci partnerske afektivne vezanosti,

kod lekara drugih specijalnosti najviše je preokupiranih obrazaca partnerske afektivne vezanosti.

Na kraju, rezultati su pokazali da postoji mogućnost predviđanja zadovoljstva poslom lekara na osnovu rezilijentnosti, partnerske afektivne vezanosti i crta ličnosti. Zadovoljstvo poslom je u istraživanju definisano kao multidimenzionalni konstrukt, te tako postoji pet aspekata posla koji su mereni i opšte zadovoljstvo profesijom koju su lekari izabrali. Nalazi koje smo dobili pokazuju da zadovoljstvo platom kod lekara obe grupe nije bilo moguće predvideti na osnovu rezilijentnosti, partnerske afektivne vezanosti i crta ličnosti. Takođe, zadovoljstvo profesijom kod obe grupe lekara nije bilo moguće objasniti na osnovu navedenih varijabli. Ipak, neke od varijabli, uglavnom crte ličnosti mogu predvideti zadovoljstvo prirodom posla i supervizijom kod lekara drugih specijalnosti, kao i zadovoljstvo unapređenjem kod hirurga. Zadovoljstvo kolegama na poslu je kod obe grupe lekara bilo moguće predvideti na osnovu crta ličnosti lekara.

Nalazi do kojih smo došli daju nam odgovore na pitanja koja su nas interesovala, ali nam istovremeno otvaraju nova. Da li su teorijski okviri koje smo koristili u istraživanju zadovoljstva poslom hirurga i lekara drugih specijalnosti bili dovoljni za razumevanje i objašnjenje? Iz svega navedenog, čini se da svakako jesu značajni za razumevanje jednog kompleksnog fenomena kao što je zadovoljstvo poslom, ali da je neophodno uključiti još neke varijable, kako bismo dobili jasniju i potpuniju sliku. Shodno tome možda bi bilo značajno da su u istraživanje bili uključeni i pojedini aspekti samog posla (npr. metode rada, organizacija posla, dužina radnog vremena i sl.), kao i neke druge psihološke varijable koje bi

eventualno mogle biti značajne za objašnjenje zadovoljstva poslom (npr. vrednosti, verovanja, očekivanja, i sl.).

Na kraju, treba reći da u našoj zemlji trenutno postoji dosta programa koji se bave otpornošću na stres u različitim radnim organizacijama i firmama, iako se o naučnoj zasnovanosti tih programa retko govori. Budući da je ovim istraživanjem prepoznata i definisana rezilijentnost i neki od faktora koji za nju mogu biti značajni, a imajući u vidu shvatanje da se rezilijentnost uči i razvija, otvaraju se mogućnosti za razvoj programa i treninga kojima bi se zdravstvenim radnicima omogućilo da razvijaju svoju rezilijentnost i time još više doprinesu radnoj organizaciji u kojoj su zaposleni. Razvoj ovakvih programa predstavljao bi praktičnu vrednost ovog istraživanja.

Neki budući istraživači zadovoljstva poslom svakako treba da imaju na umu da je u pitanju veoma kompleksan fenomen, te stoga treba imati u vidu da postoji mnogo varijabli koje mogu uticati na njega. Iz tog razloga, buduća istraživanja mogla bi se usmeriti i na neke druge varijable koje bi doprinele dubljem razumevanju zadovoljstva poslom kao što su karakteristike same organizacije, odnosi među zaposlenima, karakteristike samog posla, broj radnih sati, dužina godišnjeg odmora, očekivanja i vrednosti zaposlenih i sl. Takođe, bilo bi važno, ukoliko je to moguće, istraživanja izvesti na većem uzorku hirurga i lekara drugih specijalnosti, ali i na drugim profesijama i u drugim radnim organizacijama.

LITERATURA

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Ainsworth M. D. S. (1982). Attachment: retrospect and prospect. In: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (Ed.), *The place of attachment in human behavior* (pp.3-30). New York: Basic Books.
3. Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *Am Psychol*, 44, 709-716.
4. Ainsworth, M. D. S. & Eichberg, C. G. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure on other traumatic experience. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp 160-183). London:Routledge.
5. Alderfer, C.P. (1972). *Existence, relatedness and growth: Human needs in organisational Settings*. New York: Free Press.

6. Altman, J. H. (1997). Career development in the context of family experiences. In H. S. Farmer (Ed.), *Diversity and women's career development: from adolescence to adulthood* (pp. 229-242). Thousand Oaks, CA: Sage.
7. Alvarez, J., Torres, M. J. L., & Martinez, M. C. (2002). Study of "burnout" syndrome in Spanish pediatric surgeons. *Cir Pediatr*, 15(2), 73-78.
8. Anderson, K. D., & Mavis, B. E. (1995). The relationship between career satisfaction and fellowship training in academic surgeons. *The American Journal of Surgery*, 169(3), 329-333.
9. Andresen, M., Domsch, M. E., & Cascorbi, A. H. (2007). Working unusual hours and its relationship to job satisfaction: A study of European maritime pilots. *Journal of Labor Research*, 28(4), 714-734.
10. Antoni, M. H., & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia- I. personal facets. *Journal of Psychosomatic Research* 32(3), 327-338.
11. Armstrong, A. Y., Alvero, R. J., Dunlow, S., Nace, M. C., Baker, V., & Stewart, E. A. (2009). Balancing professional and personal. *Fertility and Sterility*, 91(1), 18-21.
12. Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*, 52, 203-213.
13. Balch, C. M., & Copeland, E. (2007). Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellness and a supportive workplace environment. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3029-3032.

14. Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology*, 5, 741 – 761.
15. Balzer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. D., Robie, C., et al.(1997). *Users' manual for the Job Descriptive Index (JDI; 1997 Revision) and the Job in General (JIG) Scales*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
16. Balzer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. D., Robie, C., et al.(2000). *Users' manual for the Job Descriptive Index (JDI; 1997 Revision) and the Job in General (JIG) Scales*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
17. Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 195-199.
18. Barden, C. B., Specht, M. C., McCarter, M. D., Daly, J. M., & Fahey, T. J. (2002). Effects of limited work hours on surgical training. *J Am Coll Surg*, 195, 531-8.
19. Barn, R., Andrew, L., & Mantovani, N. (2005). *Life after care: The experiences of young people from different ethnic groups*. New York: Joseph Rowntree Foundation.
20. Bartholomew, K., & Horovitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

21. Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. H. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp 25-45). New York: Guilford Press.
22. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social Psychology*, 37, 95-109.
23. Bartley, M. (2006). *Capability and resilience: Beating the odds*. London: University College London.
Department of Epidemiology and Public Health.
24. Bartley, M., Head, J., & Stansfeld, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Social Science & Medicine*, 64, 765-775.
25. Bashaw, D. (1999). *Gender earnings and job satisfaction: the case of US physicians*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, Milwaukee.
26. Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilience adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69.
27. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
28. Beeghly M, & Cicchetti D. (1994). Child maltreatment, attachment and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.

