

Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih djelatnika

Sakač, Dragana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:402944>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1681/SS/2023

**Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih
djelatnika**

**Dragana Sakač,
0336049390**

Varaždin, srpanj 2023. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1681/SS/2023

Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih djelatnika

Student

Dragana Sakač, 0336049390

Mentor

doc.dr.sc. Irena Canjuga

Varaždin, srpanj 2023. godine

Slika: prijava završnog rada

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin



Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ Preddiplomski stručni studij sestrinstva

PRISTUPNIK Dragana Sakač

MATIČNI BROJ 0336049390

DATUM 27.6.2023.

KOLEGIJ Sociologija zdravlja

NASLOV RADA Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih djelatnika

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Self-assessment of social injustice among healthcare professionals

MENTOR Irena Canjuga

ZVANJE docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, predsjednica
2. doc.dr.sc. Irena Canjuga, mentorica
3. Tina Košanski, pred., član
4. Željka Kanižaj Rogina, pred., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1681/SS/2023

OPIS

Socijalna pravda, pravedna raspodjela resursa i koristi za sve članove društva, apstraktni je ideal koji široko primjenjuje koncept pravde. Društvena nepravda, njena suprotnost, nesklad je između onoga što jest i onoga što bi trebalo biti. Emocionalno, društvena nepravda u pojedinaca uzrokuje bijes, šok, ogorčenje i razočaranje. Društvena nepravda u pozadini je mnogih javnozdravstvenih problema diljem svijeta. Očituje se na mnoge načine, od raznih oblika otvorene diskriminacije do sukoba na verbalnoj pa čak i fizičkoj osnovi. Cilj istraživanja je utvrditi postoji li među zdravstvenim osobljem nepravda te koja je njena razina, utvrditi odnos nivoa osjetljivosti na nepravdu te utvrditi statistički značajne socio – demografske podatke iz perspektive osjetljivosti na nepravdu. Radi potrebe istraživanja, provesti će se anketa u papirnatom obliku, primjenjujući PAPI (PAPI - "Pen-and-Paper Personal Interview") Istraživanju je planirano provesti na medicinskim sestrama i fizioterapeutskim tehničarima.

ZADATAK URUČEN

04.04.2023.



POTPIS MENTORA

Zahvala

Ovim radom završavam jedno poglavlje mog života a koje ne bi bilo moguće bez podrške moje drage mentorice doc.dr.sc. Irene Canjuge kojoj ovim putem želim zahvaliti na svakoj pomoći, sugestiji te na svakoj pruženoj toploj riječi.

Veliko hvala mojem zaručniku i obitelji na potpori i razumijevanju tijekom mog akademskog obrazovanja.

Hvala i mojim prijateljima i kolegama na kolegijalnosti i uzajamnom pomaganju bez kojih ovo istraživanje ne bi bilo provedeno.

Sažetak

Socijalna pravda, pravedna raspodjela resursa i koristi za sve članove društva, apstraktni je ideal koji široko primjenjuje koncept pravde. Društvena nepravda, njena suprotnost, nesklad je između onoga što jest i onoga što bi trebalo biti. Emocionalno, društvena nepravda u pojedinaca uzrokuje bijes, šok, ogorčenje i razočaranje. Društvena nepravda u pozadini je mnogih javnozdravstvenih problema diljem svijeta. Očituje se na mnoge načine, od raznih oblika otvorene diskriminacije do sukoba na verbalnoj pa čak i fizičkoj osnovi. Ona stvara uvjete koji nepovoljno utječu na zdravlje pojedinaca i zajednice generalno. Uskraćuje pojedincima i zajednicama jednake mogućnosti da zadovolje osnovne ljudske potrebe, samim time krši temeljna ljudska prava. Socijalna se nepravda definira kao uskraćivanje ili kršenje ljudskih prava te kao nepovoljni postupci ili politika koji nepovoljno utječu na društvene uvjete u kojima ljudi žive i ostvaruju zdravlje, na primjer ratovi, klimatske promjene, korupcija i druge. Cilj istraživanja bio je utvrditi postoji li među zdravstvenim osobljem nepravda te koja je njena razina, utvrditi odnos nivoa osjetljivosti na nepravdu te utvrditi statistički značajne socio – demografske podatke iz perspektive osjetljivosti na nepravdu.

Radi potrebe istraživanja, provedena je anketa u papirnatom obliku, primjenjujući *PAPI tehniku* (*PAPI* - „*Pen-and-Paper Personal Interview*“) gdje su se uz pomoć papirnato anketnog upitnika osobno prikupljali podatci od zdravstvenih djelatnika koji su sudjelovali u istraživanju. Ukupno 90 zdravstvenih djelatnika sudjelovalo je u navedenom istraživanju. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako nivo osjetljivosti na nepravdu i vremenska odrednica ukupnog radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti nisu statistički povezane. U velikoj mjeri, prema istraživačkim rezultatima, ispitanici su osjetljivi na nepravdu kada se nalaze u ulozi profitera, odnosno na nepravdu u kojima oni osobno profitiraju. S druge strane, u značajno manjoj mjeri osjetljivi su na nepravdu iz perspektive žrtve, odnosno na nepravdu koju druge osobe nanose drugim osobama.

Ključne riječi: socijalna nepravda, ljudska prava, kršenje prava

Summary

Social justice, the fair distribution of resources and benefits to all members of society, is an abstract ideal that broadly applies the concept of justice. Social injustice, its opposite, is a discrepancy between what is and what should be. Emotionally, social injustice causes anger, shock, indignation and disappointment in the individual. Social injustice is at the root of many public health problems around the world. It manifests itself in many ways, from various forms of open discrimination to conflicts on a verbal and even physical basis. It creates conditions that adversely affect the health of individuals and communities in general. It denies individuals and communities equal opportunities to meet basic human needs, thereby violating fundamental human rights. Social injustice is defined as the denial or violation of human rights and as unfavorable actions or policies that adversely affect the social conditions in which people live and achieve health, for example wars, climate change, corruption and others. The goal of the research was to determine whether there is injustice among health personnel and what its level is, to determine the relationship between the level of sensitivity to injustice and to determine statistically significant socio-demographic data from the perspective of sensitivity to injustice.

For the purpose of the research, a survey was conducted in paper form, using PAPI (PAPI - "Pen-and-Paper Personal Interview") where, with the help of a paper survey questionnaire, data was collected personally from health professionals who participated in the research. A total of 90 healthcare workers participated in the mentioned research. The results of the conducted research show that the level of sensitivity to injustice and the time frame of the overall work situation in the health sector are not statistically related. In measure, according to the research results, respondents are highly sensitive to injustice when they are in the role of profiteers, that is, to injustice in which they personally profit. On the other hand, they are significantly less sensitive to injustice from the perspective of the victim, that is, to the injustice that other people inflict on other people.

Keywords: social injustice, human rights, violation of rights

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Koncept društvene pravde.....	2
2.1.	Povijest socijalne pravde.....	2
2.2.	Područja prioriteta u pogledu jednakosti i pravednosti.....	3
3.	Socijalna nepravda i njena samoprocjena	4
3.1.	Stanje uma kao temelj samoprocjene.....	5
3.2.	Samoprocjena nepravde	5
3.3.	Odgovor na nepravdu.....	6
3.4.	Profesionalni stres	7
3.5.	Nepravda na radnom mjestu	8
3.6.	Identifikacija nepravde.....	8
3.7.	Nepravda među medicinskim osobljem i pacijentima	8
4.	Istraživači rad	11
4.1.	Metodologija istraživanja.....	11
4.2.	Problem i svrha istraživanja.....	11
4.3.	Ciljevi, problemi i hipoteze istraživanja	11
4.4.	Postupak prikupljanja podataka	13
4.5.	Anketni upitnik	14
4.6.	Obrada i analiza prikupljenih podataka	15
4.7.	Ciljna populacija i struktura istraživačkog uzorka.....	17
5.	Rezultati empirijskog istraživanja.....	18
5.1.	Socio-demografske karakteristike ispitanih zdravstvenih djelatnika.....	18
5.2.	Razina osjetljivosti na nepravdu	21
5.3.	Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve.....	21
5.4.	Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača.....	23
5.5.	Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera	25
5.6.	Dimenzije osjetljivosti na nepravdu.....	27
5.7.	Osvrt na postavljene hipoteze	31
5.8.	Rasprava.....	38
6.	Zaključak.....	41
7.	Literatura.....	42

1. Uvod

Za razliku od pravde u širem smislu, socijalna pravda relativno je novi koncept nastao nakon industrijske revolucije i pojave socijaldemokratskih pogleda na organizaciju društva. Iako mnogi teoretičari smatraju kako je nemoguće izbjeći nejednakost i zanemarivanje socijalne pravde, danas svjedočimo velikom porastu društvene nepravde na globalnoj razini, najviše u osobnom dohotku, gdje se javlja sve veći razmjer siromaštva i bogatstva, dok su također među najčešćim nepravdama u svijetu rasizam te razlika u plaćama između spolova. Glavno načelo socijalne pravde tvrdi kako se društvo prema svakom pojedincu mora odnositi jednako. Na žalost, diljem svijeta ovaj utopijski ideal daleko je od stvarnosti. Društvene nepravde mogu se dogoditi na malim i globalnim razmjerima, u školama, zdravstvenim institucijama i svim ostalim organizacijskim skupinama. Nacionalna udruga socijalnih radnika navodi pet područja prioriteta socijalne pravde kako bi se izbjegla ili barem minimalizirala društvena nepravda: pravo glasa, kazneno pravosuđe, ekološko pravosuđe, imigracija i ekonomsko pravosuđe. Ostali uobičajeni prioriteti socijalne pravde povezani su sa zdravstvenom skrbi, obrazovanjem i pravima radnika [1,2].

Socijalna pravda i nepravda usko su povezane s ljudskim pravima. Opća deklaracija o ljudskim pravima, koju je Opća skupina Ujedinjenih naroda usvojila 1948. godine, sastoji se od 30 članaka koji propisuju prava na koja svi ljudi inherentno imaju pravo. Ono uključuje pravo na životni standard koji odgovara zdravlju i dobrobiti. Navedena prava ukoliko se prekrše, govorimo o diskriminaciji, zlostavljanju, odnosno socijalnoj nepravdi [3].

Nadalje, nanošenje nepravde pojedincu ozbiljno može narušiti njegovo mentalno i fizičko zdravlje, posebice kada je osoba svjesna diskriminirajuće i nepravedne situacije. Ona, naime uzrokuje psihološki stres i sindrom izgaranja na poslu. Prijava nanošene nepravde ovisi o motivaciji i volji sudionika da prijave nepravdu. Postoje dvije vrste percepcijske pristranosti od kojih prvo, neki pojedinci mogu percipirati manje nepravde nego što stvarno postoji (minimizirajuća pristranost) ili drugi, pojedinci mogu percipirati više nepravde nego što to zaista je (pristranost budnosti) [4].

Cilj ovog istraživanja bio je utvrđivanje razine osjetljivosti na nepravdu među zdravstvenim djelatnicima u Republici Hrvatskoj, zatim utvrđivanje odnosa između nivoa osjetljivosti na nepravdu te uključivanje procjene i utvrđivanje socio – demografskih prediktora razine osjetljivosti na nepravdu koje su statistički značajne. Na temelju opisanog teorijskog dijela, provedeno je istraživanje uz pomoć anketnog upitnika nakon čega su se podatci statistički obradili, te su donijeti specifični zaključci i odgovori na postavljene hipoteze.

2. Koncept društvene pravde

Socijalna pravda apstraktni je ideal koji označava temelj javnog zdravlja i odnosi se na akademska i profesionalna ponašanja koja mogu promijeniti društvene vrijednosti, strukture, politike i prakse kako bi društvu generalno omogućili lakši pristup resursima koji mogu pomoći u povećanju njihove razine samoodređenja [5,6].

Iako se može promatrati kao altruističko pomaganje u širem smislu, može se razlikovati od jednostavnog pomaganja na temelju činjenice da uključuje koncept društvene nejednakosti i diskriminacije zbog odnosa moći. Socijalna pravda označava problem otkad je čovječanstvo počelo sudjelovati u životu zajednice. Problemi iskorištavanja i distribucije pojavili su se kada su ljudi formirali zajednice s podjelom rada i stvaranjem klasa. Posljedično, socijalna se pravda počela spominjati u vjerskim spisima, a nakon što je Rimokatolička crkva upotrijebila koncept socijalne pravde kao temeljnu doktrinu u vezi političkog, ekonomskog i društvenog siromaštva ili nejednakostima u društvenom sustavu, razna polja izvan religije počela su zauzimati interes za socijalnu pravdu [5].

2.1. Povijest socijalne pravde

Koncept socijalne pravde i njegova relevantnost s primjenom u današnjem kontekstu kao i sam njen pojam relativno je nov. Nijedan od velikih filozofa – ni Platon, ni Aristotel, čak ni Kant – nisu uvidjeli potrebu za razmatranjem pravde ili ispravljanja nepravdi iz društvene perspektive. Koncept se prvi put pojavio na Zapadu nakon industrijske revolucije i paralelnog razvoja socijalnih znanstvenih disciplina, a javio se kao revolucionaran slogan koji je utjelovio ideale napretka i bratstva. Nakon revolucija koje su potresle Europu sredinom 1800. godine, socijalna nepravda postala je okupacijska tema političkih aktivista. Tada se pojam pravde poistovjetio s pojmom društvene pravde, a ona s poštovanjem ljudskog dostojanstva. Do sredine dvadesetog stoljeća koncept socijalne pravde postao je središnji dio ideologija i programa političkih aktivista diljem svijeta [2].

Nadalje, koncept socijalne pravde također ima vjerske korijene koji potječu iz 1843. godine od talijanskog filozofa i svećenika Luigija Taparellija. Katolička je Crkva tada formalno usvojila pojam socijalne pravde kao dio svog učenja kroz encikliku pape Pija XI iz 1931. godine. Ove rasprave o socijalnoj pravdi bavile su se rastućim razlikama između bogatih i siromašnih nakon industrijske revolucije u progresivnom dobu. Nakon Velike depresije, odnosno velike gospodarske krize 1933. godine, profesija socijalnog rada doživjela je promjenu prioriteta i prihvatila fokus na socijalnu pravdu. Ideja socijalne pravde dobila je još više pozornosti 1971. godine, kada je američki politički filozof John Rawls objavio djelo „Teorija pravde“, dok se njegove ideje o

socijalnoj pravdi spominju u publikaciji iz 2006. godine Ujedinjenih naroda i na Međunarodnom forumu za društveni razvoj. Ideja socijalne pravde prema Rawlu bila je da ljudi imaju „jednako pravo na najopsežniji sustav jednakih osnovnih sloboda kompatibilan sa sličnim sustavom slobode za sve“ [2].