29. Beesley, D., & Stoltenberg, C. D. (2002). Control, attachment style, and relationship satisfaction among adult children of alcoholics. *Journal of mental health counseling, 24*, 281-296.
30. Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. Portland, OR: Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
31. Bender, K. A., Donohue, S. M. & Heywood, J. S. (2005). Job Satisfaction and gender segregation. *Oxford Economic Papers, 57*, 479–96.
32. Bender, K., & Heywood, J. S. (2006). Job satisfaction of the highly educated: The role of the gender, academic tenure, and earnings. *Scottish Journal of Political Economy, 53*(2), 253-279.
33. Bennett, S. (2005). *Exploring the relationship between continuing professional education and job satisfaction for information technology professionals in higher education*. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas.
34. Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D. E. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res 54*, 171–8.
35. Bertges, Y. W., Eshelman, A., Raoufi, M., & Abouljoud, M. S. (2005). A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc, 37*(2), 1399-1401.

36. Bifulco, A. (2002). Attachment style measurement: A clinical and epidemiological perspective. *Attachment and Human Development*, 4, 180–188.
37. Blendon, R., Schoen, C., & Donelan, K. et al. (2001). Physicians' views on quality of care: a five-country comparison, *Health Affairs* 20(3), 233–243.
38. Blood, G. W., Swavely Ridenour, J. S., Thomas, E. A., Dean-Qualls, C., & Scheffner Hammer, C. (2002). Predicting job satisfaction among speech-language pathologists working in public schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 33, 282-290.
39. Blustein, D. L., Prezioso, M. S., & Schultheiss, D. P. (1995). Attachment theory and career development: Current status and future directions. *The Counseling Psychologist*, 23, 416-432.
40. Bohle, A., Baumgartel, M., Gotz, M. L., Muller, E. H., & Jocham, D. (2001). Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *Journal of Urology*, 165, 1158–1161.
41. Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
42. Bonebright, C. A., Clay, D. L., & Ankenman, R. D. (2000). The relationship of workaholism with work-life

- conflict, life satisfaction, and purpose in life. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 469-477.
43. Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002). Personality and medical specialty choice: A review and integration, *Journal of Career Assessment* 10(3), 362–380.
 44. Borges, N. J., & Gibson, D. D. (2005). Personality patterns of physicians in person-oriented and technique-oriented specialties. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 4-20.
 45. Bottonari K. A., Roberts, J. E., Kelly, M. A., Kashdan, T. B., & Ciesla, J. A. (2007). A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. *Behaviour research and therapy*, 45(1), 179-188.
 46. Bovier, P. A., & Pemeger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction atnong physicians. *Eur J Public Health*, 13, 299-305.
 47. Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 1-25.
 48. Bowlby J. (1969). *Attachment and loss (vol. 1).* *Attachment.* New York: Basic Books.
 49. Bowlby J. (1969). *Attachment and loss (vol. 2).* *Separation: Anxiety and anger.* New York: Basic Books.
 50. Bowlby J. (1979). *Attachment and loss (vol. 3).* *Loss.* New York: Basic Books.
 51. Bowlby, J. (1988). *A secure base*, New York: Basic Book.

52. Boyce, W. T. (2007). A biology of misfortune: Stress reactivity, social context, and the ontogeny of psychopathology in early life. In A. S. Masten (Ed.). *Multilevel dynamics in developmental psychopathology: Pathways to the future* (pp. 45–82). Mahwah, NJ: Erlbaum.
53. Brennan, K. A., Clark C. L., & Shaver P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
54. Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Pers Soc Psychol Bull, 21*, 267–283.
55. Brooke, P., Russell, D., & Price, J. (1988). Discriminate validation of measures of job satisfaction, job involvement and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology, 73*, 139-145.
56. Brooks, R. B. (1994). Children at risk: fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 545 - 553.
57. Brooks, R. B. (2005). The power of parenting. In R. B. Brooks & S. Goldstein (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 297-314). New York: Kluwer Academic/Plenum.
58. Brown, M. T., Lum, J. L., & Voyle, K. (1997). Roe revisited: A call for the reappraisal of the theory of

- personality development and career choice. *Journal of vocational behaviour*, 51(2), 283-294.
- 59. Bruni, R., Ferrazzoli, F., & Binetti, P. (2003). The physician-patient relation in the light of the attachment theory. *Attachment counselling. Clin Ter*, 154(4), 277-286.
 - 60. Buelow, S. A., Lyddon, W. J., & Johnson, J. T. (2002). Client attachment and coping resources. *Counselling Psychology Quarterly*, 15, 145–152.
 - 61. Bunch, W. H., Dvonch, V. M., & Storr, C. L., Baldwin, D. C., & Hughes, P. H. (1992). The stresses of the surgical residency. *The Journal of surgical research*, 53(3), 268-71.
 - 62. Burke, R. J. (1996). Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation. *Soc Sci Med*, 43, 517-24.
 - 63. Cafferty, T. P., Davis, K. E., Medway, F. J., O'Hearn, R. E. & Chapell, K. D. (1994). Reunion dynamics among couples separated during operation desert storm: An attachment theory analysis. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5, Attachment processes in adulthood* (pp. 309-330). London: Jessica Kingsley.
 - 64. Camp, S.D. (1994). Assessing the effects of organisational commitment and job satisfaction on turnover: An event history approach. *Prison Journal*, 74(3), 279-306.
 - 65. Campbell, D. A., Sonnad, S. S., Eckhauser, F. E., Campbell, K. K., & Greenfield, L. J. (2001). Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130(4), 696-705.

66. Caninano, D. A., Sonnino, R. E., & Paolo, A. M. (2004). Keys to career satisfaction: insights from a survey of women pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*, 39(6), 984-990.
67. Caplan, R. D., Cobb, S., French, J. R. P. Jr., Van Harrison, R., & Pinneau, S. R. (1975). *Job demands and worker health*. Washington, DC: National Institute of Occupational Safety and Health.
68. Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1992). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn and Bacon.
69. Castrillón, O. C., Morán, G. S., & Suárez, M. M. (1999). The factors related to job satisfaction and professional burnout in the primary care physicians of Asturias. *Aten Primaria*, 24(6), 352-359.
70. Cebria, J., Segura J, Corbella S, Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J., & Pérez, J. (2001). Personality traits and burnout in family doctors. *Aten Primaria*, 27(7), 459-468.
71. Channa, G. A. (2008). Pattern of surgical errors and prevention. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18(2), 71-73.
72. Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: Implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248–258.
73. Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2006). The developing brain and neural plasticity: Implications for normality,

- psychopathology, and resilience. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Developmental neuroscience* (2nd ed., pp. 1–64). Hoboken, NJ: Wiley.
74. Cicchetti, D., Rappaport, J., Sandler, I., & Weissberg, R. P. (2000). *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington, DC: CWLA Press.
75. Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 799–817.
76. Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry*, 158(1), 29-35.
77. Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*, 64(4), 660-667.
78. Ciechanowski, P. S., Worley, L. L., Russo, J. E., & Katon. W. J. (2006). Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine. *BMC Medical Education*, 6(3). Preuzeto 11.03.2008. sa sajta <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-6-3.pdf>

79. Clark, A. E., & Oswald, A. J. (1996). Satisfaction and comparison income. *Journal of Public Economics*, 61, 359–81.
80. Clark, A. E. (1997). Job satisfaction and gender: why are women so happy at work? *Labour Economics*, 4, 341–72.
81. Cleveland, R. (2003). *A qualitative approach to the study of resilience in our elders*. Unpublished Master thesis. The Graduate School, University of Wisconsin-Stout.
82. Clifton, J., Bradley, C., Cadeliña, R., & Hsiang, Y. (2007). The effect of clinical academic service contracts on surgeon satisfaction. *Can J Surg*, 50(3), 175-180.
83. Cohen, D., & Rhydderch, M. (2006). Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. *Occupational Medicine*, 56, 438-441.
84. Cohler, B. J., Stott, F. M., & Musick, J. S. (1995). Adversity, vulnerability, and resilience. Cultural and developmental perspectives. Developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen. (Eds.). *Risk, disorder and adaptation*. Vol. 2. (pp.753-800). New York: Wiley.
85. Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
86. Comm, C. L., & Mathaisel, D. F. (2000). Assessing employee satisfaction in service firms: An example of higher education. *The Journal of Business and Economics Studies*, 6(1), 43-53.