2.2. Područja prioriteta u pogledu jednakosti i pravednosti

Tri su područja prioriteta u pogledu jednakosti i pravednosti istaknuta u Povelju Ujedinjenih naroda, Općoj deklaraciji o ljudskim pravima i Međunarodnim paktovima o ljudskim pravima. One uključuju sljedeće:

- *Jednakost prava* – prvenstveno podrazumijeva uklanjanje svih oblika diskriminacije i poštivanje temeljnih sloboda te građanskih i političkih prava svih pojedinaca. Ovo predstavlja temeljni oblik jednakosti. Opća deklaracija o ljudskim pravima u članku 1. govori „sva su ljudske bića rođena slobodna i jednaka dostojanstvu i pravima“, dok je članak 2 još konkretniji „svatko ima pravo na sva prava i slobode navedene u ovoj Deklaraciji, bez razlike bilo koje vrste, poput rase, boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog mišljenja, nacionalnog ili društvenog podrijetla, imovine, rođenja ili drugog statusa“.
- *Jednakost mogućnosti* – zahtijeva stabilne društvene, ekonomske, kulturne i političke uvjete koji omogućuju svim pojedincima da ispune svoje potencijalne i doprinose gospodarstvu i društvu. Ovaj oblik jednakosti sličan je jednakosti prava i znači da se društva i vlade moraju suzdržavati od diskriminacije i da pojedincima dopuštaju da slobodno slijede svoje težnje i razvijaju i primjenjuju svoje talente unutar moralnih i zakonskih ograničenja nametnutih poštovanjem sloboda drugih. Podrška ovakvom cilju povezana je s pojavom *laissez-faire* vodstva
- gdje sam prijevod znači „pusti neka radi“.
- *Jednakost životnih uvjeta* – smatra se kako je ovaj koncept prihvatljiv raspon nejednakosti u prihodima, bogatstvu i drugim aspektima života u društvu [2].

3. Socijalna nepravda i njena samoprocjena

Ideja društvene nepravde ključna je za veliki dio suvremenog morala političke filozofije. Činjenica je kako je ideja društvene nepravde privukla velik broj interesa nego bilo koji drugi koncept moralne i političke filozofije u proteklih 50 godina. Prema definiciji, društvena pravda može se izraziti kao „Sve društvene vrijednosti – sloboda i prilika, prihod i bogatstvo te temelji samopoštovanja koji su ravnomjerno raspoređeni, dok društvena nepravda obuhvaća nejednaku raspodjelu vrijednosti što znači nejednakost koja nije na korist svima“. Predugo su ta dva koncepta, društvene pravde i društvene nepravde, krivo shvaćeni. Naime, kada se govori o socijalnoj pravdi, koncept obuhvaća odsutnost društvene nepravde, a ne samo njen nedostatak ili kršenje tih prava. Najčešći oblici društvene nepravde su ratovi, siromaštvo, klimatske promjene, diskriminacija prema spolu, dobi, rasi, vjeri i ostalim možebitnim karakteristikama pojedinca. Društvena nepravda predstavlja nedostatak pravednosti ili jednakosti, što je obično posljedica strukture društva ili diskriminacije od strane pojedinaca ili skupine [2].

Pravda je važno moralno načelo koje u organizacijama znači ispravno, dok nepravda znači neispravno i netočno. Društvena nepravda, suprotnost pravde, nesklad je između onoga što jest i onoga što bi trebalo biti. Naime, društvena nepravda se opisuje kao emocionalno opterećujuća konstrukcija koja izaziva bijes, užas, šok i ogorčenje koji priprema pojedinca da se odupre naporu. Društvena nepravda, motivirana emocijama izazvanim moralno opterećenim spoznajama o dobru i zlu, može motivirati pojedince, skupine i društvo da poduzmu akciju, uključujući nasilje i rat, kako bi ispravili uočene nepravde [6].

Nepravda utječe na pojedince značajnije nego što to utječe pravda, zbog toga što ljudi obično očekuju da vlast ili organizacija budu poštene. Stoga, kada se dogodi nepravda, pojedinci će poduzeti radnje kako bi održali pravdu [1].

Individualna percepcija nepravde odnosi se na nepravedan tretman koji ljudi generalno doživljavaju u svakodnevnom životu. S razvojem teorije pravednosti, istraživači organizacijskog ponašanja dodali su dodatne napomene definiciji. U organizacijskim studijama, percipirana organizacijska nepravda znači percepciju nepravednog tretmana koji se javlja prema ljudima. Prema definiciji, percipirana nepravda ima dvije dimenzije. Jedna je kada pojedinac smatra da je dobitak manji od truda, a drugi je kada je trud manji od dobitka. Smatra se kako je prva dimenzija nepravde štetnija zbog direktnog plasiranja pojedinca u inferioran položaj [7].

Navedene dvije dimenzije nepravde također se mogu javiti na radnome mjestu što označava ključno zbivanje u organizacijskoj jedinici. Ono može uzrokovati opasnu štetu pojedincima i negativno utjecati na rad organizacije. Istraživači vjeruju kako nepravda može potaknuti mentalne bolesti, naštetiti zdravlju zaposlenika te se u konačnici može shvatiti kao zlostavljanje (*mobbing*)

na radnom mjestu gdje pojedinac nepravdu doživljava kao poniženje i smanjenje ugleda i časti pojedinca [7].

3.1. Stanje uma kao temelj samoprocjene

Samoprocjena životnog standarda subjektivna je procjena koja odražava zadovoljstvo i očekivanja starijih životnim uvjetima. Brojna istraživanja dokazuju kako loša samoprocjena životnog standarda pridonosi lošem zdravlju. Na primjer, zbog brzog rasta socijalne ekonomije, rastuće razine cijena, velik broj mladih i sredovječnih ljudi odlazi na posao, stariji ljudi koji žive na selu (ruralna područja) osjećaju se bespomoćno, smanjenog standarda života, razmišljajući o vlastitim problemima što u konačnici rezultira nastankom stresa koji je prediktor za razne psihosomatske bolesti [8,9].

Stanje uma su oblici subjektivnog iskustva koji grupiraju ili zajedno aktiviraju mentalne elemente kao što su spoznaje, emocije, potrebe, želje i/ili somatski osjećaji, koji motiviraju akcijske tendencije i ponašanje. Na primjer, netko može biti u stanju sigurnosti i opuštenosti, dok se igra u vrtu s djecom i odjednom postane zabrinut, osjeća odgovornost i nemoć oko nečega što bi trebao riješiti, ali se boji da to neće moći učiniti. Također, stanje uma bitno je u spoznajama, emocijama i uvjerenjima različitih zbivanja, događaja, ali i poimanja samog sebe kao osobe. Naime, stanje uma i, hoće li osoba smatrati sebe kao uspješnu osobu ili ne, određuje razinu samoprocjene pojedinca te kako će on percipirati sebe u odnosu na druge ili u odnosu na sebe u prošlosti [9].

3.2. Samoprocjena nepravde

Ljudi različite postupke percipiraju kao nepravedne i različito reagiraju na iskustva nepravde. Ta subjektivna percepcija nepravde može odrediti, ne samo njihove postupke, već i njihovo mentalno zdravlje. Ponekad postoje jasni dokazi o nepravdi, objektivni podatci koji direktno upućuju na postojanje nepravde. Takvi znakovi najčešće uključuju verbalnu agresiju (vikanje), zatim nepoštovanje (npr. prekidanje uslijed rečenice i okretanje očima sugovornika), ignoriranje, odbijanje dodjeljivanja ili isplate nagrade za uloženi trud ili posao. No, uz objektivne pokazatelje nepravde, mogu se javiti i suptilni znakovi koji se mogu ili krivo interpretirati ili su prekriveni. Neki znakovi društvene nepravde mogu biti dvosmisleni te će njihova shvaćenost i ozbiljnost biti ovisni o interpretaciji i samoprocjeni osobe koja je žrtva. Takvi znakovi najčešće mogu biti neprimjetno smanjenje nagrade za trud, dobivanje kazne ili otkaza na radnom mjestu zbog različite boje kože ili podrijetla gdje se razlog otkazu pripisuje višak radnog osoblja, zatim suptilno se radniku može nanositi nepravda tako da se zbog njegove različitosti (različite boje kože ili vjere)

radniku daje veća količina zadataka u usporedbi s drugim zaposlenicima. Problem kod suptilnih znakova može biti i emocionalna inteligencija žrtve ili crte ličnosti zbog kojih će on čimbenike nepravde koji djeluju na njega protumačiti na način kako on percipira radne zadatke, nadređene ili samog sebe. Moguća je situacija kako će on povećanje obujma zadataka percipirati na način kako je sposoban za takve izazove te kako nadređeni vjeruju u njegov rad. Istina može biti daleko drugačija od njegove percepcije. Također, prilikom smanjenja nagrade gdje žrtva to ne primijeti, ona neće smatrati kako je nad njome izvršena nepravda ili rezultat diskriminacije. Ukoliko se u kolektivu dešava takva nepravda gdje je smanjena percepcija nepravde žrtve, potrebna je reakcija kolega te postupanje u skladu sa Zakonom i Deklaracijom o pravima čovjeka [11,12].

3.3. Odgovor na nepravdu

Smatra se kako osjetljivost na nepravdu stvara predispoziciju za negativne reakcije prema onome za koga se kaže da njegova djela rezultiraju nepravdom. Prethodna istraživanja pokazala su iskustva nepravde s nizom negativnih emocija. Ljutnja se smatra primarnim afektivnim odgovorom na nepravdu od strane žrtava koji može upozoriti počinitelja na buduće nepravedno ponašanje. Ali ljutnja najčešće nije ograničena na žrtve, već se smatra kako su promatrači nepravde skloni ogorčenju, emociji bliskoj ljutnji, dok s druge strane i počinitelji mogu doživjeti ogorčenost na situaciju ili sebe. Žrtve nepravde specifično mogu doživjeti tugu i/ili samosažaljenje kada zasluženi ili željeni ishod nije postignut ili kada ispoljavaju negativne emocije prema drugima. Isto tako, žrtve mogu osjećati krivnju zbog nastale situacije, a kako pojedinci općenito izbjegavaju nepravdu, to može rezultirati osjećajima bespomoćnosti ukoliko se odluče na pasivnost. U konačnici, emocionalni odgovor na nepravdu može biti ljutnja, a suprotno tome pasivnost, odnosno osjećaj bespomoćnosti i tjeskobe u konačnici. Koja će se emocija javiti zbog socijalne nepravde ovisi o pojedincu i situaciji u kojoj je ona počinjena. Važno je napomenuti kako se emocionalne reakcije na nepravdu odnose na društveno ponašanje i probleme mentalnog zdravlja [13].

Što se tiče kognitivnih odgovora na nepravdu, oni označavaju moćna sredstva za promjenu percepcije situacije kako bi se negativni učinci nepravde sveli na najmanju moguću mjeru i kontrolirali negativni efekti suočeni s nepravdom. Kognitivne regulacije emocija i ponašanja poput razmišljanja o nepravdi i samosvjesnost mogu rezultirati predviđanjem budućih situacija u kojima se može desiti nepravda što se usko povezuje s emocijama koje se mogu dogoditi u tom procesu kao što je to na primjer pojava stresa, brige ili straha od ponovne viktimizacije ili nanošenja nepravednih socijalnih ponašanja. Zaključno tome, kognitivni odgovori na nepravdu

moгу biti okrivljavanje žrtve, minimalizacija učinjene nepravde, predviđanje buduće nepravde, opravdanje za učinjeno [13].

Kod bihevioralnih odgovora na nepravdu najčešće se navodi kazna za počinjenu nepravdu. Nadalje, posredovanje između sukobljenih strana, opravdanje ili obećanje označavaju ponašajne akcije koje se mogu desiti u slučaju nanošenja nepravde. Jedan od bihevioralnih odgovora žrtve može biti socijalna izolacija, odnosno povlačenje kako bi spriječili daljnje mogućnosti da postanu žrtve, svjedoci ili da profitiraju ili uzrokuju nepravdu [13].

3.4. Profesionalni stres

Profesionalni stres može se definirati kao štetni emocionalni i psihološki odgovori. Profesionalni stres najčešće pogađa organizacije koje imaju visoke stope neučinkovitosti, velikih promjena u broju i kadru osoblja zbog bolesti, zatim one organizacije koje imaju lošu kvalitetu rada te povećane troškove zdravstvene zaštite što u konačnici rezultira smanjenjem zadovoljstva zaposlenja. Profesionalni stres je emocionalno i fizičko stanje koje utječe na produktivnost, osobno zdravlje i kvalitetu radnog života osobe. Dvosmislenost uloga, organizacijske promjene, zahtjevi posla, maltretiranje i nasilje samo su neki od uobičajenih čimbenika stresa koji se danas događaju na radnom mjestu. Također, svaki od navedenih čimbenika na kraju može rezultirati pojavnosti nepravde na radnome mjestu gdje se stvara krug između čimbenika stresa, pojavnosti nepravde na radnom mjestu i u konačnici nezadovoljstvo i možebitni *burn out* sindrom [14].

Stres na radnom mjestu alarmantan je fenomen u cijelom svijetu i velik je javnozdravstveni problem. Profesionalni stres odnosi se na proces kojim uzroci stresa u radnom okruženju dovode do razvoja psiholoških, bihevioralnih ili fizioloških napetosti koje rezultiraju dugoročnim zdravstvenim učincima, a poznat je i kao stres na poslu ili stres povezan s poslom. Osobito je poznato kako medicinske sestre / tehničari doživljavaju visoke razine profesionalnog stresa, a prema istraživanju koje je provedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu, medicinske sestre / tehničari bili su u tri skupine sa najviše doživljenog stresa na radnom mjestu. Stres se definira na mnogo načina, a najjednostavnije objašnjeno je definicijom kako je stres nespecifična reakcija tijela na bilo koji zahtjev koji mu se postavi, odnosno situacija u kojoj čimbenici povezani s poslom djeluju na radnika kako bi promijenili njegovo psihološko i / ili fiziološko stanje tako da je osoba prisiljena odstupiti od normalnog funkcioniranja. U toj definiciji 'stres' označava reakciju na stresne situacije u biološkom smislu [15].

3.5. Nepravda na radnom mjestu

Nepravda na radnom mjestu ima niz definicija, no svim definicijama zajedničko je to da nepravda uključuje diskriminaciju, uznemiravanje, zlostavljanje ili maltretiranje na radnom mjestu. Prilikom stupanja u radni odnos, potrebno je štiti radnike od nepravde na temelju dobi, spola, rasi, invaliditeta, trudnoći, genetskih informacija, nacionalnog podrijetla, vjere, seksualne orijentacije. Ukoliko se ne poštuju različitosti ili se radnik ne uzme u radni odnos zbog bilo koje navedene različitosti, tada se govori o nepravdi na radnome mjestu [16].

Nadalje, neki zdravstveni radnici doživljavaju diskriminaciju, posljedično nepravdu, od strane pacijenata, članova obitelji i suradnika zbog svoje nacionalne pripadnosti, boje kože, vjerskog opredjeljenja, seksualne orijentacije ili drugih individualnih čimbenika koji čine osobu različitom od većine [17].

Zakonski gledano, zakonska prava nude zaštitu radnicima koji su nepravедno trenirani na temelju svoje rase, spola, vjere ili nacionalnog podrijetla. No, kako bi se ova zaštita mogla iskoristiti, potencijalne žrtve nepravde na radnome mjestu moraju biti svjesni i biti u mogućnosti identifikacije i dokumentacije nepravde [18].

3.6. Identifikacija nepravde

Znakovi nepravde ili diskriminacije na radnome mjestu ponekad znaju biti prekriveni i suptilni, te ih je teško izravno izmjeriti. Neki od najčešćih nepravda koje se događa prilikom zapošljavanja ljudi te u samom radu jest diskriminacija na temelju etničke pripadnosti. Tada se nepravda može identificirati prepoznavanjem predrasudama te djelovanjem u skladu s njima. Naime, takva vrsta nepravde može se prepoznati kada osoba ne dobije posao zbog svoje etničke pripadnosti. Takav primjer nepravde na radnom mjestu može se dogoditi i u slučaju diskriminacije zbog spola, vjerskog opredjeljenja ili rase. Osobe koje doživljavaju nepravdu često budu verbalno ili neverbalno diskriminirane, smanjene motiviranosti i ponižene od strane kolega ili nadređenih. Nadalje, nepravda se može identificirati u zaposlenika koji su za svoj uloženi trud dobili umanjenu nagradu, na primjer novčanom dodatku ili pohvali. Zaposlenik tada prepoznaje suptilni znak nepoštovanja i doživljene nepravde što može u krajnjem slučaju rezultirati gubitkom samopouzdanja i ne izvršavanjem dužnosti [18].