87. Coombs, R. H., Fawzy, F. I., & Daniels, M. L. (1993). Surgeons' personalities: the influence of medical school. *Med Educ*, 27, 337-43.
88. Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dembroski, T. M. (1989). Agreeableness vs. antagonism: explication of a potential risk factor for CHD. In A. Siegman & T. M. Dembroksi (Eds.). *In search of coronary-prone behavior: Beyond type A*. (pp.41-63). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
89. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory, *Journal of Personality Assessment*, 64, 1, 21-50.
90. Cranny, C. J., Smith, P. C., & Stone, E. F. (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. Lexington, MA: Lexington Books.
91. Crittenden, P. (1989), Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.
92. Cross, D. (1973). The worker opinion survey: A measure of shop-floor satisfaction. *Occupational Psychology*, 47, 193-208.
93. Cruz, N. A. (2006). *Romantic attachment styles, gender, and reasons for living*. Unpublished master thesis. Department of Psychology, East Tennessee State University.

94. Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773–810.
95. Curtis, W. J., & Nelson, C. A. (2003). Toward building a better brain: Neurobehavioral outcomes, mechanisms, and processes of environmental enrichment. In S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability: Adaptation and resilience in developing systems in the context of childhood adversities*. (pp. 463–488). New York: Cambridge University Press.
96. Čolović, R. (2002). *Hronika hirurgije u Srbiji*. Beograd: Prosveta.
97. Daugherty, S. R., DeWitt, C. B., & Beverly, D. R. (1998). Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship. *JAMA*, 279, 1194-1199.
98. Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interpersonal discord, family process, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 86–128). Hoboken, NJ: Wiley.
99. Davey, J. D., Obst, P. L. & Sheehan, M. C. (2000). The use of AUDIT as a screening tool for alcohol use in the police work-place. *Drug and Alcohol Review* 19, 49–54.
100. Deary, I. J., & Matthews, G. (1993). Personality traits are alive and well. *The Psychologist*, 6, 299-311.

101. Deary, I., Blenkin, H., Agius, R. et al.(1996). Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors. *Br J Psychol*, 87, 3-29.
102. Deary, I. J., Agius, R. M., & Sadler, A. (1996). Personality and stress in consultant psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 112-123.
103. De Fruyt, F., & Mervielde, I. (1999). Riasec types and big five traits as predictor of employment. *Personnel Psychology*, 52, 701-727.
104. DeLeon, L., & Taher, W. (1996). Expectations and job satisfaction of local government professionals. *American Review of Public Administration*, 26(4), 580-590.
105. Demlo, L. (1975). *The relationship of physician practice patterns to organizational and personal characteristics*. Unpublished doctoral dissertation, Yale University, New Haven, CT.
106. DiMatteo, M., Sherbourne, C., & Hays, R. et al. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study, *Health Psychology* 12(2), 93-102.
107. Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
108. Dollard, M. F. (2003). Introduction: Context theories and intervention. In M. F. Dollard, A. H. Winefield, & H. R. Winefield (Eds.), *Occupational stress in the service professions*. New York: Taylor & Francis.

109. Doll, B., Zucker, S., & Brehm, K. (2006). *Resilient classroom: Creating health environments for learning*. New York: Guilford Press.
110. Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians: results from the Physician Work Life Study. *J Gen Intern Med*, 15, 372-380.
111. Dowell, A. C., Westcott, T., McLeod, D. K., & Hamilton, S. (2000). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among New Zealand Health Professionals. *NZ Med J*, 113, 269-272.
112. Dozier, M., & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In: J. A., Simpson & W. S., Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 221-248). New York: Guilford Press.
113. Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organisation in treatment. *J Clin Consult Psychol*, 62(4), 793-800.
114. Drachman, D. A. (1996). Benchmarking surgeon satisfaction at academic health centers: a nationwide comparative survey. *Best Pract Benchmarking Healthc.*, 1(5), 236-241.
115. Duberstein, P., Meldrum, S., Fiscella, K., Shields, C. G., & Epstein, R. M. (2007). Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 270-274.
116. Duffy, R. D., & Richard, G. V. (2006). Physician job satisfaction across six major specialities. *Journal of Vocational Behavior*, 68(3), 548-559.

117. Dumelow, C., Littlejohns, P., & Griffiths, S. (2000). Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semi-structured interview study. *BMJ*, 20, 1437-1440.
118. Dweck, C. S. (1976). Sex differences in learned helplessness: Differential debilitation with peer and adult evaluators. *Developmental Psychology*, 12, 147-156.
119. Eells, T. D. (2001). Attachment theory and psychotherapy research. *J Psychother Pract Res*, 10(2), 132-135.
120. Egeland, B. (2007). Understanding developmental processes of resilience and psychopathology: Implications for policy and practice. In A. S. Masten (Ed.), *Multilevel dynamics in developmental psychopathology* (pp. 83–117). Mahwah, NJ: Erlbaum.
121. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
122. End, A., Mittlboeck, M., & Piza-Katzer, H. (2004). Professional satisfaction of woman in surgery: results of a national study. *Arch Surg*, 139(11), 1208-14.
123. Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
124. Erikson, E.H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
125. Esteva, M., Larraz, C., & Jimenez, F. (2006). Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp*, 206(2), 77-83.

126. Feeney, J. A. & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
127. Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). Attachment style, communication, and satisfaction in the early years of marriage. In K. Barthlomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5 Attachment processes in adulthood* (pp 269-308). New York: Guilford Press.
128. Ferguson, E., James, D., O'Hehir, F., & Sanders, A. (2003). Pilot Study of the roles of personality, references, and personal statements in relation to performance over the five years of medical degree. *British Medical Journal*, 326, 429-432
129. Ferguson, E., Sanders, A., & James, D. (2000). Predictive validity of personal statements and the role of the five-factor model of personality in relation to medical training. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 321-344.
130. Fischer, K. W., Lawrence, D., Kokes, R. F., Cole, R. E., Perkins, P. M., & Wynne, L. C. (1987). Competent children at risk: A study of well-functioning offspring of disturbed parents. In E. J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*. (pp. 221–228). New York: Guilford Press.
131. Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci & Med*, 44, 1017-1022.