3.7. Nepravda među medicinskim osobljem i pacijentima

Nepravdu u smislu zlostavljanja, diskriminacije i profesionalnog stresa iskusilo je između 20 do 77 % medicinskog osoblja. Istraživanja pokazuju kako su medicinski djelatnici crne rase, ženskog spola i različitog nacionalnog podrijetla od onog kojem pripada veći dio tima, u

povećanom riziku od doživljavanja socijalne nepravde. To je najvjerojatnije što će počinitelji nepravde biti okupirani na različitosti zaposlenika. Dokazi ukazuju na to kako su diskriminacija i društvena nepravda izrazito zastupljeni u sestrinskoj organizaciji. Potrebno je uzeti u obzir posljedice nepravde koje direktno ili indirektno mogu utjecati na sigurnost pacijenta [19].

Što se tiče nanošenja nepravde od strane medicinskog osoblja prema pacijentima, tada govorimo o diskriminaciji pacijenata na temelju njegove dobi, spola, ekonomskog i društvenog statusa, vjerskog opredjeljenja, invaliditeta, fizičkih sposobnosti i mnogočem drugom. Nanošenje nepravde pacijentima najčešće će rezultirati otporom, nanošenjem štete, odnosnom nepovjerenja, sukobljavanja, tjeskobe ili razočaranja. U tom slučaju, pacijenti osjećaju kako su izdani, a sama percepcija nepravde može djelovati na zdravlje i opću dobrobit pacijenata. Razumijevanje toga kako je sestrinska skrb mogući izvor nepravde prema pacijentima u zdravstvenim ustanovama vrlo je važno iz nekoliko razloga. Prvo, zdravstveni sustav ima moralnu i zakonsku obavezu pružiti jednaku skrb svim pacijentima, bez obzira na njihov demografski status ili druge karakteristike. Drugo, nanošenje nepravde u zdravstvenim ustanovama može rezultirati odvajanje pacijenta od zdravstvenog sustava, što negativno utječe na buduće susrete pacijenta i medicinskog osoblja [20].

3.8. Kvaliteta života

Ljudi su se kroz povijest pitali kako živjeti, kakav će im život donijeti zadovoljstvo. Religija je stoljećima davala odgovore na pitanje smisla ljudskog postojanja i životom kojim će ljudi biti zadovoljni. Neviđeni rast blagostanja nakon Drugog svjetskog rata, uvelike se podigao životni standard stanovnika. Zadovoljene potrebe za kvantitetom životu u smislu zadovoljenja materijalnih potreba dovelo je do sve većeg zanimanja za samu kvalitetu života. Kvaliteta života, koja se ponekad poistovjećuje sa životnim zadovoljstvom, blagostanjem ili srećom, pod utjecajem je mnogih varijabli, od kojih su najvažnije društvene vrijednosti poput dobi, obrazovanja ili socijalne podrške. Ona opisuje dobiti ljudskog života. Kvaliteta života narušava se svakom situacijom koja stupa od normalnog, na primjer pojava bolesti ili siromaštva, odnosno svaka situacija koja negativno utječe na mentalno, društveno, profesionalni, duhovno, bračno ili fizičko funkcioniranje osobe. Mjerenje kvalitete života društva pomoći će nadležnima za razvoj identifikacije problematičnih područja i davanju učinkovitih prijedloga upravljanja za poboljšanje dobiti pojedinaca u tom društvu [21].

Nadalje, izloženost društvenoj nepravdi, ruši koncept kvalitete života, gdje se nepravedno postupa prema pripadnicima zajednice koji se u bilo kojem pogledu razlikuju od većine, odnosno drugih pripadnika zajednice. Pojedinci percipiranjem nepravde ili diskriminacije doživljavaju psihosocijalni stres što u globalu znači veliki javnozdravstveni problem povezan s lošom

kvalitetom života, samim time povezan i sa zdravljem i višedimenzionalnim konceptom koji se odnosi na samo – percipiranu mentalnu i / ili tjelesnu dobrobit [22].

4. Istraživači rad

4.1. Metodologija istraživanja

Ovaj dio rada prikazuje hipoteze, svrhu, ciljeve i probleme empirijskog istraživanja, zatim opisuje postupak kojim se istraživanje provodilo, strukturu uzorka istraživanja s ciljanom populacijom, primijenjeni istraživački instrumentarij te postupke i metode analize i obrade empirijskih podataka.

4.2. Problem i svrha istraživanja

Kao osnovni problem ovoga istraživanja nameću se socio-demografski prediktori razine osjetljivosti na nepravdu među zdravstvenim djelatnicima Republike Hrvatske (termini „zdravstveni djelatnik“, „ispitanik“ i „sudionik istraživanja“; upotrebljavaju se u generičkom značenju, te kao takvi ne podrazumijevaju rodnu diskriminaciju, već se podjednako odnose na osobe muškog i ženskog spola).

Provedeno istraživanje imalo je svrhu ustanoviti kolika je razina osjetljivosti na nepravdu hrvatskih zdravstvenih djelatnika je li nivo osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive međusobno povezane te predstavljaju li i u kojoj mjeri odabrane socio-demografske karakteristike zdravstvenih djelatnika statistički značajne prediktore razine osjetljivosti na nepravdu.

Kako bi se istraživački problem istražio, odabrana je empirijska kvantitativna metoda istraživanja, pri čemu su istraživački rezultati dobiveni primjenom pismene ankete na prigodnom uzorku 90 pripadnika referentne populacije, odnosno, na uzorku 90 zdravstvenih djelatnika iz Republike Hrvatske, koji su u trenutku provođenja istraživanja bili zaposleni u jednoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju.

4.3. Ciljevi, problemi i hipoteze istraživanja

Obzirom na problem i svrhu ovoga istraživanja, formulirani su istraživački ciljevi. Osnovni ciljevi ovoga istraživanja obuhvaćaju:

- utvrđivanje razine osjetljivosti na nepravdu uzorkom obuhvaćenih zdravstvenih djelatnika Republike Hrvatske;
- utvrđivanje odnosa između razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača, na uzorku zdravstvenih djelatnika Republike Hrvatske;

- obzirom da se pretpostavlja kako određene socio-demografske karakteristike zdravstvenih djelatnika utječu na razinu osjetljivosti na nepravdu, cilj ovoga rada obuhvaća i identificiranje pozadinskih relevantnih socio-demografskih varijabli, odnosno, pozadinske socio – demografske strukture zdravstvenih djelatnika, koja pretpostavljeno utječe na razinu osjetljivosti na nepravdu. Odnosno, cilj ovoga rada obuhvatio je i utvrdio statistički značajne socio – demografskih prediktore razine osjetljivosti na nepravdu.

S obzirom na dosadašnja empirijska istraživanja i na temelju ciljeva istraživanja koji su navedeni, postavljene su sljedeće hipoteze:

P₁: Ispitati jesu li razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive statistički značajno povezane.

H₁: Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača značajno su statistički povezane.

Očekuje se da su pojedinci koji su osjetljiviji na nepravdu iz jedne perspektive, također osjetljiviji na nepravdu iz ostalih perspektiva.

P₂: Ispitati predstavljaju li odabrane socio-demografske karakteristike zdravstvenih djelatnika statistički značajne prediktore razine osjetljivosti na nepravdu.

H₂: Spolna struktura, dobna struktura, bračni status, mjesto stanovanja te radno mjesto, statistički su značajni prediktori razine osjetljivosti na nepravdu .

Očekuje se kako su ženski spol, mlađa dob, život izvan bračnih/vanbračnih zajednica, ruralno područje te radno mjesto medicinske sestre/tehničara prediktori koji su na većoj razini osjetljivosti na nepravdu; dok su muškarci (muški spol), osobe starije životne dobi, osobe koje su u bračnim/vanbračnim zajednicama, osobe iz urbanih područja te osobe zaposlene kao fizioterapeutske tehničari, na manjoj razini osjetljivosti na nepravdu.

P₃: Ispitati ima li razlike u zdravstvenih djelatnika različitog stupnja obrazovanja u razini osjetljivosti na nepravdu.

H₃: Zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju se statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu.

Očekuje se kako se zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu.

P4: Ispitati postoji li statistički značajna povezanost između dužine radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti i razine osjetljivosti na nepravdu.

H4: Zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u manjoj su mjeri osjetljivi na nepravdu, dok su zdravstveni djelatnici s kraćim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u većoj mjeri osjetljivi na nepravdu.

Očekuje se kako su zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu, dok su zdravstveni djelatnici s kraćim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u većoj mjeri osjetljivi na nepravdu.

4.4. Postupak prikupljanja podataka

Empirijski podaci koji se analiziraju u okviru ovoga rada prikupljeni su tijekom zime 2023. godine (podaci su prikupljeni u razdoblju od 13. do 20. ožujka 2023. godine).

Prikupljanje podataka provedeno je metodom pismene ankete u papirnatom obliku, primjenjujući *PAPI* tehniku anketiranja (*PAPI* - „*Pen-and-Paper Personal Interview*“), odnosno, tehniku pismenog osobnog anketiranja ispitanika (sudionika istraživanja) uz pomoć papirne verzije anketnog upitnika.

Primjena takvih procedura anketiranja, uz određene prednosti (poput eliminiranja utjecaja anketara na odgovore ispitanika), posjeduje i određene nedostatke. Naime, takvim se postupkom prikupljanja podataka smanjuje mogućnost kontrole postupka i tijeka anketiranja, odnosno, nije moguće kontrolirati jesu li ispitanici razumjeli anketna pitanja, nije moguće intervenirati sa svrhom minimaliziranja nedostajućih odgovora, odnosno, izučeni anketari ne mogu korištenjem neutralnih tehnika potaknuti ispitanike na odgovor na postavljeno pitanje bez da utječu na sam odgovor, te nije moguće utvrditi jesu li tijekom ispunjavanja ankete ispitanici bili ometani, odnosno, je li tijekom ispunjavanja anketnog upitnika došlo do potencijalnih neuobičajenih poteškoća ili događaja koji su mogli utjecati na postupak prikupljanja podataka.

Nakon poslanog upita Etičkom povjerenstvu Specijalne bolnice Varaždinske Toplice za odobrenje referentnog istraživanja te upućivanja zamolbe voditeljima odjela referentne hrvatske specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju za provedbu referentnog istraživanja, te dobivanja odobrenja odnosno dozvole za provedbu empirijskog ispitivanja od strane istih, autorica završnog rada, anketne je upitnike fizički umnožila u papirnatom obliku te ih distribuirala voditeljima odjela referentnih toplica. Tako je potencijalnim ispitanicima od strane voditelja odjela referentne specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju verbalnim putem upućen poziv na sudjelovanje u istraživačkom projektu.

Ukoliko bi potencijalni ispitanici dali usmenu privolu za sudjelovanje u istraživanju, voditelji odjela referentne specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju potencijalnim su ispitanicima ukratko predstavili glavnu temu anketnog upitnika i istraživanja, objasnili razlog provedbe, svrhu istraživanja i istraživačke ciljeve, zagarantirali im anonimnost podataka i povjerljivost njihovih odgovora, nakon čega su ispitanici u narednim danima sami ispunjavali anketni upitnik. Pri tome, ispitanici su bili obvezni dati traženu pismenu privolu za sudjelovanje u istraživanju, odnosno, ispitanici su dali usmenu suglasnost kako svjesno i dobrovoljno pristupaju istraživačkom projektu. Nakon ispunjavanja anketnih upitnika, sudionici istraživanja osobno su uručili ispunjene anketne upitnike voditeljima odjela referentne specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju.

Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, pri čemu su ispitanici imali mogućnost u bilo kojem trenutku bez objašnjenja prekinuti sudjelovanje u istraživanju, dok su istraživački rezultati anonimni i povjerljivi, odnosno, prikupljeni podaci korišteni su isključivo za svrhu izrade ovoga rada te nisu davani na uvid drugim pojedincima ili ustanovama. Odgovori ispitanih analizirani su skupno, odnosno, na razini ukupnog uzorka, korištenjem anonimizirane baze podataka, pri čemu dobivene rezultate istraživanja nije moguće povezati s identitetom ispitanih.

Za ispunjavanje anketnog upitnika, ispitanicima je u prosjeku bilo potrebno šest minuta.

Na temelju opisanog metodološkog okvira istraživanja te načina na koji su obrađeni podatci, radi se o kvantitativnom empirijskom istraživanju, koje je provedeno u obliku jednokratnog korelacijskog istraživačkog nacrta, u kojem odabrane socio - demografske karakteristike zdravstvenih djelatnika predstavljaju nezavisne varijable, dok razina osjetljivosti na nepravdu predstavlja zavisnu varijablu.

4.5. Anketni upitnik

Uzimajući u obzir postavljene ciljeve istraživanja i postulirane hipoteze, osmišljen je i kreiran anketni upitnik radi prikupljanja relevantnih podataka.

Anketni je upitnik sadržavao ukupno devet pitanja čime su se obuhvatile 38 varijable. Obzirom na strukturu anketnih pitanja, osam je anketnih pitanja bilo zatvorenog tipa, u formi jednoznačnog odgovora, pri čemu su ispitanici između različitog broja ponuđenih odgovora imali mogućnost odabira samo jednog od ponuđenih odgovora, dok je jedno anketno pitanje (životna dob sudionika istraživanja) bilo otvorenog tipa. Zatvorenim pitanjima i tvrdnjama pridružene su nominalne skale odgovora s različitim brojem kategorija ili ordinalne ljestvice procjene različitog broja stupnjeva. Pri tome, socio-demografska pitanja mjerena su putem jednostavnih indikatora (jednočestičnih mjernih instrumenata), dok je jedan predmet mjerenja (razina osjetljivosti na

nepravdu) mjeren putem dostupnog autorskog višečestičnog mjernog instrumenta, već primijenjenog u dosadašnjim empirijskim istraživanjima u okviru raznih postojećih upitnika. Mjerni instrument namijenjen mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu preuzet je uz dopuštenje autora mjernog instrumenta, koje je dobiveno putem elektroničke pošte, te je priloženo u Prilogu 2.

Uzimajući u obzir sadržaj anketnih pitanja, anketni upitnik obuhvaćao je dva predmeta mjerenja:

- a) **socio-demografske karakteristike ispitanih**, koje obuhvaćaju dobnu i spolnu strukturu ispitanika, razinu najvišeg stupanja obrazovanja, bračni status, strukturu kućanstva u kojem su ispitanici živjeli u trenutku provođenja istraživanja, socio geografske karakteristike životnog okruženja ispitanih u trenutku provođenja istraživanja (stupanj urbaniziranosti naselja); radno mjesto u bolnici u kojoj su ispitanici bili zaposleni u trenutku provođenja istraživanja te dužinu radnog staža u zdravstvu općenito:
- b) **razinu osjetljivosti na nepravdu**, koja je mjerena Skalom osjetljivosti na nepravdu (V. Čubela Adorić, i M. Jurkin, 2008.) koja je namijenjena mjerenju reakcija na percipiranu nepravdu. Skala osjetljivosti na nepravdu (SON) sastoji se od tri teorijski predviđene dimenzije (subskale), koje indiciraju razinu osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive: reakcija na percipiranu nepravdu iz perspektive žrtve, reakcija na percipiranu nepravdu iz perspektive promatrača te reakcija na percipiranu nepravdu iz perspektive profitera. Svaka subskala sadrži 10 referentnih čestica, gdje je svim česticama pridružena ordinalna ljestvica procjene Likertova tipa od šest stupnjeva (od 1 - „*Uopće se ne slažem*“ do 6 - „*U potpunosti se slažem*“), gdje je niži skalni odabir upućivao na manju razinu osjetljivosti na nepravdu iz dane perspektive, dok je s druge strane viši skalni rezultat upućivao na veću razinu osjetljivosti na nepravdu iz dane perspektive.

Suglasnost autora upitnika za njegovo korištenje (Vera Čubela Adorić) kao i anketni upitnik (primijenjeni instrumentarij) priloženi su u prilogu.

4.6. Analiza i obrada prikupljenih podataka

Prikupljeni podaci analizirani su i obrađeni uz pomoć statističkog programskog paketa za socijalne znanosti, SPSS-u 21 („*Statistical Package for the Social Sciences*“) prilikom čega je besplatna demo verzija (*free trial version*) u trajanju od 21 dana preuzeta sa stranice proizvođača: <https://www.ibm.com/analytics/spss-trials>.

Empirijski podaci analizirani su metodama i postupcima deskriptivne, inferencijalne (induktivne) te multivarijatne statistike. U okviru deskriptivne statistike, varijable se analiziralo univarijatnim tehnikama, koristeći primjerene deskriptivne statističke pokazatelje (distribucije frekvencija, postotne raspodjele odgovora, prosječne vrijednosti, modalne vrijednosti, medijalne vrijednosti, standardnu devijaciju, asimetriju i spljoštenost) te su podaci prikazani tabličnim prikazima.

U okviru inferencijalne statističke analize podataka, varijable se analiziralo bivarijatnim tehnikama, pri čemu su za testiranje statističke značajnosti razlika i povezanosti korišteni neparametrijski i parametrijski testovi, ovisno o vrsti analiziranih varijabli te njihovom odstupanju od normalne raspodjele. Sažeto rečeno, u slučaju testiranja povezanosti nominalnih varijabli korišten je Hi-kvadrat test (pri tome, u slučajevima tablica 2×2 , u obzir je uzeta značajnost Hi kvadrat testovnog statistika uz Yatesovu korekciju, dok je u slučajevima tablica 2×2 u kojima je evidentirana jedna ćelija s teorijskom frekvencijom manjom od 5 u obzir uzeta značajnost Fisherovog egzaktnog testa), u slučaju testiranja povezanosti ordinalnih varijabli korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, dok je povezanost kvantitativnih varijabli koje ne odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele testirana Pearsonovim koeficijentom korelacije. Za testiranje statističke značajnosti razlike prosječnih rezultata pripadnika dviju skupina na određenoj varijabli korišten je t-test za dva nezavisna uzorka (u slučaju kvantitativnih varijabli koje ne odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele) ili Mann-Whitney U test za dva nezavisna uzorka (u slučaju ordinalnih varijabli ili kvantitativnih varijabli koje odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele), dok je prilikom testiranja statističke značajnosti razlika (prosječnih) rezultata pripadnika više skupina na određenoj varijabli korištena ANOVA (u slučaju kvantitativnih varijabli koje ne odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele) ili Kruskal-Wallis H test (u slučaju ordinalnih varijabli ili kvantitativnih varijabli koje odstupaju statistički značajno od normalne raspodjele). Testiranje normalnosti kvantitativnih varijabli provedeno je putem Kolmogorov-Smirnov testa. Pri tome, svi su statistički testovi provedeni uz pet postotnu razinu rizika, odnosno, vjerojatnost pojavljivanja testovnog statistika jednaka ili manja od 0,05, smatrana je statistički značajnom

Multivarijatne tehnike primijenjene su prilikom provjere faktorske strukture višestručnog mjernog instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, pri čemu je primijenjena faktorska analiza te prilikom testiranja prediktivnosti razine osjetljivosti na nepravdu na temelju odabranih socio-demografskih karakteristika zdravstvenih djelatnika pri čemu je korištena višestruka regresijska analiza.

4.7. Ciljna populacija i struktura istraživačkog uzorka

Ciljna populacija na koju se dobiveni rezultati istraživanja poopćavaju (generaliziraju) obuhvaća zdravstvene djelatnike Republike Hrvatske, i to medicinske sestre/tehničare te fizioterapeutske tehničare.

Istraživanju je pristupilo 90 ispitanika te je riječ o prigodnom uzorku pripadnika referentne populacije, odnosno, istraživanju je pristupilo 90 medicinskih sestara/tehničara te fizioterapeutskih tehničara koji su u trenutku provođenja istraživanja bili zaposleni u jednoj hrvatskoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju.

Uzimajući u obzir način provedbe istraživanja, odnosno, dizajn uzorka i način odabira ispitanika, uzorak je neprobabilistički. Gledajući vrstu uzorka, radi se o prigodnom uzorku. Kako je riječ o prigodnom uzorku, zaključci i tendencije uočene na realiziranom uzorku, mogu poslužiti samo kao grubi indikator populacijskih parametara.

5. REZULTATI EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA

Rezultati provedenog empirijskog istraživanja izneseni su u nastavku.

5.1. Socio-demografske karakteristike ispitanih zdravstvenih djelatnika

Socio-demografske karakteristike ispitanih zdravstvenih djelatnika obuhvatile su njihovu spolnu i dobnu strukturu, bračni status, najveći završeni stupanj obrazovanja, strukturu kućanstva u kojem su ispitanici živjeli u trenutku provođenja istraživanja, socio geografske karakteristike životnog okruženja ispitanih u trenutku provođenja istraživanja (stupanj urbaniziranosti naselja); trenutno radno mjesto u bolnici u kojoj su ispitanici bili zaposleni u trenutku provođenja istraživanja te dužinu radnog staža u zdravstvu općenito.

Uzimajući u obzir spolnu strukturu ispitanih zdravstvenih djelatnika, istraživačkim je uzorkom obuhvaćeno 23% muških zdravstvenih djelatnika ($n=21$) te 77% ($n=69$) ženskih zdravstvenih djelatnica.

Prema dobnoj strukturi ispitanih zdravstvenih djelatnika, istraživački je uzorak obuhvatio osobe u rasponu od 20 do 59 godina starosti, prilikom čega je prosječna dob ispitanih iznosila 40 godina ($M \pm SD = 39,58 \pm 11,24$). Uz to, najveći postotak ispitanih zdravstvenih djelatnika, njih 8% ($n=7$) u trenutku provođenja istraživanja imali su 40 godina ($Mod = 40$); dok je više od polovice ispitanih zdravstvenih djelatnika, njih 54% ($n=49$) u trenutku provođenja istraživanja imalo više od 39 godina starosti ($MDN = 40$).

U svrhu tabličnog prikaza dobne strukture ispitanih zdravstvenih djelatnika, ispitanici su grupirani u četiri skupine: osobe do 29 godina starosti, osobe između 30 i 39 godina starosti, osobe između 40 i 49 godina starosti, te osobe između 50 i 59 godina starosti.

S obzirom na pripadnike pojedinih dobnih skupina, 27% ispitanih ($n=24$) u trenutku provođenja istraživanja imali su između 20 i 29 godina; 19% ispitanih ($n=17$) u trenutku provođenja istraživanja imali su između 30 i 39 godina; 24% ispitanih ($n=22$) u trenutku provođenja istraživanja imali su između 40 i 49 godina, dok je najveći postotak ispitanih, njih 30% ($n=27$) u trenutku provođenja istraživanja imao između 50 i 59 godina starosti.

S obzirom na najveći završeni stupanj obrazovanja, najveći postotak ispitanih zdravstvenih djelatnika, njih 58% ($n=52$) u trenutku provođenja istraživanja imali su završenu srednju stručnu spremu; 30% ispitanih ($n=27$) u trenutku provođenja istraživanja imali su završenu višu stručnu spremu, dok je 12% ispitanih ($n=11$) u trenutku provođenja istraživanja imalo završenu visoku stručnu spremu.

Gledajući bračni status, najveći udio ispitanika, više od polovice, njih 67% ($n=60$) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su u bračnim zajednicama; 22% ispitanih ($n=20$) u trenutku

provođenja istraživanja bili su neoženjeni / neudane; 7% ispitanih (n=6) u trenutku provođenja istraživanja bili su razvedeni / rastavljeni; dok je 4% ispitanih (n=4) u trenutku provođenja istraživanja živjelo u vanbračnim zajednicama. Pri tome, istraživačkim uzorkom nije detektiran niti jedan sudionik istraživanja koji je u trenutku provođenja istraživanja spadao u kategoriju udovaca / udovica.

Obzirom na strukturu kućanstva u kojem su ispitanici živjeli u trenutku provođenja istraživanja, 8% ispitanih (n=7) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su s roditeljima; 10% ispitanih (n=9) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su sami; 19% ispitanih (n=17) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su sa supružnikom/icom; najveći udio ispitanih, njih 49% (n=44) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su sa supružnikom/icom i djetetom/djecom; 4% ispitanih (n=4) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su sa supružnikom/icom, djetetom/djecom, njihovim bračnim partnerom/ima te unukom/unucima; dok je 10% sudionika istraživanja (n=9) u trenutku provođenja istraživanja živjelo u ostalim tipovima kućanstava (3% ispitanih (n=3) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su s roditeljima te braćom/sestrama; po 2% ispitanih (n=2) u trenutku provođenja istraživanja živjeli su s djetetom/djecom odnosno s vanbračnim partnerom/partnericom; dok je po 1% sudionika istraživanja (n=1) u trenutku provođenja istraživanja živio s majkom i sestrom, odnosno, s roditeljima, djetetom i braćom/sestrama).

Uzimajući u obzir stupanj urbaniziranosti naselja u kojem su ispitanici sudionici istraživanja živjeli u vrijeme provođenja istraživanja, istraživačkim je uzorkom obuhvaćeno 41% ispitanih (n=37) koji su u trenutku provođenja istraživanja živjeli na selu, odnosno, ruralnim područjima, te 59% ispitanih (n=53) koji su u trenutku provođenja istraživanja živjeli u gradovima, odnosno, urbanim područjima.

Obzirom na radno mjesto u bolnici u kojoj su ispitanici bili zaposleni u trenutku provođenja istraživanja, istraživačkim je uzorkom obuhvaćeno 57% medicinskih sestara / tehničara (n=51) te 43% fizioterapeutskih tehničara (n=39).

Obzirom na dužinu radnog staža u zdravstvu općenito; najveći broj ispitanih, njih 23% (n=21) u trenutku provođenja istraživanja u zdravstvu općenito bio je zaposlen između 11 i 20 godina.

U tablici 5.1.1. prikazana je socio-demografska struktura ispitanih zdravstvenih djelatnika.

Tablica 5.1.1. Socio-demografska struktura ispitanih zdravstvenih djelatnika

<i>Varijabla</i>	<i>Kategorije varijable</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Spolna struktura</i>	<i>Muškarci</i>	21	23,3
	<i>Žene</i>	69	76,7
<i>Dobna struktura</i>	<i>Do 29 godina</i>	24	26,7
	<i>Od 30 do 39 godina</i>	17	18,9
	<i>Od 40 do 49 godina</i>	22	24,4
	<i>Od 50 do 59 godina</i>	27	30,0
<i>Najveći završeni stupanj obrazovanja</i>	<i>Srednja stručna sprema (SSS)</i>	52	57,8
	<i>Viša stručna sprema (VŠS)</i>	27	30,0
	<i>Visoka stručna sprema (VSS)</i>	11	12,2
<i>Bračni status</i>	<i>Neudana / Neoženjen</i>	20	22,2
	<i>U bračnim zajednicama</i>	60	66,7
	<i>U vanbračnim zajednicama</i>	4	4,4
	<i>Razvedeni / Rastavljeni</i>	6	6,7
	<i>Udovac / udovica</i>	0	0,0
<i>Struktura kućanstva u kojem su ispitanici živjeli u trenutku provođenja istraživanja</i>	<i>S roditeljima</i>	7	7,8
	<i>Sam/a</i>	9	10,0
	<i>Sa supružnikom</i>	17	18,9
	<i>Sa supružnikom i djetetom/djecom</i>	44	48,9
	<i>Sa supružnikom, djetetom/djecom, njihovim bračnim partnerom/ima te unukom/unucima</i>	4	4,4
	<i>Ostalo</i>	9	9,9
<i>Socio-geografske karakteristike životnog okruženja</i>	<i>Ruralno područje - selo</i>	37	41,1
	<i>Urbano područje - grad</i>	53	58,9
<i>Trenutno radno mjesto u bolnici</i>	<i>Medicinska sestra/ tehničar</i>	51	56,7
	<i>Fizioterapeutski tehničar</i>	39	43,3
<i>Dužina radnog staža u zdravstvu općenito</i>	<i>Do 5 godina</i>	17	18,9
	<i>2 d 5-10 godina</i>	15	16,7
	<i>Od 11-20 godina</i>	21	23,3
	<i>Od 21-30 godina</i>	19	21,1
	<i>31 godinu i više</i>	18	20,0

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

5.2. Razina osjetljivosti na nepravdu

Mjerni instrument namijenjen mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu sastojao se od tri teorijski predviđene dimenzije: razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve, razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača te razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera. Pri tome, svaka subskala sastojala se od 10 čestica, odnosno tvrdnji, kojima je pridružena ordinalna ljestvica procjene Likertova tipa od 6 stupnjeva (od 1 = „*Uopće se ne slažem*“; do 6 = „*U potpunosti se slažem*“); pri čemu niži skalni rezultat upućuje na manju razinu osjetljivosti na referentnu nepravdu, dok viši skalni rezultat upućuje na veću razinu osjetljivosti na referentnu nepravdu.

5.3. Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve

Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve mjerena je subskalom koja se sastojala od 10 čestica, kojima je pridružena ordinalna ljestvica procjene Likertova tipa od šest stupnjeva (od 1 - „*Uopće se ne slažem*“ do 6 - „*U potpunosti se slažem*“), na kojoj niži skalni rezultat indicira manju razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve, dok viši skalni rezultat indicira veću razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve.

S obzirom na stupanj slaganja s pojedinačnim indikatorima subskale namijenjene mjerenju **razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve**, ispitanici – zdravstveni djelatnici, donekle se slažu s tvrdnjom po kojoj se ljute kada se sa njima postupa lošije nego s drugima, tvrdnjom po kojoj ih smeta kad ih se kritizira zbog stvari koje se drugima „*progledaju kroz prste*“, tvrdnjom po kojoj ne mogu lako podnijeti kada shvate da ih je netko iskoristio, tvrdnjom po kojoj ih muči kada se prema drugima postupa bolje nego prema njima bez ikakvog stvarnog razloga, tvrdnjom po kojoj ih uzruja kad netko drugi dobije nagradu koju oni zaslužuju, tvrdnjom po kojoj ih smeta kad im se pružaju manje šanse da nešto postignu nego drugima te tvrdnjom po kojoj ih smeta kad drugi dobiju nešto što je trebalo biti njihovo; dok se u manjoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima su morali ispravljati tuđi nemar, tvrdnjom po kojoj ih smeta kada se moraju namučiti da bi dobili ono do čega drugi lako dođu te tvrdnjom po kojoj ih smeta kad je drugima bolje nego njima bez opravdanog razloga.