132. Firth-Cozens, J., Lema, V. C., & Firth, R. A. (1999). Specialty choice, stress and personality: their relationships over time. *Hosp Med*, 60, 751–755.
133. Firth-Cozens, J. (2007). Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 161-168.
134. Frank, E., McMurray, J. E., Linzer, M., & Elton, L. (1999). Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. *Arch Intern Med*, 159, 1417-1426.
135. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
136. Garfinkel, P. E., Bagby, R. M., Schuller, D. R., et al. (2001). Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary followup study. *Can J Psychiatry*, 46, 835–840.
137. Garfinkel, P. E., Bagby, R. M., Schuller, D. R., Dickens, S. E., & Schulte, F. S. (2005). Predictors of professional and personal satisfaction with a career in psychiatry. *Can J Psychiatry*, 50, 333- 341.
138. Garmezy, N. (1970). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 30–74.
139. Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: E. J. Anthony & C.

- Koupernik (Eds.). *The child in his family: Children at psychiatric risk: III* (p. 547). New York: Wiley.
140. Garmezy, N. (1990). Reflections on the future. In: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 527–534). New York: Cambridge University Press.
141. Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics*, 20, 459–466.
142. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
143. Garmezy, N. (1995). Development and adaptation: The contributions of the MacArthur Foundation and William Bevan. In F. Kessel (Ed.), *Psychology, science, and human affairs: Essays in honor of William Bevan* (pp. 109-124). Boulder, CO: Westview Press.
144. Garmezy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14–90.
145. Gerretsen, P., & Myers, J. (2008). The Physician: A secure base. *Journal of Clinical Oncology*, 26(32), 5294-5296.
146. Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403.

147. Gothe, H., K., Köster, A. D., Storz, P., Nolting, H. D., & Häussler, B. (2007). Job satisfaction among doctors. *Dtsch Arztbl*, 104(20), 1394-1399.
148. Grant, P. (2004). Physician job satisfaction in new Zealand versus the United Kingdom. *N Z Med J*, 117, 1204. Preuzeto 20.02.2008. sa sajta <http://www.nzma.org.nz/journal/117-1204/1123/>
149. Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1985). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Soc Sci Med*, 15, 639–647.
150. Green, A., Duthie, H. L., Young, H. L., & Peters, T. J. (1990). Stress in surgeons. *Br J Surg*, 77(10), 1154–1158.
151. Greenberg, J., & Baron, R. A. (1993). *Behavior in organization* (4th ed.), Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
152. Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Ann Intern Med*, 135(2), 145-148.
153. Gunnar, M. (2006). Social regulation of stress in early child development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 106–125). Malden, MA: Blackwell.
154. Gunnar, M., & Vazquez, D. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Developmental neuroscience* (pp. 533– 577). Hoboken, NJ: Wiley.
155. Haas, J. S., Cleary, P. D., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cook, E. F., & Brennan, T. A. (1998). Differences in the

- professional satisfaction of general internists in academically affiliated practices in the greater Boston area. *J Gen Intern Med*, 13, 127-130.
156. Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, R. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*, 15, 122-128.
157. Hadley, J., Mitchell, J. M., Sulmasy, D. P., & Bloche, M. G. (1999). Perceived financial incentives, HMO market penetration and physicians' practice styles and satisfaction. *Health Serv Res*, 4, 307-321.
158. Hall, G. S., & Lindzey, G. (1983). *Teorije ličnosti*. Beograd: Nolit.
159. Hamermesh, D. S. (2000). The changing distribution of job satisfaction. *Journal of Human Resources*, 36, 1-30.
160. Hanak, N., i Dimitrijević, A. (2007). *Afektivno vezivanje: teorija, praksa, psihoterapija*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Centar za izdavačku delatnost CIDD.
161. Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 136-151.
162. Harari, E. (1998). The doctor's troubled marriage. *Aust Fam Physician*, 27, 999-1004.

163. Hardy, G. E., & Barkham, M. (1994) The relationship between interpersonal attachment styles and work difficulties, *Human Relations*, 47(3), 263–281
164. Harpaz, I., & Snir, R. (2003). Workaholism: Its definition and nature. *Human Relation*, 56, 291-319.
165. Hartsman, E. (2001, November). *Developing resiliency (handout)*. Presented at the conference: Opening doors, opening minds, opening hearts: A Jewish community mini-conference on mental health issues and aging.
166. Hawkins, A. C., Howard, R. A., & Oyebode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology*, 16, 563–572.
167. Hazan, C. & Shaver, P. (1988). AA biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 473-510.
168. Hazan, C. & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 59, 270-280.
169. Hedrih, V. i Želeskov Đorić, J. (2006). Psychological correlates of resilience to pressure of authority for unethical behavior. *Godišnjak za psihologiju*, 4 (4-5), 53-70.
170. Hedrih, V. i Želeskov Đorić, J. (2009). Prijateljstvo i samokonstruisanje. *Teme*, 33 (4), 1247-1259.
171. Hergenhahn, B. R. (1990). *An introduction to theories of personality*. (3rd ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

172. Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
173. Herzberg, F. (1972). *Work and the nature of man*. New York, NY: World Publishing.
174. Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilienceredicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201.
175. Howard, I. (2005). *The relationship between job satisfaction and organizational commitment amongst high school teachers in disadvantaged areas in the western cape*. Unpublished Magister Artium Thesis, Department of Industrial Psychology, Faculty of Economic and Management Science, University of Western Cape.
176. Howe, D. (1995). *Attachment theory for social work practice*. London: Macmillan
177. Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen Hosp Psychiatry*, 23(4), 177-82.
178. Ironson, G. H., Smith, P.C., Brannick, M. T., Gibson, W. M., & Paul, K. B. (1989). Construction of a “Job in General scale”: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied Psychology*, 74, 193-200.

179. Jackson, S. (2002). Promoting stability and continuity of care away from home. In D. McNeish, T. Newman, & H. Roberts (Eds.), *What works for children?*. Buckingham: Open University Press.
180. Jackson, S. & Thomas, N. (2001) *What works in creating stability for looked after children*. Ilford: Barnardo's.
181. Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson, J. (2008). Building physician resilience. *Can Fam Physician*, 54(5), 722-729.
182. Johns, M. M., & Ossoff, R. H. (2005). Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery. *Laryngoscope*, 115(11), 2056-2061.
183. Johnson, G., & Johnson, W. (2000). Perceived overqualification and dimensions of job satisfaction: A longitudinal analysis. *The Journal of Psychology*, 134(5), 537-555.
184. Johnson, J. T., Wagner, R. L., Rueger, R. M., & Goepfert, H. (1993). Professional burnout among head and neck surgeons: Results of a survey. *Head & Neck*, 15, 557-560.
185. Johnson, S., & Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.
186. Joplin, J. R., Nelson, D. L., & Quick, J. C. (1999). Attachment behavior and health: Relationships at work and home. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 783-796.

187. Judge, T. A., Heller, D., & Mount, M. K. (2002). Five factor model of personality and job satisfaction: A meta analysis, *Journal of Applied Psychology*, 87, 530–541.
188. Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J., & Barrick, M. R. (1999). The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52, 621-652.
189. Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17-34
190. Kao, L., Wilson, E., & Anderson, K. (2005). Perceptions and predictors of surgeon satisfaction: A survey of spouses of academic surgeons. *Journal of The American College of Surgeons*, 200(5), 684-690.
191. Kaplan, H. B. (2005). Understanding the concept of resilience. In R. B. Brooks & S. Goldstein(Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 39-47). New York: Kluwer Academic/Plenum.
192. Kaplan, S. H., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W. H., & Ware, J. E. Jr. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*, 124, 497–504.
193. Kassenbaum, D. G., & Szena, P. L. (1994). Factors influencing the specialty choice of medical school graduates. *Acad Med*, 69, 164-170.