Ispitanici – zdravstveni djelatnici se pri tome u relativno najvećoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj ih ljuti kada se s njima postupa lošije nego s drugima ($M \pm SD = 4,67 \pm 1,23$), pri čemu se s navedenom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 83% ispitanih ($n=75$); dok se u relativno najmanjoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj im smeta kad je drugima bolje nego njima bez opravdanog razloga ($M \pm SD = 3,43 \pm 1,63$), pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 49% ispitanih ($n=44$). Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih

indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve, prikazani su Tablici 5.3.1.

Tablica 5.3.1. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve

S

<i>Čestice/tvrđnje namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve</i>	<i>Valjani odgovori</i>	<i>Nedostajući</i>	<i>Prosječna vrijednost</i>	<i>Standardna devijacija</i>
<i>Ljuti me kad se sa mnom postupa lošije nego s drugima.</i>	90		4,67	1,23
<i>Smeta mi kad me se kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“.</i>	90		4,64	1,38
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da me netko iskoristio.</i>	90		4,62	1,25
<i>Muči me kad se prema drugima postupa bolje nego prema meni bez ikakvog stvarnog razloga.</i>	90		4,53	1,50
<i>Uzruja me kad netko drugi dobije nagradu koju sam ja zaslužio.</i>	90		4,36	1,50
<i>Smeta mi kad mi se pružaju manje šanse da nešto postignem nego drugima.</i>	90		4,33	1,38
<i>Smeta mi kad drugi dobiju nešto što je trebalo biti moje</i>	89		4,22	1,44
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima sam ja morao ispravljati tuđi nemar.</i>	90		3,91	1,34
<i>Smeta mi kad se moram namučiti da bih dobio ono do čega drugi lako dođu.</i>	90		3,90	1,51
<i>Smeta mi kad je drugima bolje nego meni bez opravdanog razloga.</i>	90		3,40	1,63

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

5.4. Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača

Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača mjerena je subskalom koja se sastojala od 10 čestica, kojima je pridružena ordinalna ljestvica procjene Likertova tipa od šest stupnjeva (od 1 - „*Uopće se ne slažem*“ do 6 - „*U potpunosti se slažem*“), na kojoj niži skalni rezultat indicira manju razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača, dok viši skalni rezultat indicira veću razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača.

Sudeći prema stupnju slaganja s pojedinačnim indikatorima subskale namijenjene mjerenju **razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača**, ispitani zdravstveni djelatnici donekle se slažu s tvrdnjom po kojoj im smeta kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „*progledaju kroz prste*“, tvrdnjom po kojoj ih ljuti kada se s nekim postupa lošije nego s drugima, tvrdnjom po kojoj ih uzruja kada vide da netko drugi ne dobije nagradu koju je zaslužio, tvrdnjom po kojoj ne mogu lako podnijeti kad shvate da je netko iskoristio druge, tvrdnjom po kojoj ih muči kada se prema nekome postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga, tvrdnjom po kojoj ih smeta kada se nekome pružaju manje šanse da nešto postigne nego drugima, tvrdnjom po kojoj im smeta kad se netko mora namučiti za ono do čega drugi lako dođu, tvrdnjom po kojoj im smeta kada je nekome lošije nego drugima bez opravdanog razloga, tvrdnjom po kojoj im smeta kada netko dobije nešto što nije trebalo biti njegovo te tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar.

Pri tome, ispitani zdravstveni djelatnici u relativno se najvećoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj ih smeta kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „*progledaju kroz prste*“ ($M \pm SD = 4,70 \pm 1,14$), pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 85% ispitanih ($n=76$); dok se u relativno najmanjoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar ($M \pm SD = 4,02 \pm 1,17$), pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 69% ispitanih ($n=62$). Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača, prikazani su Tablici 5.4.1.

Tablica 5.4.1. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača

<i>Čestice/tvrdnje namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača</i>	<i>Valjani odgovori</i>	<i>Nedostajući</i>	<i>Prosječna vrijednost</i>	<i>Standardna devijacija</i>
<i>Smeta mi kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „progladaju kroz prste“.</i>	90		4 ,70	1 ,14
<i>Ljuti me kada se s nekim postupa lošije nego s drugima.</i>	90		4 ,63	1 ,18
<i>Uzruja me kada vidim da netko drugi ne dobije nagradu koju je zaslužio.</i>	90		4 ,58	1 ,12
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da je netko iskoristio druge.</i>	90		4 ,52	1 ,19
<i>Muči me kad se prema nekome postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.</i>	90		4 ,44	1 ,21
<i>Smeta mi kad se nekome pružaju manje šanse da nešto postigne nego drugima.</i>	90		4 ,42	1 ,29
<i>Smeta mi kad se netko mora namučiti za ono do čega drugi lako dođu.</i>	90		4 ,42	1 ,27
<i>Smeta mi kad je nekome lošije nego drugima bez opravdanog razloga.</i>	90		4 ,21	1 ,24
<i>Smeta mi kad netko dobije nešto što nije trebalo biti njegovo.</i>	90		4 ,03	1 ,41
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar.</i>	90		4 ,02	1 ,17

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

5.5. Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera

Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera mjerena je subskalom koja se sastojala od 10 čestica, kojima je pridružena ordinalna ljestvica procjene Likertova tipa od šest stupnjeva (od 1 - „*Uopće se ne slažem*“ do 6 - „*U potpunosti se slažem*“), na kojoj niži skalni rezultat indicira manju razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, dok viši skalni rezultat indicira veću razinu osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera.

Sudeći prema stupnju slaganja s pojedinačnim indikatorima subskale namijenjene mjerenju **razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera**, ispitanici zdravstveni djelatnici donekle se slažu s tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima su drugi zdravstveni djelatnici morali ispravljati njihov nemar, tvrdnjom po kojoj ne mogu lako podnijeti kad shvate da su nekog iskoristili, tvrdnjom po kojoj im smeta kad dobiju nešto što su eventualno drugi djelatnici trebali dobiti, tvrdnjom po kojoj ih ljuti kad se s drugim djelatnicima postupa lošije nego s njima, tvrdnjom po kojoj ih uzruja kad dobiju nagradu koju je zaslužio netko drugi, tvrdnjom po kojoj ih smeta kad lako dobiju ono za što su se drugi vjerojatno morali namučiti, tvrdnjom po kojoj ih smeta kad im se pružaju veće šanse nego drugim zaposlenicima u raznim postignućima, tvrdnjom po kojoj imaju osjećaj krivnje kad im je bolje nego drugima bez ikakvog opravdanog razloga, tvrdnjom po kojoj ih smeta kad im se „progleda kroz prste“ za stvari za koje se druge kritizira, te tvrdnjom po kojoj ih muči kad se prema njima postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.

Pri tome, ispitanici zdravstveni djelatnici u relativno se najvećoj mjeri slažu s činjenicom kako im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima su drugi morali ispravljati njihov nemar ($M \pm SD = 4,52 \pm 1,22$), pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 80% ispitanih ($n=72$); dok se u relativno najmanjoj mjeri slažu s činjenicom kako ih muči što se prema njima postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga ($M \pm SD = 4,04 \pm 1,48$), pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 67% ispitanih ($n=60$). Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, prikazani su Tablici 5.5.1.

Tablica 5.5.1. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera

<i>Čestice/tvrđnje namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera</i>	<i>Valjani odgovori</i>	<i>Nedostajući</i>	<i>Prosječna vrijednost</i>	<i>Standardna devijacija</i>
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima su drugi morali ispravljati moj nemar.</i>	90		4,52	1,22
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da sam nekog iskoristio.</i>	90		4,43	1,35
<i>Smeta mi kad dobijem nešto što su drugi trebali dobiti.</i>	90		4,34	1,282
<i>Ljuti me kad se s drugima postupa lošije nego sa mnom.</i>	90		4,33	1,41
<i>Uzruja me kad dobijem nagradu koju je zaslužio netko drugi.</i>	90		4,26	1,30
<i>Smeta mi kad lako dobijem ono za što se drugi moraju namučiti</i>	90		4,20	1,41
<i>Smeta mi kad mi se pružaju veće šanse da nešto postignem nego drugima.</i>	89		4,12	1,25
<i>Imam osjećaj krivnje kad je meni bolje nego drugima bez ikakvog opravdanog razloga.</i>	90		4,12	1,41
<i>Smeta mi kad se meni „progledaju kroz prste“ stvari za koje se druge kritizira.</i>	90		4,12	1,43
<i>Muči me kad se prema meni postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.</i>	90		4,04	1,48

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

5.6. Dimenzije osjetljivosti na nepravdu

U nastavku, kako bi se provjerila dimenzionalnost mjernog instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, nakon provjere adekvatnosti podataka za primjenu faktorske analize pomoću KMO mjere i Bartlettova testa (u slučaju adekvatnosti podataka za primjenu faktorske analize, KMO mjera treba biti veća od 0,5), dok rezultat Bartlettova testa treba biti statistički značajan), mjerni instrument namijenjen mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, podvrgnut je postupku faktorske analize [23,24]. Faktorizacijom mjernog instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, pod komponentnim modelom ekstrakcije latentnih dimenzija, koristeći GK kriterij ekstrakcije statistički značajnih latentnih dimenzija te Varimax rotaciju bazične solucije, ekstrahirana su tri teorijski predviđena predmeta mjerenja (tri teorijski predviđene subdimenzije osjetljivosti na nepravdu) odnosno, tri statistički značajne latentne dimenzije koje tumače 68,928% ukupne varijance instrumenta (prilikom faktorizacije datog mjernog instrumenta, u pokušaju detektiranja najadekvatnije faktorske strukture, iz daljnje su analize izostavljene čestice koje su mjerile više predmeta mjerenja (dvije čestice dimenzije osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera: „*Smeta mi kad dobijem nešto što su drugi trebali dobiti*“ te „*Uzruja me kad dobijem nagradu koju je zaslužio netko drugi*“; jedna čestica dimenzije osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve: „*Smeta mi kad se moram namučiti da bih dobio ono do čega drugi lako dođu*“; te tri čestice dimenzije osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača; „*Smeta mi kad je nekome lošije nego drugima bez opravdanog razloga*“, „*Smeta mi kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima 'progledaju kroz prste'*“ te „*Smeta mi kad netko dobije nešto što nije trebalo biti njegovo*“) te čestice čije su saturacije na matične faktore bile manje od 0,50 (dvije čestice dimenzije osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve: „*Muči me kad se prema drugima postupa bolje nego prema meni bez ikakvog stvarnog razloga*“ te „*Smeta mi kad je drugima bolje nego meni bez opravdanog razloga*“ te tri čestice dimenzije osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača: „*Ljuti me kada se s nekim postupa lošije nego s drugima*“, „*Muči me kad se prema nekome postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga*“ te „*Smeta mi kad se netko mora namučiti za ono do čega drugi lako dođu*“). Samim time, iz daljnjih je analiza izostavljeno 11 čestica, te je mjernim instrumentom namijenjenim mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, od početnih 30, u daljnjoj analizi zadržano 19 čestica).

Rotirana matrica faktorske strukture, odnosno, rezultat faktorizacije mjernog instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu, prikazan je u Tablici 5.6.1. (u tablici su prikazane saturacije veće od 0,300).

Tablica 5.6.1. Rotirana matrica faktorske strukture, odnosno, rezultat faktorizacije mjernog

instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu

	1	2	3
<i>Ljuti me kad se s drugima postupa lošije nego sa mnom.</i>	0,888		
<i>Muči me kad se prema meni postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.</i>	0,865		
<i>Smeta mi kad se meni „progledaju kroz prste“ stvari za koje se druge kritizira.</i>	0,863		
<i>Imam osjećaj krivnje kad je meni bolje nego drugima bez ikakvog opravdanog razloga.</i>	0,862		
<i>Smeta mi kad lako dobijem ono za što se drugi moraju namučiti</i>	0,828		
<i>Smeta mi kad mi se pružaju veće šanse da nešto postignem nego drugima.</i>	0,819		
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima su drugi morali ispravljati moj nemar.</i>	0,783		
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da sam nekog iskoristio.</i>	0,740		
<i>Uzruja me kad netko drugi dobije nagradu koju sam ja zaslužio.</i>		0,880	
<i>Smeta mi kad drugi dobiju nešto što je trebalo biti moje</i>		0,816	
<i>Smeta mi kad mi se pružaju manje šanse da nešto postignem nego drugima.</i>		0,756	
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima sam ja morao ispravljati tuđi nemar.</i>		0,734	
<i>Smeta mi kad me se kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“.</i>		0,728	
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da me netko iskoristio.</i>		0,722	
<i>Ljuti me kad se sa mnom postupa lošije nego s drugima.</i>		0,685	0,307
<i>Smeta mi kad se nekome pružaju manje šanse da nešto postigne nego drugima.</i>			0,853
<i>Uzruja me kada vidim da netko drugi ne dobije nagradu koju je zaslužio.</i>			0,808
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da je netko iskoristio druge.</i>	0,301		0,792
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar.</i>			0,610
<i>Svojtvena vrijednost</i>	5,870	4,415	2,811
<i>Udio (%) ukupne varijance instrumenta protumačen latentnom dimenzijom</i>	30,893	23,238	14,797
<i>Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti skale</i>	0,945	0,892	0,848

<i>Ukupna protumačena varijanca instrumenta</i>	68,928%
<i>KMO i Bartlettov test</i>	<i>KMO= 0,833</i> <i>$\chi^2_{(171)}= 1319,824; p<0,001$</i>

[izvor: autor istraživanja, G.S., 2023.]

Prvo ekstrahiranu dimenziju saturira osam od deset čestica teorijski predviđene sub-dimenzije *razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera*; te je referentna dimenzija nazvana **razinom osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera**. Pri tome, referentnu dimenziju svih osam čestica saturira u iznosu većem od 0,730; svojstvena joj vrijednost iznosi 5,870; tumači 30,893% ukupne varijance instrumenta; dok joj Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0,945. Pri tome, iako se Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti povećava izostavljanjem čestice koja u najmanjoj mjeri saturira referentnu dimenziju („*Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da sam nekog iskoristio.*“) sa 0,945 na 0,946; obzirom da dimenzija ima zadovoljavajuću pouzdanost te obzirom kako se radi o neznatnom povećanju pouzdanosti, u daljnjim analizama čestica je zadržana.

Drugo ekstrahiranu dimenziju saturira sedam od deset čestica teorijski predviđene sub-dimenzije *razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve*; te je referentna dimenzija nazvana **razinom osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve**. Pri tome, referentnu dimenziju svih sedam čestica saturira u iznosu većem od 0,680; svojstvena joj vrijednost iznosi 4,415; tumači 23,238% ukupne varijance instrumenta; dok joj Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0,892, pri čemu se Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti ne povećava izostavljanjem bilo koje čestice.

Treće ekstrahiranu dimenziju saturiraju četiri od deset čestica teorijski predviđene sub-dimenzije *razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača*; te je referentna dimenzija nazvana **razinom osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača**. Pri tome, referentnu dimenziju sve četiri čestice saturiraju u iznosu većem od 0,600; svojstvena joj vrijednost iznosi 2,811; tumači 14,797% ukupne varijance instrumenta; dok joj Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti iznosi 0,848. Pri tome, iako se Cronbachov Alpha koeficijent pouzdanosti povećava izostavljanjem čestice koja u najmanjoj mjeri saturira referentnu dimenziju („*Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar*“) sa 0,848 na 0,851; obzirom da dimenzija ima zadovoljavajuću pouzdanost, čestica je zadržana u daljnjim analizama.

U nastavku, u svrhu uspoređivanja razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive, na temelju ekstrahirane faktorske strukture, konstruirani su jedinstveni indikatori razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive. Naime, na temelju ekstrahirane faktorske

strukture konstruirani su ponderirani aditivni indeksi razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača; na način da su za svakog sudionika istraživanja zbrojene ponderirane vrijednosti svih čestica referentne latentne dimenzije (pojednog oblika razine osjetljivosti na nepravdu); pri čemu pondere predstavljaju saturacije referentnih čestica na matičnu latentnu dimenziju (faktor). Kako bi konstruirani indeksi bili komparabilni, ponderirana suma čestica podijeljena je s brojem čestica referentne latentne dimenzije, te se teorijski raspon rezultata na konstruiranim indeksima kreće od 0 do 6; pri čemu na svim indeksima niži skalni rezultat indicira manju razinu osjetljivosti na nepravdu iz referentne perspektive; dok viši skalni rezultat indicira veću razinu osjetljivosti na nepravdu iz referentne perspektive. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu; prikazani su u Tablici 5.6.2.

Tablica 5.1.2. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu

	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive</i>	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve</i>	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive</i>
<i>Valjani odgovori</i>	89	89	90
<i>Nedostajući odgovori</i>	1	1	0
<i>Teorijski raspon rezultata</i>	0 – 6	0 - 6	0 - 6
<i>Empirijski raspon rezultata</i>	1,05 - 4,99	1,20 - 4,56	0,97 - 4,59
<i>Prosječna vrijednost</i>	3,51	3,33	3,38
<i>Medijalna vrijednost</i>	3,44	3,45	3,46
<i>Modalna vrijednost</i>	4,99	4,56	2,91 i 3.46
<i>Standardna devijacija</i>	0,98	0,82	0,77
<i>Koeficijent varijacija</i>	27,87	24,51	22,68
<i>Asimetrija (Skewness)</i>	-0,34	-0,53	-0,73
<i>Spljoštenost (Kurtosis)</i>	-0,52	-0,32	0,46
<i>Kolmogorov - Smirnov testovni statistik</i>	0,066	0,107*	0,138***

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

[izvor: autor istraživanja, G.S., 2023.]

S obzirom na prosječne vrijednosti konstruiranih indeksa, ispitanici zdravstveni djelatnici u relativno su najvećoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive profitera, odnosno, na nepravdu u kojima oni osobno profitiraju na račun ostalih ($M \pm SD = 3,51 \pm 0,98$); dok su u relativno manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive promatrača, odnosno, na nepravdu koju druge osobe nanose drugim osobama ($M \pm SD = 3,38 \pm 0,77$) te na nepravdu iz perspektive žrtve, odnosno, na nepravdu koju druge osobe nanose njima osobno ($M \pm SD = 3,33 \pm 0,82$). S obzirom na iznos koeficijenta varijacija; ispitanici su u najmanjoj mjeri suglasni prilikom procjene razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera ($CV=27,87$); dok su u relativno najvećoj mjeri suglasni prilikom procjene razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača ($CV=22,68$).

5.7. Osvrt na postavljene hipoteze

Prilikom testiranja prvo postavljene hipoteze (H_1 : *Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača statistički su značajno pozitivno povezane*), korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, kojim je testirana statistička značajnost povezanosti između razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive.

Prema rezultatima provedenog testa (Tablica 7) utvrđeno je kako su svi indeksi razine osjetljivosti na nepravdu statistički značajno pozitivno povezani. Drugim riječima, što je pojedinac osjetljiviji na nepravdu iz perspektive profitera (situacije u kojima oni osobno profitiraju na račun drugih ljudi) to je ujedno osjetljiviji na nepravdu iz perspektive žrtve (situacije u kojima druge osobe njima osobno nanose nepravdu; $\rho = 0,25$; $p = 0,017$) te na nepravdu iz perspektive promatrača (situacije u kojima drugim osobama netko nanosi nepravdu; $\rho = 0,50$; $p = 0,000$); te što je pojedinac osjetljiviji na nepravdu iz perspektive žrtve (situacije u kojima druge osobe njima osobno nanose nepravdu) to je ujedno osjetljiviji na nepravdu iz perspektive promatrača (situacije u kojima drugim osobama netko nanosi nepravdu; $\rho = 0,41$; $p = 0,000$). Interkorelacije konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive, prikazane su u Tablici 5.7.1.

Tablica 5.7.1. Interkorelacije konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive

	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera</i>	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve</i>	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača</i>
<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera</i>	1	0,25*	0,50***
<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve</i>		1	0,41***
<i>Razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača</i>			1

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

[izvor: autor istraživanja, G.S., 2023.]

S obzirom na dobivene rezultate, prvo postavljena hipoteza po kojoj su *razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača statistički značajno pozitivno povezane*, može biti prihvaćena te se zaključuje kako su pojedinci koji su osjetljiviji na nepravdu iz jedne perspektive, također osjetljiviji na nepravdu iz ostalih perspektiva.

Za potrebu testiranja drugo postavljene hipoteze (H_2 : *Spolna struktura, dobna struktura, bračni status, mjesto stanovanja te radno mjesto, statistički su značajni prediktori razine osjetljivosti na nepravdu*) konstruiran je jedinstveni indikator razine osjetljivosti na nepravdu, na način da su za svakog sudionika istraživanja zbrojene vrijednosti postignute na tri konstruirana indeksa razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive (KS testom utvrđeno je kako jedinstveni indikator razine osjetljivosti na nepravdu ne odstupa statistički značajno od normalne raspodjele (iznos KS testovnog statistika = 0,078; $p = 0,200$)), dok su dihotomne varijable (spolna struktura, bračni status, mjesto stanovanja te radno mjesto) rekodirane na način da su dihotomnim kategorijama dodijeljeni kodovi 0 i 1. Pri tome spolna je struktura ispitanih kodirana tako da je muškarcima dodijeljen kod 0, a ženama kod 1; bračni je status kodiran na način da je osobama koje su u trenutku provođenja istraživanja bile izvan bračnih/vanbračnih zajednica (neudane/neoženjeni te razvedeni / rastavljeni) dodijeljen kod 0, dok je onima koje su u trenutku provođenja istraživanja bile u bračnim/vanbračnim zajednicama dodijeljen kod 1; mjesto stanovanja kodirano je tako da je osobama koje su u trenutku provođenja istraživanja živjele u ruralnim sredinama dodijeljen kod 0, dok je osobama koje su u trenutku provođenja istraživanja živjele u gradu, odnosno, urbanim sredinama dodijeljen kod 1, dok je radno mjesto kodirano na

način da je medicinskim sestrama/tehničarima dodijeljen kod 0, dok je fizioterapeutskim tehničarima dodijeljen kod 1.

Kako bi se ispitalo jesu li odabrane socio-demografske karakteristike hrvatskih zdravstvenih djelatnika statistički značajni prediktori razine osjetljivosti na nepravdu, nakon provjere adekvatnosti podataka za primjenu regresijske analize pomoću koeficijenata tolerancije i VIF koeficijenata (najveći VIF koeficijent trebao bi biti manji od 10, dok iznosi koeficijenata tolerancije trebaju biti veći od 0,1), provedena je višestruka regresijska analiza, enter metodom, u kojoj su spolna struktura, dobna struktura, bračni status, mjesto stanovanja te radno mjesto predstavljali prediktorske (nezavisne) varijable, dok je razina osjetljivosti na nepravdu predstavljala kriterijsku (zavisnu) varijablu [25,26].

Prema rezultatima provedene analize, prediktorski sklop (set nezavisnih varijabli) statistički je značajan prediktor razine osjetljivosti na nepravdu ($F_{(5,82)} = 3,766$; $p < 0,01$), pri čemu korelacija prediktorskog sklopa s kriterijem iznosi 0.43, dok prediktorski sklop tumači 14% varijance kriterijske varijable. Uz to, utvrđeno je kako su tri nezavisne varijable (spolna struktura, mjesto stanovanja te radno mjesto zdravstvenih djelatnika) statistički značajni prediktori razine osjetljivosti na nepravdu, dok se dobna struktura te bračni status zdravstvenih djelatnika nisu pokazali prediktivnima za razinu osjetljivosti na nepravdu. Također, obzirom na predznak beta pondera statistički značajnih prediktora, osobe ženskog spola ($\beta = 0,26$), osobe iz ruralnih sredina ($\beta = -0,21$) te osobe zaposlene kao medicinske sestre/tehničari ($\beta = -0,25$) u većoj su mjeri osjetljive na nepravdu, dok su osobe muškog spola, osobe iz urbanih sredina te osobe zaposlene kao fizioterapeutske tehničari u manjoj mjeri osjetljive na nepravdu. Obzirom na iznose beta-pondera, spolna struktura zdravstvenih djelatnika te radno mjesto na kojem su zaposleni relativno su prediktivniji za razinu osjetljivosti na nepravdu, dok je mjesto stanovanja zdravstvenih djelatnika za razinu osjetljivosti na nepravdu relativno manje prediktivno. Struktura prediktivnosti razine osjetljivosti na nepravdu na temelju spolne strukture, dobne strukture, bračnog statusa, mjesta stanovanja te radnog mjesta, prikazana je u Tablici 5.7.2.

Tablica 5.7.2. Struktura prediktivnosti razine osjetljivosti na nepravdu na temelju spolne strukture, dobne strukture, bračnog statusa, mjesta stanovanja te radnog mjesta

<i>Prediktori razine osjetljivosti na nepravdu</i>	<i>b</i>	<i>Standardna pogreška</i>	<i>Beta ponder</i>	<i>T-omjer</i>	<i>Koeficijent tolerancije</i>	<i>VIF koeficijent</i>
Spolna struktura	1,19	0,47	0,26	2,53*	0,92	1,09
<i>Bračni status</i>	0,57	0,49	0,13	-1,16	0,76	1,32
<i>Mjesto stanovanja</i>	0,83	0,40	0,21	2,06*	0,94	1,07
<i>Radno mjesto</i>	0,97	0,41	0,25	2,39*	0,89	1,12
<i>Dobna struktura</i>	0,01	0,02	0,05	0,45	0,79	1,27
<i>R</i>				0,43		
<i>R²</i>				0,19		
<i>Korigirani R²</i>				0,14		
<i>Standardna pogreška</i>				1,80		
<i>F omjer</i>				$F_{(5,82)} = 3,766^{**}$		

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

[izvor: autor istraživanja, G.S., 2023.]

Sudeći prema dobivenim rezultatima, druga hipoteza po kojoj su osobe ženskog spola, osobe mlađe životne dobi, osobe koje su izvan bračnih/vanbračnih zajednica, osobe iz ruralnih područja te osobe zaposlene kao medicinske sestre/tehničari u većoj mjeri osjetljive na nepravdu; dok su osobe muškog spola, osobe starije životne dobi, osobe koje su u bračnim/vanbračnim zajednicama, osobe iz urbanih područja te osobe zaposlene kao fizioterapeutske tehničari, u manjoj mjeri osjetljive na nepravdu; može biti samo djelomično prihvaćena, obzirom da se životna dob te bračni status zdravstvenih djelatnika nisu pokazali statistički značajnim prediktorima razine osjetljivosti na nepravdu.

Isto tako, pretpostavlja se kako je radno mjesto zdravstvenih djelatnika prediktivno za razinu osjetljivosti na nepravdu posredstvom povezanosti sa spolnom strukturom. Naime, prilikom testiranja razlikuju li se statistički značajno medicinske sestre/tehničari i fizioterapeutske tehničari po spolnoj strukturi, iznos Hi-kvadrat testovnog statistika uz Yatesovu korekciju nije se pokazao statistički značajnim uz razinu rizika od 5% ($\chi^2_{(1)}=2,924$; $p = 0,087$). Međutim, na uzorku ispitanih zdravstvenih djelatnika uočena je tendencija po kojoj je među medicinskim sestrama/tehničarima

veći udio medicinskih sestara, odnosno osoba ženskog spola, dok je među fizioterapeutskim tehničarima veći udio tehničara, odnosno, osoba muškog spola. Pretpostavlja se kako bi iznos Hi-kvadrat testovnog statistika na uzorku veće veličine bio statistički značajan, te se samim time pretpostavlja kako je radno mjesto zdravstvenih djelatnika prediktivno za razinu osjetljivosti na nepravdu posredstvom pretpostavljene povezanosti sa spolnom strukturom zdravstvenih djelatnika, a ne posredstvom inherentnih karakteristika samog radnog mjesta. Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u spolnoj strukturi između medicinskih sestara/tehničara i fizioterapeutskih tehničara, prikazan je u Tablici 5.7.3.

Tablica 5.7.3. Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u spolnoj strukturi između medicinskih sestara/tehničara i fizioterapeutskih tehničara

Varijabla	Spolna struktura		Značajnost testovnog statistika		
		Muškarci	Žene		
Radno mjesto	Medicinske sestre / tehničari	EF	8	43	$\chi^2_{(1)} = 3,847^*$ $\chi^2_{(1)}^* = 2,924$
		TF	12	39	
	Fizioterapeutski tehničari	EF	26	13	
		TF	9	30	

EF – empirijske frekvencije; TF – teorijske frekvencije; $\chi^2_{(df)}$ = Iznos Pearsonovog Chi-Square testovnog statistika s pripadnim stupnjevima slobode; $\chi^2_{(df)}^*$ = Iznos Pearsonovog Chi-Square testovnog statistika s pripadnim stupnjevima slobode uz Yatesovu korekciju; *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p ≤ 0.05

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

Prilikom testiranja treće postavljene hipoteze (H_3 : Zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju se statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu), korištena je Analiza varijance, kojom je testirana statistička značajnost razlike prosječnih rezultata na konstruiranom indeksu razine osjetljivosti na nepravdu između tri skupine zdravstvenih djelatnika: onih sa srednjoškolskom stručnom spremom, onih sa višom stručnom spremom te onih sa visokom stručnom spremom. Prema rezultatima provedenog testa (Tablica 10) utvrđeno je kako se zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu (homogene varijance, $F_{(2,85)} = 0,830$, $p > 0,05$). Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u razini osjetljivosti na nepravdu između zdravstvenih djelatnika različitih stupnjeva obrazovanja, prikazan je u Tablici 5.7.4.

Tablica 5.7.42. Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u razini osjetljivosti na nepravdu između zdravstvenih djelatnika različitih stupnjeva obrazovanja

		Zdravstveni djelatnici srednjoškolske stručne spreme (n=52)	Zdravstveni djelatnici više stručne spreme (n=27)	Zdravstveni djelatnici visoke stručne spreme (n=11)
<i>Leveneov test</i>	<i>Statistička</i>			
<i>homogenosti</i>	<i>značajnost razlike</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>	<i>M ± SD</i>
<i>varijanci</i>	<i>prosjeaka</i>			
$F_{(2,85)} = 0,325$	$F_{(2,85)} = 0,830$	10,35 ± 1,99	10,17 ± 1,76	9,52 ± 2,08

*M = prosječna vrijednost; SD = standardna devijacija; *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05*

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

Sudeći prema dobivenim rezultatima, treća hipoteza po kojoj se *zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu* može biti prihvaćena.

Prilikom testiranja četvrte postavljene hipoteze (H_4 : *Zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u manjoj su mjeri osjetljivi na nepravdu, dok su zdravstveni djelatnici s kraćim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u većoj mjeri osjetljivi na nepravdu*), korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, kojim je testirana statistička značajnost povezanosti između razine osjetljivosti na nepravdu te dužine radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti.