194. Katsavdakis, K., Gabbard, G., & Athey, G. (2004). Profiles of impaired health professionals. *Bull Menninger Clin*, 68(1), 60-72.
195. Katz, A. (1999). Better outcome means more job satisfaction: pilot project in Winnipeg and Halifax to enhance physician-patient communication. *Can Fam Physician*, 45, 218-220.
196. Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R., & Hayward, R. A. (2007). Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol*, 109(4), 949-955.
197. Kent, G. G., & Johnson, A. G. (1995). Conflicting demands in surgical practice. *Ann R Coll Surg Engl*, 77, 235–238.
198. Ketterson, T. U., & Blustein, D. L. (1997). Attachment relationships and the career exploration process. *Career development quarterly*, 46(2), 167-178.
199. Kluger, M. T., Townend, K., & Laidlaw, T. (2003). Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 58, 339-345.
200. Knežević, G., Đžamonja-Ignjatović, T., & Đurić-Jočić, D. (2004). *Petofaktorski model ličnosti*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.
201. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
202. Kossek, E. E., & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A

- review and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83, 139-149.
203. Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Vessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
204. Kraft, J. M., Blum, T. C., Martin, J. K. et al. (1993). Drinking patterns and the gender mix of occupations: evidence from a national survey of American workers. *Journal of Substance Abuse*, 2, 157-174.
205. Krajnik, M., Muszalska, M., & Rogiewicz, M. (2007). Is the palliative medicine specialist unique among medical practitioners? A comparative study of the personality of specialists in palliative medicine, surgery, anaesthesiology and general practice. *Advances in Palliative Medicine*, 6, 63-68.
206. Krausz, M., Bizman, A., & Braslavsky, D. (2001). Effects of attachment style on preferences for and satisfaction with different employment contracts: an explanatory study. *Journal of Business and Psychology*, 16(2), 299-316.
207. Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., Huschka, M., Baile, W. F., Morrow, M., Michelassi, F., Singletary, S. E., Novotny, P., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: Report on the quality of life of members of the society of surgical oncology. *Annals of Surgical Oncology* 14(11), 3043-3053.

208. Larson, L., Rottinghaus, P., & Borgen, F. (2002). Meta-analysis of big six interests and big five personality factors. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 217-239.
209. Lee, J. A. (1973). *A colors of love: An exploration of the ways of loving*. Toronto: New Press.
210. Lee, J. A. (1988). Love-styles. In R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 38-67). New Haven, CT:Yale University Press.
211. Leigh, J. P., Kravitz, R. L, Schembri, M., Samuels, S. J., & Mobley, S. (2002). Physician career satisfaction across specialities. *Arch Intern Med*, 162, 1577-1584.
212. Leiper, R., & Casares, P. (2000). An investigation of the attachment organisation of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol* 2000(73), 449-464.
213. Lepnurm, R., Dobson, R., Backman, A., & Keegan, D. (2006). Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. *Can J Psychiatry*, 51(4), 243-255.
214. Lester, B., Masten, A. S ., & McEwen, B. (Eds.). (2006). *Resilience in children* (Vol. 1094). New York, NY: New York Academy of Sciences.
215. Levinger, G., & Huston, T. L. (1990). The social psychology of marriage. In F. D. Fincham, & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage* (pp. 19-58). NewYork: Guilford.
216. Levy, M. B. & Davis, K. E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each

- other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- 217. Lewis, J. M., Barnhart, F. D., Nace, E. P. et al. (1993). Marital satisfaction in the lives of physicians, *Bull Menninger Clin*, 57, 458-465.
 - 218. Liddle, H. A. (1994). Contextualizing resiliency. In M. C., Wang, & E. W., Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 167-177). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 - 219. Lifton, R. J. (1993). *The protean self: Human resilience in an age of transformation*. New York: Basic Book.
 - 220. Linn, B. S. & Zeppa, R. (1984). Does surgery attracts students who are more resistant to stress? *Annals of Surgery*, 200, 638-643.
 - 221. Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J. et al. (2000). Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician work life study. *J Gen Intern Med*, 15, 441-450.
 - 222. Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., & De Haes, H. C. (2001). Society of general internal medicine career satisfaction study group: Predicting and preventing physician burnout: results from the United states and the Netherlands. *Am J Med*, 111, 170-175.
 - 223. Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behaviour and Human Performance*, 4, 309-336.

224. Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
225. Lopez, F. G. & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 355-364.
226. Lopopolo, R. B. (2002). The Relationship of role-related variables to job satisfaction and commitment to the organization in a restructured hospital environment. *Physical Therapy, 82*(10), 948-999.
227. Luthans, F. (1998). *Organisational behavior*.(8th ed.). India: McGraw-Hill.
228. Luthar, S. S. (1999). *Poverty and children's adjustment*. Newbury Park, CA: Sage.
229. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 739–795). New York: Wiley.
230. Luthar, S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol, 12*(4), 857–885.
231. Luthar, S. S., & Suchman, N. E. (2000). Relational psychotherapy mother's group: A developmentally

- informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12, 235–253.
232. Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6–22.
233. Mackenbach, J. P. (2005). Genetics and health inequalities: Hypotheses and controversies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 268–273.
234. Magee, M., & Hojat, M. (1998). Personality profiles of male and female positive role models in medicine. *Psychol Rep*, 82(2), 547-559.
235. Maron, B. A., Fein, S., Maron, B. J., Hillel, A. T., El Baghdadi, D. D., & Rodenhauser, P. (2007). Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc Bayl Univ Med Cen.*, 20(1), 22-26.
236. Maslach, C. (1982). *Burnout : the cost of caring*. Engelwood Cliffs, NJ : Prentice- Hall.
237. Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York, NY: Penguin Books.
238. Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C., Wang & E. W., Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
239. Masten, A. (1999). Commentary: The promise and perils of resilience research as a guide to preventive

- interventions. In M. D., Glantz & J. L., Johnson (Eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 251–257). New York: Plenum Press.
240. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
241. Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology* 19, 921–930.
242. Masten, A. S. (2007a). Competence, resilience, and development in adolescence: Clues for prevention science. In D. Romer & E. F. Walker (Eds.), *Adolescent psychopathology and the developing brain: Integrating brain and prevention science* (pp. 31–52). New York: Oxford University Press.
243. Masten, A. S. (2007b). *Multilevel dynamics in developmental psychopathology: Pathways to the future*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
244. Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
245. Masten, A. S., Burt, K. B., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 696–738). New York: Wiley.

246. Masten, A., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220.
247. Masten, A. S., & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology*, 12, 529–550.
248. Masten, A., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B., Lahey & A., Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp.1-52). New York: Plenum Press.
249. Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143–169.
250. Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13–27.
251. Masten, A. S., & Shaffer, A. (2006). How families matter in child development. In A. Clarke-Stewart, & J. Dunne (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 5–25). New York: Cambridge University Press.
252. Maunder, R., Lancee, W., Nolan, R., Hunter, J., & Tannenbaum, D. (2006). The relationship of attachment

- insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 283-290.
253. Maunder, R. G., Panzer, A., Viljoen, M., Owen, J., Human, S., & Hunter, J. J. (2006). Physicians' difficulty with emergency department patients is related to patients' attachment style. *Social Science & Medicine*, 63(2), 552-562.
254. Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
255. Menninger, R. (2003). Stress: defining the personal equation. *Brit Med J*, 326, 107-108.
256. McCaulley M. H. (1976). Psychological types in engineering: Implication for Teaching. *Engineering Education*, 66, 729-736.
257. McCrae, R. R. & Costa, P. T. Jr. (1992). Discriminant validity of NEO-PI-R facets. *Educational and Psychological Measurement*, 52, 229-237.
258. McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thompson, A. I., Han, S. Y., & Allen, C. T. (1997). Families under stress: What makes them resilient. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 89(3), 2-12.
259. McCulloch, P., Kaul, A., Wagstaff, G. F., & Wheatcroft, J. (2005). Tolerance of uncertainty, extroversion, neuroticism and attitudes to randomized controlled trials among surgeons and physicians. *British Journal of Surgery*, 92, 1293-1297.

260. McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 30(2), 171-191.
261. McManus, I. C., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 29.
262. McManus, I. C., Winder, B. C., & Paice, E. (2002). How consultants, hospitals, trusts and deaneries affect pre-registration house officer posts: a multilevel model. *Med Educ*, 36(2), 35-44.
263. McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women **physicians** results from the **physician** work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med*, 15, 372 -80.
264. McMurray, J. E., Williams, E., Schwartz, M., Douglas, J., Van Kirk, J., Konrad, T. R., Gerrity, M. et al. (1997). Physician job satisfaction developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med*, 12, 711-714.
265. Miller, T. W. (1988). Advances in understanding the impact of stressful life events on health. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

266. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
267. Mikulincer, M. (1998). Adult attachment styles and affect regulation: Strategic variations in self appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435.
268. Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford Press.
269. Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993) Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
270. Mischel, W. (1993). *Introduction to Personality* (5th ed.). FortWorth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
271. Mitra, S., Sinha, P. K., Gombar, K. K., & Basu, D. (2003). Comparison of temperament and character profiles of anesthesiologists and surgeons : a preliminary study. *Indian J Med Sci*, 57, 431.
272. Moon, A. E. (2005). *Influences on the career self-efficacy: Examining attachment styles and optimism in a moderator model*. Unpublished master thesis. Virginia Commonwealth University Richmond, VA.

273. Moreira, J., De Fatima Silva, M., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S. et al. (2003). Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Personality & Individual Differences*, 34, 485-501.
274. Mowbrey, R. M., & Davies, B. (1971). Personality factors in choice of medical speciality. *British Journal of Medical Education*, 5, 110-117.
275. Muecke, M. M. (1992). New paradigms for refugee health problems. *Social Science and Medicine* 35(4), 515-523.
276. Muszalska, M., & Buczkowski, K. (2006). Personality and coping with stress in the general practitioner and surgeon's profession. *Pol Merkur Lekarski*, 20(116), 188-191.
277. Newman, T. & Blackburn, S. (2002) *Transitions in the lives of children and young People: Resilience Factors*. Report for the Scottish executive education and young people research unit, Edinburgh. Preuzeto 12.02.2008. sa sajta: www.scotland.gov.uk/library5/education/ic78-00.asp
278. O'Dougherty-Wright, M., Masten, A. S., Northwood, A., & Hubbard, J. J. (1997). Long-term effects of massive trauma: Developmental and psychobiological perspectives. In: D., Cicchetti, & S. L., Toth SL. (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol. 8. Developmental perspectives on trauma*. (pp. 181–225). Rochester, NY: University of Rochester Press.
279. O'Hanlon, W. H. & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.

280. Ozyurt, A., Hayran, O., & Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med*, 99, 161–169.
281. Paice, E., Rutter, H., Wetherall, M. et al. (2002). Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year. *Medical Education*, 36, 56–65.
282. Pate, B. (2007). Medical errors negatively impact physicians' mental health and job satisfaction. *AAP Grand Rounds* 18, 52-53.
283. Patterson, J. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 233–246.
284. Pellegrini, R. J., Hicks, R. A., Roundtree, T., & Inman, G. M. (2000). Stamina in adults: is attachment style a factor? *Psychol Rep*, 87(2), 643-648.
285. Pellegrini R. J., & Sarbin T. R. (2002). *Between fathers and sons: critical incident narratives in the development of men's lives*. Binghamton, New York: Haworth Press Inc.
286. Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215–1228.
287. Perrone, K. M., Webb, L. K., & Jackson, Z. V. (2007). Relationships between parental attachment, work and family roles, and life satisfaction. *Career Development Quarterly*, 55, 237-248.
288. Petrides, K. V., & McManus, I. C. (2004). Mapping medical careers: Questionnaire assessment of career

preferences in medical school applicants and final-year students. *BMC Medical Education*, 4(18). Preuzeto 15.02.2008. sa sajta:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-4-18.pdf>

289. Pietromonaco, P. R., & Feldman Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others, *Review of general psychology*, 4, 155–175.
290. Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43(3), 311-318.
291. Pines, A, M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work and Stress*, 18(1), 66-/80.
292. Plant, M. L., Plant, M. A., & Foster, J. (1991) Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. *Drug and Alcohol Dependence*, 28, 195–202.
293. Polk, L. V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advanced Nursing Science*, 19, 1 - 13.
294. Priel, B. & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19, 235- 241.
295. Prosser, D., Johnson S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to

- mental health, burnout, and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 51-59.
- 296. Qian, F., & Kin Lim, M. (2008). Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*, 85(3), 363-371.
 - 297. Quick, J. D., Henley, A. B., & Quick, J. C. (2004). The balancing act—at work and at home. *Organ Dyn*, 33, 426 -38.
 - 298. Rabkin, J. G., Remien, R., Katoff, L., & Williams, J. B. W. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital and Community Psychiatry* 44(2), 162-167.
 - 299. Radke-Yarow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two-and-three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.
 - 300. Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.
 - 301. Rees, D. W. & Cooper, C. L. (1990). Occupational stress in health service employees. *Health Serv. Manage. Res*, 3, 29-39.
 - 302. Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hall, J. S. (Eds.). (2010). *Handbook of adult resilience*. New York, NY: The Guilford Press.
 - 303. Reid, Y., Johnson S., Morant N., Kuipers E., Szmukler G., Bebbington P., Thornicroft G., & Prosser, D. (1999) Improving support for mental health staff: a qualitative

- study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 309–315.
304. Reyes, J. W. (2007). Gender gaps in income and productivity of obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol*, 109, 1031–1039.
305. Rhodes, S. R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93, 328-367.
306. Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Orina, M. M. (1999). Attachment and anger in an anxietyprovoking situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 940–957.
307. Richters, J. E., & Martinez, P. E. (1993). Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609–627.
308. Robbins, S.P. (1998). *Organisational behavior*.(8th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
309. Robbins, S.P., Odendaal, A.; & Roodt, G. (2003). *Organisational behaviour. Global and Southern African perspectives*. Cape Town: Pearson Education.
310. Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In W. Damon & R. M. Lerner (Ser. eds.) & N. Eisenberg (Vol. ed.). *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.
311. Roux, S. L. (2005). *An investigation into the relationship between personality type, as measured by the Keirsey Bates temperament sorter, choice of*

practice setting and job satisfaction of pharmacists who graduated from the University of the Western Cape over the period 1990-2005. Unpublished master thesis. University of the Western Cape. South Africa.

312. Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W., Kent & J. E., Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology: Social competence in children. Vol. 8* (pp.49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
313. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J., Rolf, Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., & Weintraub S. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge; New York: Cambridge University Press.
314. Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts ± retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 549-571.
315. Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P., Shonkoff, & S. J., Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). New York: Cambridge University Press.
316. Rutter, M. (2006). How does the concept of resilience alter the study and understanding of risk and protective influences on psychopathology? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.

317. Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). Antisocial behaviour by young people. Cambridge: Cambridge University Press.
318. Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II. Empirical research findings. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 40, 19–55.
319. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
320. Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.
321. Salvatore, N., & Munoz Sastre, M. T. (2001). Appraisal of life: "Area" versus "dimension" conceptualizations. *Social Indicators Research*, 53, 229-255.
322. Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2004). Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 86, 1579-1586.
323. Scarpello, V. & Campbell, J. P. (1983). Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology*, 36, 577-600.
324. Scarpello, F., & Vandenberg, R. (1992). The importance of occupational and career view to job satisfaction attributes. *Journal of Organizational Behavior*, 13(2), 125-140.

325. Schernhammer, E. S. & Colditz, G. A. (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (metaanalysis). *JAMA*, 291, 2295–2302.
326. Schirmer, L. L., & Lopez, F. G. (2001). Probing the social support and work strain relationship among adult workers: Contributions of adult attachment orientations. *Journal of Vocational Behavior*, 59, 17-33.
327. Schofield, G. (2001). Resilience and family placement: a lifespan perspective. *Adoption and Fostering*, 25(3), 6–19.
328. Schottenbauer, M. A., Klimes-Dougan, B., Rodriguez, B. F., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Holland, L. V. (2006). Attachment and affective resolution following a stressful event: General and religious coping as possible mediators. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(5), 448-471.
329. Schultheiss, D. E. P., Kress, H. M., Manzi, A. J., & Glasscock, J. M. J. (2001). Relational influences in career development. *The Counseling Psychologist*, 29(2), 216-241.
330. Schulz, R., Scheckler, W. E., Mobery, D. P., & Johnson, P. R. (1997). Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practice. *J Fam Pract*, 45, 321-330.
331. Schwartz, R. W., Barclay, J. R., Harrell, P. L, Murphy, A. E., Jarecky, & R. K. Donnelly, M. B. (1994). Defining the surgical personality: a preliminary study. *Surgery*, 115(1), 62-68.
332. Seligman, M. (1975). Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman.

333. Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist* 50 (12). 965- 974.
334. Shanafelt, T. D. (2005). Finding meaning, balance, and personal satisfaction in the practice of oncology. *J Support Oncol*, 3(2), 157–164.
335. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136, 358–367.
336. Shanafelt, T. D., Novotny, P., Johnson, M. E. et al. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 68(1), 23–32.
337. Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. (2008). Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology*, 17(6), 570-576.
338. Shaver, P. R., Colins, N. & Clark, C. L. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In G. J. O., Fletcher, & J., Fitness (Eds.), *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach* (pp. 25- 61) Mahwah, NJ: Erlbaum.
339. Shugerman, R., Linyer, M., Nelson, K., Douglas, J., Williams, R., & Konrad, R. (2001). Pediatric generalists and subspecialists: Determinants of career satisfaction. *Pediatrics*, 108(3), 1-6.

340. Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149-1152.
341. Simpson, J. A. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
342. Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172–1187.
343. Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support- seeking and support - giving within couple members in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
344. Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.
345. Smith, P. C. (1992). In pursuit of happiness. In C. J. Cranny, P. C. Smith, & E. F. Stone (Eds.), *Job satisfaction* (pp. 5-20). New York: Lexington Books.
346. Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? *Brit Med J*, 322, 1073-1074.
347. Smith, W. D., Berguer, R., & Nguyen, N. T. (2005). Monitor height affects surgeons' stress level and performance on

- minimally invasive surgery tasks. *Studies in Health Technology and Informatics*, 111, 498-501.
348. Smith, P. C., Kendell, L. M. & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement*. Chicago: Rand McNally.
349. Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria*, 31(4), 227-233.
350. Soliman, H. M. (1970). Motivation-hygiene theory of job attitudes: An empirical investigation and an attempt to reconcile both the one- and the two-factor theories of job attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 54(5), 452-461.
351. Spears, M. C., & Parker, D. F. (2002). A probit analysis of the impact of training on performance appraisal satisfaction. *American Business Review*, 20(2), 12-16.
352. Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
353. Spickard, A. Jr., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288, 1447-1450.
354. Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
355. Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change:

- Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363–1373.
356. Stahl, J. E., Egan, M. T., Goldman, J. M. et al. (2005). Introducing new technology into the operating room: measuring the impact on job performance satisfaction. *Surgery*, 137, 518–526.
357. Stanton, J. M., Bachiochi, P. D., Robie, C., Perez, L. M., & Smith, P. C. (2002). Revising the Jdi work satisfaction subscale: insights into stress and control. *Educational and Psychological Measurement*, 62(5), 877-895.
358. Stein, J. (2005). *Resilience and young people leaving care. Overcoming the odds*. Joseph Rowntree Foundation. University of New York. Preuzeto 24.02.2008. sa sajta: www.jrf.org.uk
359. Stefanović-Stanojević, T. (2002). Bliske partnerske veze u svetu teorije afektivnog vezivanja. Doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Beograd.
360. Stepp, G. (2008). Bouncing back: Relationships as the core of resilience. *Vision, Family & Relationships*. Preuzeto 10.02.2008. sa sajta: www.vision.org/visionmedia/article.aspx?id=4132
361. Sternberg, R. J. (1986) A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
362. Stewart, M., Reid, G., & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 21 - 31.
363. Stoltz, P. (1997). *Adversity Quotient: Turning obstacles into opportunities*. New York: John Wiley & Sons.

364. Stoltz, P. (2000). *Adversity Quotient@Work: Make everyday challenges the key to your success*. New York: HarperCollins Publisher.
365. Strait, P. (1998). Unethical actions of public servants: A voyeur's view. *Public Management, 80*(2), 12-18.
366. Sturm, R. (2002). The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons. *The American Journal of Surgery 183*, 222-225.
367. Suchman, A. L., & Ramamurthy, G. (1997). Well-being of physicians. In M. D., Feldman & J. F., Christensen (Eds.), *Behavioral medicine in primary care* (pp. 52-56). Norwalk (CT): Appleton and Lange.
368. Sumer, H. C., & Knight, P. A. (2001). How do people with different attachment styles balance work and family? A personality perspective on work-family linkage. *Journal of Applied Psychology, 86*(4), 653-663.
369. Sutherland, V. J., & Cooper, C. L. (1990). *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*. London: Chapman & Hall.
370. Svanberg, P. (1998). Attachment, resilience and prevention. *Journal of mental health, 7*(6), 543-578.
371. Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 230-237.