Prema rezultatima provedenog testa (Tablica 11) utvrđeno je kako dužina radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti nije statistički značajno povezana s razinom osjetljivosti na nepravdu ($\rho = 0.11$; $p = 0,29$). S obzirom na dobivene rezultate, četvrta postavljena hipoteza gdje su zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu, dok su zdravstveni djelatnici s kraćim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u većoj mjeri osjetljivi na nepravdu, ne može biti prihvaćena. Rezultat testiranja statističke značajnosti povezanosti između razine osjetljivosti na nepravdu te dužine radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti, prikazan je u Tablici 5.7.5.

Tablica 5.7.5. Rezultat testiranja statističke značajnosti povezanosti između razine osjetljivosti na nepravdu te dužine radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti

	<i>Razina osjetljivosti na nepravdu</i>	<i>Dužina radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti</i>
<i>Razina osjetljivosti na nepravdu</i>	<i>1</i>	<i>0,11</i>
<i>Dužina radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti</i>		<i>1</i>

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

[izvor: autor istraživanja, D.S., 2023.]

5.8. Rasprava

Obzirom kako je istraživanje provedeno na prigodnom uzorku tendencije i zaključci uočeni na realiziranom uzorku mogu poslužiti samo kao grubi indikator populacijskih parametara. Istraživačkim je uzorkom obuhvaćeno 23% muških zdravstvenih djelatnika (n=21) te 77% (n=69) ženskih zdravstvenih djelatnica, dakle istraživanju je pristupilo ukupno 90 zdravstvenih djelatnika. Obzirom na dobnu strukturu ispitanih, istraživačkim su uzorkom obuhvaćene osobe u rasponu od 20 do 59 godina starosti, pri čemu prosječna dob ispitanih iznosi 40 godina. Pri tome, najveći udio ispitanih, njih 8% (n=7) u trenutku provođenja istraživanja imali su 40 godina, dok je više od polovice ispitanih, njih 54% (n=49) u trenutku provođenja istraživanja imalo više od 39 godina starosti. Obzirom na najveći završeni stupanj obrazovanja, najveći udio ispitanih, njih 58% (n=52) u trenutku provođenja istraživanja imali su završenu srednju stručnu spremu, 30% ispitanih (n=27) u trenutku provođenja istraživanja imali su završenu višu stručnu spremu, dok je 12% ispitanih (n=11) u trenutku provođenja istraživanja imalo završenu visoku stručnu spremu.

Ispitivanjem razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve zaključuje se kako se zdravstveni djelatnici donekle slažu s tvrdnjom da se ljute kada se sa njima postupa lošije nego s drugima, tvrdnjom da ih smeta kad ih se kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“, tvrdnjom kako ne mogu lako podnijeti kada shvate da ih je netko iskoristio, tvrdnjom da ih muči kada se prema drugima postupa bolje nego prema njima bez ikakvog stvarnog razloga, tvrdnjom da ih uzruja kad netko drugi dobije nagradu koju oni zaslužuju, tvrdnjom da ih smeta kad im se pružaju manje šanse da nešto postignu nego drugima te tvrdnjom po kojoj ih smeta kad drugi dobiju nešto što je trebalo biti njihovo. Također, manji broj ispitanika se slaže s tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima su morali ispravljati tuđi nemar, tvrdnjom da ih smeta kada se moraju namučiti da bi dobili ono do čega drugi lako dođu te tvrdnjom da ih smeta kad je drugima bolje nego njima bez opravdanog razloga. Uz to se, u najvećoj mjeri ispitanici zdravstveni radnici slažu s tvrdnjom kako ih ljuti kada se s njima postupa lošije nego s drugima, pri čemu se s navedenom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 83% ispitanika (n=75), dok se u relativno najmanjoj mjeri slažu s tvrdnjom kako im smeta kada je drugima bolje nego njima bez opravdanog razloga, pri čemu se s navedenom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 49% ispitanih (n=44).

Ispitivanjem razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača dolazi se do zaključka kako se zdravstveni djelatnici donekle se slažu s tvrdnjom kako im smeta kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“, tvrdnjom da ih ljuti kada se s nekim postupa lošije nego s drugima, tvrdnjom kako ih uzruja kada vide da netko drugi ne dobije nagradu koju je zaslužio, tvrdnjom kako ne mogu lako podnijeti kad shvate da je netko iskoristio druge,

tvrdnjom da ih muči kada se prema nekome postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga, tvrdnjom kako ih smeta kada se nekome pružaju manje šanse da nešto postigne nego drugima, tvrdnjom kako im smeta kad se netko mora namučiti za ono do čega drugi lako dođu, tvrdnjom kako im smeta kada je nekome lošije nego drugima bez opravdanog razloga, tvrdnjom da im smeta kada netko dobije nešto što nije trebalo biti njegovo te tvrdnjom da im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar. Pri tome, ispitanici zdravstveni djelatnici u relativno se najvećoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj ih smeta kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“, pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 85% ispitanih (n=76), dok se u relativno najmanjoj mjeri slažu s tvrdnjom po kojoj im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar, pri čemu se s datom tvrdnjom donekle, uglavnom ili u potpunosti slaže 69% ispitanih (n=62).

Nadalje, prema razini osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, dobiveni rezultati istraživanja pokazuju da se ispitanici zdravstveni djelatnici donekle slažu s većinom navedenih tvrdnji, a najvećoj se mjeri slažu s tvrdnjom kako im treba dugo vremena da zaborave situacije u kojima su drugi morali ispravljati njihov nemar. S druge strane, u najmanjoj se mjeri ispitanici zdravstveni djelatnici slažu s tvrdnjom kako ih muči što se prema njima postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.

Ispitanici zdravstveni djelatnici u relativno su najvećoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive profitera, odnosno na nepravdu u kojima oni osobno profitiraju na račun ostalih, dok su u relativno manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive promatrača, odnosno na nepravdu koju druge osobe nanose drugim osobama te na nepravdu iz perspektive žrtve, odnosno na nepravdu koju druge osobe nanose njima osobno. Rezultati istraživanja ukazuju kako su svi indeksi razine osjetljivosti na nepravdu statistički značajno pozitivno povezani. Drugim riječima, što je pojedinac osjetljiviji na nepravdu iz perspektive profitera (situacije u kojima oni osobno profitiraju na račun drugih ljudi) to je ujedno osjetljiviji na nepravdu iz perspektive žrtve (situacije u kojima druge osobe njima osobno nanose nepravdu) te na nepravdu iz perspektive promatrača (situacije u kojima drugim osobama netko nanosi nepravdu) te što je pojedinac osjetljiviji na nepravdu iz perspektive žrtve (situacije u kojima druge osobe njima osobno nanose nepravdu) to je ujedno osjetljiviji na nepravdu iz perspektive promatrača. Sudeći prema dobivenim rezultatima, prvo postavljena hipoteza po kojoj su *razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera, razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve te razina osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača statistički značajno pozitivno povezane*, može biti prihvaćena te se zaključuje kako su pojedinci koji su osjetljiviji na nepravdu iz jedne perspektive također osjetljiviji na nepravdu iz ostalih perspektiva.

Nadalje, druga hipoteza postavljena je sa svrhom ispitivanja utječu li odabrane socio-demografske karakteristike zdravstvenih djelatnika na razinu osjetljivosti na nepravdu (H_2 : *Spolna struktura, dobna struktura, bračni status, mjesto stanovanja te radno mjesto, statistički su značajni prediktori razine osjetljivosti na nepravdu*). Naime, navedena hipoteza može biti samo djelomično prihvaćena s obzirom kako se životna dob te bračni status zdravstvenih djelatnika nisu pokazali statistički značajnim prediktorima razine osjetljivosti na nepravdu. Očekivalo se kako će osobe muškog spola zaposlene kao fizioterapeutske tehničari biti u manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu što se pokazalo kao istinito, no što se tiče bračnog statusa i životne dobi gdje se očekivalo kako osobe starije životne dobi i osobe koje su u bračnim/vanbračnim zajednicama biti manje osjetljivi na nepravdu, hipoteza u tom segmentu nije istinita, stoga se zaključuje kako je hipoteza djelomično prihvaćena. Navedeno djelomično prihvaćanje hipoteze zanimljivo je zbog komparacije istraživanja provedenog 2005. godine (Schmitt i sur.) gdje je utvrđeno kako postoje razlike u osjetljivosti na nepravdu s obzirom na spol, naime žene su osjetljivije na nepravdu od muškaraca [27]. Također, s obzirom na dob ispitanika, Schmitt i suradnici utvrdili su kako se osjetljivost na nepravdu smanjuje s povećanjem godina života. Tako su se adolescenti značajno razlikovali od ispitanika starije životne dobi gdje su se adolescenti pokazali smanjene osjetljivosti na nepravdu nego stariji. Navedeno istraživanje iz 2005. godine i naše istraživanje imaju različite rezultate što se može povezati s vremenom provođenja istraživanja te društveno-socijalnim značajkama ispitanika.

Prema treće postavljenoj hipotezi (H_3 : *Zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju se statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu*) očekivalo se kako se zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu što se i dokazalo istraživanjem, stoga se navedena hipoteza prihvaća.

Četvrto postavljena hipoteza (H_4 : *Zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u manjoj su mjeri osjetljivi na nepravdu, dok su zdravstveni djelatnici s kraćim radnim stažem u zdravstvenoj djelatnosti u većoj mjeri osjetljivi na nepravdu*) ne može se prihvatiti zbog toga što dužina radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti nije statistički značajno povezana s razinom osjetljivosti na nepravdu. Drugim riječima, zdravstveni djelatnici s dužim radnim stažem nisu pokazali značajna statistička odstupanja u određivanju osjetljivosti na nepravdu naspram zdravstvenih djelatnika s kraćim radnim stažem.

6. Zaključak

Socijalna pravda definirana je kao koncept koji pojedincu osigurava ispunjenje društvene uloge i dobivanje svega što mu pripada. Kontradiktorno tome, socijalna nepravda djeluje narušavajući koncept društvene pravde izazivajući u pojedincu najčešće negativne emocije i bihevioralne akcije. Ona, naime stvara uvjete koji nepovoljno utječu na zdravlje pojedinca i zajednice. Uskraćuje pojedincima i skupinama jednake mogućnosti za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba te krše temeljna ljudska prava. Društvena nepravda može se opisati u dva oblika, kao uskraćivanje ili kršenje ljudskih prava te kao društveno djelovanje na globalnoj razini kojim se ugrožavaju uvjeti kako bi ljudi bili zdravi (klimatske promjene, ratovi). Ljudi različite postupke percipiraju kao nepravde i različito reagiraju na iskustva nepravde. Ta subjektivna percepcija nepravde može odrediti, ne samo njihove postupke, već i njihovo mentalno zdravlje. Percepcija nepravde može biti na osobnoj razini, kada se nepravda događa pojedincu, zatim pojedinac je može percipirati iz perspektive promatrača gdje se nepravda događa drugoj osobi te na razini profitera. Odgovor na nepravdu tada može biti na kognitivnoj razini gdje pojedinac razmišlja o nepravdi i razvija samosvijest. Bihevioralna razina odgovora na nepravu najčešće opisuje akcije koje se poduzimaju u situacijama kada osoba osjeti počinjenu nepravdu. Takve akcije mogu biti agresivno djelovanje ili s druge strane, socijalna izolacija.

Dobivenim rezultatima utvrđeno je da dužina radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti nije statistički značajno povezana s razinom osjetljivosti na nepravdu. Također, rezultati provedenog testa govore kako se zdravstveni djelatnici različitih stupnjeva obrazovanja ne razlikuju statistički značajno u razini osjetljivosti na nepravdu.

Sudeći prema prosječnim vrijednostima konstruiranih indeksa, ispitanici zdravstveni djelatnici u relativno su najvećoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive profitera, odnosno, na nepravdu u kojima oni osobno profitiraju na račun ostalih, dok su u relativno manjoj mjeri osjetljivi na nepravdu iz perspektive promatrača, odnosno, na nepravdu koju druge osobe nanose drugim osobama te na nepravdu iz perspektive žrtve, odnosno, na nepravdu koju druge osobe nanose njima osobno. Sudeći prema iznosima koeficijenata varijacija; ispitanici su u najmanjoj mjeri suglasni prilikom procjene razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera; dok su u relativno najvećoj mjeri suglasni prilikom procjene razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača.

7. Literatura

1. Bufacchi, V.: Social Injustice. 2012, str. 1-22
https://www.researchgate.net/publication/314873405_Social_Injustice
2. United Nations: Social Justice in an Open World, The role of the United Nations. New York, 2006, str. 11-14
3. Levy, B. S. i Sidel V. W.: Social injustice and public health. Oxford, 2013, str. 3-12
https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=OUkuAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=social+injustice&ots=TX2RR9yfyz&sig=J6D_bsazoz9vXIT09Zzj2ei7SL4&redir_esc=y#v=onepage&q=social%20injustice&f=false
4. Tewis, T. T., Cogburn, C. D. i Williams, D. R.: Self – reported experiences of discrimination and health: Scientific advances, ongoing controversies and emerginig issues, Annual review of clinicam psychology, vol. 11, 2015, str. 407-440
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555118/> (preuzeto: 2.4.2023.)
5. Jung, H. i suradnici: Reliability and validity of the Korean version of the social justice scale in nursing students, International journal of environmental research and public health, vol. 19, br. 21, 2022, str. 19-21
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9659084/> (preuzeto: 5.4.2023.)
6. Opotow, S.: Social Injustice, The encyclopedia of peace psychology, 2011, str. 22-25
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470672532.wbepp256> (preuzeto: 2.4.2023.)
7. Qin, G. i Zhang, L.: Perceived overall injustice and organizational deviance – Mediating effect of anger and moderating effect of moral disengagement, Frontiers in psychology, vol. 13, 2022, str. 267-299
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9760734/> (preuzeto: 2.4.2023.)
8. Alfakhry, G. i suradnici: Bridging the gap between self – assessment and faculty assessment of clinical performance in restorative dentistry: A prospective pilot study, Clinical and experimental dental research, vol. 8, br. 4, 2022, str. 883-892
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9382034/> (preuzeto: 10.4.2023.)
9. Zhang, B. i suradnici: The relationship between self – assessment living standard and mental health among the older in rural China: the mediating role of sleep quality, BMC Public health, vol. 23, 2023, str. 833-892
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9993696/> (preuzeto: 8.4.2023.)