372. Tett, R. P., & Jackson, D. N. (1991). Personality measures as predictors of job performance: A meta-analytic review. *Personnel Psychology*, 44, 703-742.
373. Thangaratinam, S., Yanamandra, S. R., Deb, S., & Coomarasamy, A. (2006). Specialist training in obstetrics and gynaecology: a survey on work-life balance and stress among trainees in the UK. *J Obstet Gynaecol*, 26, 302-304.
374. Thomas-Scharksnas, B. L. (2002). *The relationship between resilience and job satisfaction in mental health care workers*. Unpublished doctoral dissertation, Marywood University, Graduate School of Arts and Science.
375. Thompson, D., & Ciechanowski, P. S., (2003). Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Pract*, 16(3), 219-226.
376. Tolan, P. T. (1996). How resilient is the concept of resilience? *The Community Psychologist*, 29, 12-15.
377. Torre, D. M., Wang, N. Y., Meoni, L. A. et al. (2005) Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 146-153.
378. Toth, S. L., & Cicchetti, D. (1999). Developmental psychopathology and child psychotherapy. In S., Russ & T., Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp.15-44). New York: Plenum Press.

379. Tyler, P. A., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: the effects of coping and social support. *Stress Med*, 11, 243–251.
380. Tyssen, R., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N., Ekeberg, O., & Vaglum, P. (2009). Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (1), 47-54.
381. Ulrich, D., & Lake, D. (1991). Organizational capability: creating competitive advantage. *Academy of Management Executive*, 5, 77-92.
382. Uncu, Y., Bayram, N., & Bilgel, N. (2007). Job related affective well – being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*, 17(5), 514-520.
383. Valian, V. (1999). *Why so slow? The advancement of women*. Cambridge, Mass, London: MIT Press.
384. Van Der Zee, K. I., Ali, A. J., & Haaksma I. (2007). Determinants of effective coping with cultural transition among expatriate children and adolescents. *Anxiety, Stress and Coping*, 20(1), 25-45.
385. Van Vianen, A., Feij, J., Krausz, M., & Taris, R. (2003). Personality factors and adult attachment affecting job mobility. *International Journal of Selection and Assesment*, 11(4), 253-264.
386. Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., Oort, F. J., & De Haes, H. C. J. M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 168(3), 271-275.

387. Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29, 367–378.
388. Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
389. Wagnild, G. & Young, H. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1, 165–178.
390. Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrill, C. S. et al. (1997) Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171, 519–523.
391. Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evaluation of the concept, *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290–297.
392. Wang, M. C., & Gordon, E. W. (1994). *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
393. Warde, C. M., Moonesinghe, K., Allen, W., & Gelberg, L. (1999). Marital and parental satisfaction of married physicians with children, *J Gen Intern Med*, 14, 157–165.
394. Weinberg, A. & Creed, F. (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355, 533–537.
395. Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

396. Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates, *Child Dev*, 71(3), 695–702.
397. Weismann, C., Alexander, C., & Chase, G. (1980). Job satisfaction among hospital nurses: A longitudinal study. *Health Services Research*, 15, 341-364.
398. Werner, E. E.(1984). Resilient children. *Young Children*, 1, 68–72.
399. Werner, E. E. (1989). Children of the garden island. *Scientific American*, 260, 106-111.
400. Werner, E. E. (1994). Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(2), 131-136.
401. Werner, E. E. (1997). Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, 422, 103 - 105.
402. Werner, E. E., Bieman, J. M., & French, F. E. (1971). *The children of Kauai Honolulu*. Hawaii: University of Hawaii Press.
403. Werner, E., & Smith, R. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
404. Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
405. Werner E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

406. West, C. P. & Shanafelt, T. D. (2007). The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education*, 7, 29.
407. Wetzel, C. M., Kneebone, R. L., Woloshynowych, M., Nestel, D., Moorthy, K., Kidd, J., & Kidd, J. (2006). The effects of stress on surgical performance. *The American Journal of Surgery*, 191(1), 5-10.
408. Wharton, A. & Baron, J. (1991). Satisfaction? The psychological impact of sex segregation on women at work. *The Sociological Quarterly*, 12, 365-388.
409. Williams, E., Konrad, T., & Linzer, M. et al. (2002). Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the physician worklife study, *Health Service Research*, 37(1), 121–143.
410. Williamson, T. R., & Karras, E. J. (1970). Job satisfaction variables among female clerical workers. *Journal of Applied Psychology*, 54(4), 343-346.
411. Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (1991) Epidemiology of women's drinking. *Journal of Substance Abuse*, 3,133–157.
412. Winstead, B. A., Derlega, V. J., Montgomery, M. J., & Pilkington, C. (1995). The quality of friendships at work and job satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(2), 199-215.
413. Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 565 - 574.

414. Wolin, S. & Wolin, S. J. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *The Pediatric Clinics of North America*, 42(2), 415-429.
415. Wolin, S. & Wolin, S. J. (1996). The challenge model: Working with strengths in children of substance-abusing parents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 243-257.
416. Wright, M. O., & Masten, A. S. (1997). Vulnerability and resilience in young children. In J. D. Noshpita (Series Ed.) & S. Greenspan, S. Weider, & J. Osofsky (Vol Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry: Vol. 1 Infants and preschoolers: Development and syndromes* (pp. 202 - 224). New York: Wiley.
417. Xiao, Y., Seagull, F. J., Plasters, C. L., & Moss, J. A. (2007). Resilience in intensive care: A transactive responsibility model. *Proceedings of the IEEE International Conference on Systems, Mans and Cybernetics*, 3423-3427.
418. Yost, W. B., Eshelman, A., Raouf, M., & Aboujoud (2005). A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplantation Proceedings*, 37, 1399-1401.
419. Young, R. A., Valach, L., Paselukho, M. A., Dover, C., Matthes, G. E., Paproski, D. L., & Sankey, A. M. (1997). The joint action of parents and adolescents in conversation about career. *Career Development Quarterly*, 46(1), 72-86.

420. Želeskov Đorić, J. (2006). *Uticaj rezilijentnosti i ličnih vrednosti na vikarijsku traumatizaciju psihoterapeuta*. Neobjavljena magistarska teza. Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu.
421. Želeskov Đorić, J. (2007). Self koncept i obrasci partnerske afektivne vezanosti osoba s anksiozno-depresivnim poremećajem. U N. Hanak i A. Dimitrijević (ur.), *Afektivno vezivanje-teorija, istraživanja, psihoterapija* (117-133). Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
422. Želeskov Đorić, J. i Međedović, J. (2011). Romantic adult attachment and basic personality structure. *Psihološka obzorja*, 20 (4), 9-23.
423. Želeskov Đorić, J., Pedović, I i Hedrih, V. (2009). Funkcije prijateljstva i osobine ličnosti. *Psihologija*, 42 (3), 341-356.
424. Zilber, A., Goldstein, A., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment orientations and the processing of emotional pictures – ERP correlates. *Personality and Individual difference*, 43(7), 1898-1907.
425. Zunz, S. J. (1998) Resiliency and burnout: protective factors for human service managers. *Administration in Social Work* 22, 39–54.

СИР - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.923:617-051
617-051:331.101.32

ЖЕЛЕСКОВ Ђорић, Јелена Д., 1979-
Rezilijentnost i zadovoljstvo poslom
hirurga / Jelena Želeskov Đorić. - Beograd :
Institut za kriminološka i sociološka
istraživanja, 2012 (Beograd : Z. Simić). -
238 str. : ilustr. ; 21 cm

Bibliografija: str. 181-238.

ISBN 978-86-83287-62-8

а) Хирурги - Задовољство послом -
Психолошки аспект - Србија б) Резилијентност
- Хирурги - Србија
COBISS.SR-ID 195175692