10. Faustino, B. i suradnici: Self – assessment of patterns of subjective experience development and psychometric study of the states of mind questionnaire, *Research in psychotherapy (Milano)*, vol. 23, br. 3, 2020, str. 465
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7875075/> (preuzeto: 8.4.2023.)
11. Neumann, J. C., Berger, T. i Kizilhan, J. I.: Development of a questionnaire to measure the perceived injustice of people who have experienced violence in war and conflict areas: Perceived injustice questionnaire (PIQ), *International journal of environmental research and public health*, vol. 18, br. 23, 2021, str. 18-23
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8657181/> (preuzeto: 11.4.2023.)
12. McArthur, J.: Assessment for social justice: the role of assessment in achieving social justice, *Assessment & Evaluation in higher education*, vol. 41, br. 7, 2015, str. 1-15
https://www.researchgate.net/publication/279272896_Assessment_for_social_justice_the_role_of_assessment_in_achieving_social_justice (preuzeto: 10.4.2023.)
13. Bondu, R., Holl. A. K., Trommler, D. i Schmitt, M. J.: Responses toward injustice shaped by justice sensitivity – Evidence from Germany, *Frontiers in psychology*, vol. 13, 2022, str. 323-330
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9399749/> (preuzeto: 8.4.2023.)
14. Yuan, D. i suradnici: Occupational stress and health risk of employees working in the garments sector of Bangladesh: An empirical study, *Frontiers in psychology*, vol. 10, 2022, str. 1-12
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9424988/> (preuzeto: 15.4.2023.)
15. Okuhara, M., Sato, K. i Kodama, Y.: The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review, *Nursing Open*, vol. 8, br. 5, 2021, str. 2153-2174
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8363363/> (preuzeto: 15.4.2023.)
16. Okechukwu, C. A. i suradnici: Discrimination, harassment, abuse and bullying in the workplace: Contribution of workplace injustice to occupational health disparities, *American journal of industrial medicine*, vol. 57, br. 5, 2014, str. 573-586
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884002/> (preuzeto: 15.4.2023.)
17. Maglalang, D. D. i suradnici: Workplace discrimination and short sleep among healthcare workers: The buffering effect to people – orientes culture, *Journal of occupational and environmental medicine*, vol. 63, br. 10, 2021, str. 857-864
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8486916/> (preuzeto: 21.4.2023.)
18. Pager, D. i Western, B.: Identifying discrimination at work: The use of field experiment, *The Journal of social issues*, vol. 68, br. 2, 2012, str. 221-237

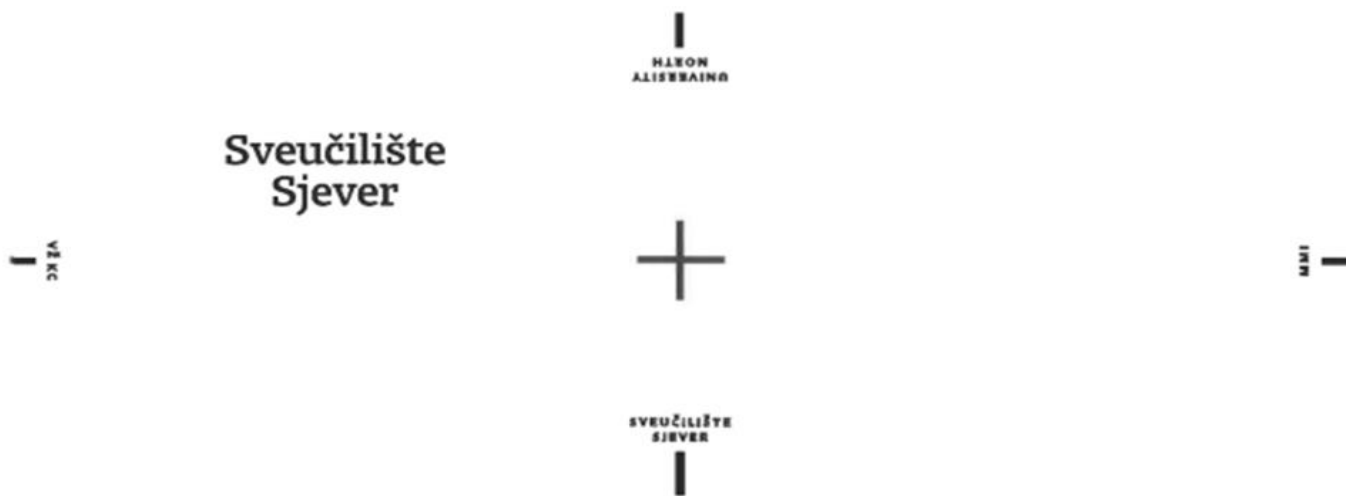
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3807133/> (preuzeto: 21.4.2023.)
19. Johnson, J.: An investigation into the relationships between bullying, discrimination, burnout and patient safety in nurses and midwives: is burnout a mediator?, *Journal of Research in Nursing*, vol. 24, br. 8, 2019, str. 604-619
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7932316/> (preuzeto: 21.4.2023.)
20. Rafii, F., Ghezeljeh, T. N. i Nasrollah, S.: Discriminative nursing care: A grounded theory study, *Journal of Family medicine and primary care*, vol. 8, br. 7, 2019, str. 2289-2293
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6691410/> (preuzeto: 20.4.2023.)
21. Murgar, F., Petrovič, F. i Tirpakova, A.: Social capital as a predictor of quality of life: The Czech experience, *International journal of environmental research and public health*, vol. 19, br. 10, 2022.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9142041/> (preuzeto: 26.4.2023.)
22. Molina, M. K. i suradnici: Perceived discrimination and physical health – related quality of life: The hispanic community health study / Study of Latinos (HCS/SOL) Sociocultural ancillary study, *Social science & medicine*, vol 222, 2019, str. 91-100
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377306/> (preuzeto: 26.4.2023.)
23. <https://www.statisticshowto.com/kaiser-meyer-olkin/> (preuzeto: 22.4.2023.)
24. https://thebusinessprofessor.com/en_US/research-analysis-decision-science/bartlettstest-statistics-definition (preuzeto: 22.4.2023.)
25. Bowerman, B. L. i O'Connell, R. T.: *Linear statistical models an applied approach*, second edition, Duxbury classic series, 1990, str. 1001-1024
26. Myers, 1990; prema Field, 2018, str. 35-44
27. Schmitt, M. i suradnici: The justice sensitivity inventory: Factorial validity, location in the personality facet space, demographic pattern and normative data. *Social justice research*, vol 23, br. 2, 2010, str. 211-238
https://www.researchgate.net/publication/225575479_The_Justice_Sensitivity_Inventory_Factorial_Validity_Location_in_the_Personality_Facet_Space_Demographic_Pattern_and_Normative_Data (preuzeto: 18.5.2023.)

Popis tablica

Tablica 1. Socio-demografska struktura ispitanih zdravstvenih djelatnika	20
Tablica 2. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive žrtve	22
Tablica 3. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive promatrača	24
Tablica 4. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji pojedinačnih indikatora subskale namijenjene mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu iz perspektive profitera	26
Tablica 5. Rotirana matrica faktorske strukture, odnosno, rezultat faktorizacije mjernog instrumenta namijenjenog mjerenju razine osjetljivosti na nepravdu	27
Tablica 6. Odabrani deskriptivni statistički pokazatelji konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu.....	30
Tablica 7. Interkorelacije konstruiranih indeksa razine osjetljivosti na nepravdu iz tri različite perspektive.....	31
Tablica 8. Struktura prediktivnosti razine osjetljivosti na nepravdu na temelju spolne strukture, dobne strukture, bračnog statusa, mjesta stanovanja te radnog mjesta	34
Tablica 9. Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u spolnoj strukturi između medicinskih sestara/tehničara i fizioterapeutskih tehničara	35
Tablica 10. Rezultat testiranja statističke značajnosti razlika u razini osjetljivosti na nepravdu između zdravstvenih djelatnika različitih stupnjeva obrazovanja	36
Tablica 11. Rezultat testiranja statističke značajnosti povezanosti između razine osjetljivosti na nepravdu te dužine radnog staža u zdravstvenoj djelatnosti	37

Prilozi

Prilog 1. Izjava o autorstvu



IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih djelatnika (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(viatoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.

Prilog 2: Zaključak etičkog povjerenstva Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice

SPECIJALNA BOLNICA ZA MEDICINSKU
REHABILITACIJU
VARAŽDINSKE TOPLICE
Etičko Povjerenstvo
Broj: 01-1628/3-2022.
Varaždinske Toplice, 30.11.2022.

Temeljem članka 37. Statuta Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice i članka 9. Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva, sukladno članku 19. članku 20. i članku 21. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN. br. 169/04 i 37/08) a povodom zamolbe br. 01-1628/1-2022. od 03. 11. 2022. godine podnesene od strane Dragane Sakač, medicinske sestre. Etičko povjerenstvo je na svojoj sedmoj (7.) sjednici održanoj dana 30. 11. 2022. godine donijelo slijedeći

ZAKLUČAK

I.

DRAGANI SAKAČ, iz Ljubešćice, Kapela Kalnička 54, studentici preddiplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu, odobrava se provođenje istraživanja u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice (dalje u tekstu: Bolnica) u svrhu izrade završnog rada pod nazivom „Samoprocjena socijalne nepravde i kvalitete života“.

Etičko povjerenstvo je odobrilo zamolbu, budući je podnositeljica uredno dostavila svu potrebnu dokumentaciju i ispunila sve tražene preduvjete.

II.

Studentica će provesti anketu na otprilike 70-100 ispitanika putem anketnog upitnika, a anketirani će biti zdravstveni djelatnici (medicinske sestre i fizioterapeuti SSS, VŠS te VSS). Anketa će biti u potpunosti anonimna a odgovori će biti isključivo korišteni u istraživačke svrhe.

III.

Podaci iz anketnog upitnika biti će obrađeni bez identifikacijskih podataka ispitanika te nikako neće narušavati ugled djelatnika ili Bolnice.

Svi podatci vezani uz ovo istraživanje moraju biti povjerljivi kao i sva dokumentacija vezana uz istraživanje iz točke I. ovog Zaključka, te će se isti koristiti samo u svrhu istraživanja i u svrhu izrade završnog rada.

IV.

Studentica Dragana Sakač dužna je po završetku svog istraživanja dostaviti jedan primjerak svoga rada za Biblioteku Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju.

V.

Ovaj Zaključak stupa na snagu danom donošenja, a na snazi je do okončanja postupka iz točke I.

Predsjednica Etičkog povjerenstva:
Dr. sc. Daria Vuger Kovačić, prof. psiholog
klinički psiholog

Prilog 3: Anketni upitnik

Poštovani,

pred Vama se nalazi anketa kojom se žele dobiti podaci za istraživački završni rad s naslovom: "Samoprocjena socijalne nepravde kod zdravstvenih djelatnika" na preddiplomskom studiju sestrinstva Sveučilišta Sjever u Varaždinu pod mentorstvom doc. dr. sc. Irene Canjuge. Kako bi rezultati bili objektivni te statistička obrada podataka precizna, molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno. Anketa je u potpunosti anonimna i Vaši će odgovori biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe.

Unaprijed Vam se zahvaljujem na suradnji i odvojenom vremenu za ispunjavanje ankete.

Dragana Sakač, studentica treće godine preddiplomskog studija sestrinstva

1. Molimo označite kojeg ste spola:

- 1. Muškog*
- 2. Ženskog*

*2. Molimo navedite u godinama Vašu životnu dob: _____
godina/godine*

3. Molimo označite Vaše trenutno mjesto stanovanja:

- 1. Selo*
- 2. Grad*

4. Molimo označite razinu Vašeg obrazovanja:

- 1. Srednja stručna sprema (SSS)*
- 2. Viša stručna sprema (VŠS)*
- 3. Visoka stručna sprema (VSS)*

5. Molimo označite Vaše trenutno radno mjesto u bolnici:

- 1. Medicinska sestra/ tehničar*
- 2. Fizioterapeutski tehničar*

6. Molimo označite dužinu Vašeg radnog staža u zdravstvu općenito:

- 1. Do 5 godina*
- 2. Od 5-10 godina*
- 3. Od 11-20 godina*
- 4. Od 21-30 godina*
- 5. 31 godinu i više*

1. Molimo označite Vaš trenutni bračni status:

1. Neudana / Neoženjen
2. U bračnim zajednicama
3. U vanbračnim zajednicama
4. Razvedeni / Rastavljeni
5. Udovac / udovica

2. Molimo označite s kim trenutno živite u kućanstvu.:

1. Sam/a
2. Sa supružnikom
3. Sa supružnikom i djetetom/djecom
4. Sa supružnikom, djetetom/djecom, njihovim bračnim partnerom/ima te unukom/unucima
5. Nešto drugo: _____

3. Sljedeći niz tvrdnji opisuje različite načine reagiranja na nepravdu. Kako Vi reagirate u tim situacijama? Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i na skali od 6 stupnjeva zaokružite onaj broj koji najbolje odgovara Vašem mišljenju.

	<i>Uopće se ne slažem</i>	<i>Uglavnom se ne</i>	<i>Donekle se ne</i>	<i>Donekle se slažem</i>	<i>Uglavnom se slažem</i>	<i>U potpunosti se</i>
<i>Smeta mi kad drugi dobiju nešto što je trebalo biti moje</i>						
<i>Uzruja me kad netko drugi dobije nagradu koju sam ja zaslužio.</i>						
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da me netko iskoristio.</i>						
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima sam ja morao ispravljati tuđi nemar.</i>						
<i>Smeta mi kad mi se pružaju manje šanse da nešto postignem nego drugima.</i>						
<i>Smeta mi kad je drugima bolje nego meni bez opravdanog razloga.</i>						
<i>Smeta mi kad se moram namučiti da bih dobio ono do čega drugi lako dođu.</i>						
<i>Muči me kad se prema drugima postupa bolje nego prema meni bez ikakvog stvarnog razloga.</i>						

9. Sljedeći niz tvrdnji opisuje različite načine reagiranja na nepravdu. Kako Vi reagirate u tim situacijama? Pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i na skali od 6 stupnjeva zaokružite onaj broj koji najbolje odgovara Vašem mišljenju.

	<i>Uopće se ne slažem</i>	<i>Uglavnom se ne</i>	<i>Donekle se ne slažem</i>	<i>Donekle se slažem</i>	<i>Uglavnom se slažem</i>	<i>U potpunosti se slažem</i>
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da je netko iskoristio druge.</i>						
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima netko mora ispravljati tuđi nemar.</i>						
<i>Smeta mi kad se nekome pružaju manje šanse da nešto postigne nego drugima.</i>						
<i>Smeta mi kad je nekome lošije nego drugima bez opravdanog razloga.</i>						
<i>Smeta mi kad se netko mora namučiti za ono do čega drugi lako dođu.</i>						
<i>Muči me kad se prema nekome postupa bolje nego prema drugima bez ikakvog stvarnog razloga.</i>						
<i>Smeta mi kad se nekog kritizira zbog stvari koje se drugima „progledaju kroz prste“.</i>						
<i>Ljuti me kada se s nekim postupa lošije nego s drugima.</i>						
<i>Smeta mi kad dobijem nešto što su drugi trebali dobiti.</i>						
<i>Uzruja me kad dobijem nagradu koju je zaslužio netko drugi.</i>						
<i>Ne mogu lako podnijeti kad shvatim da sam nekog iskoristio.</i>						
<i>Treba mi dugo vremena da zaboravim situacije u kojima su drugi morali ispravljati moj nemar.</i>						
<i>Smeta mi kad mi se pružaju veće šanse da nešto postignem nego drugima.</i>						
<i>Imam osjećaj krivnje kad je meni bolje nego drugima bez</i>						



Zvezdan Pene... 03. 11. 2022.



prima ja ▾

Poštovana Dragana,
slobodno koristite Skalu zadovoljstva životom za
izradu Vašeg završnog rada.
Za bilo kakva pitanja, ako ih budete imali, slobodno
se javite.
Srdačan pozdrav,
Zvezdan Penezić

prof. dr. sc. Zvezdan Penezić
Prorektor za znanost i informacijsku infrastrukturu
Sveučilište u Zadru
Mihovila Pavlinovića 1, 23000 Zadar
Tel: 023/200-612; Mob. 099/525-3602

Professor Zvezdan Penezić, PhD
Vice Rector for Scientific Affairs and Information
Infrastructure
University of Zadar
Mihovila Pavlinovića 1, 23000 Zadar, Croatia
Phone: +385(0)23/200-612; Cell. +385(0)99/525-
3602



Marina Vidako... 27. 10. 2022.

prima ja ^



Šalje mjurkin@unizd.hr Marina Vidaković •

Prima drsakac@unin.hr Dragana Sakač •

Datum 27. lis 2022. 08:04



Standardna enkripcija (TLS).

[Prikaz sigurnosnih podataka](#)

Poštovana,

suglasna sam da koriste navedenu skalu.

Sretno!

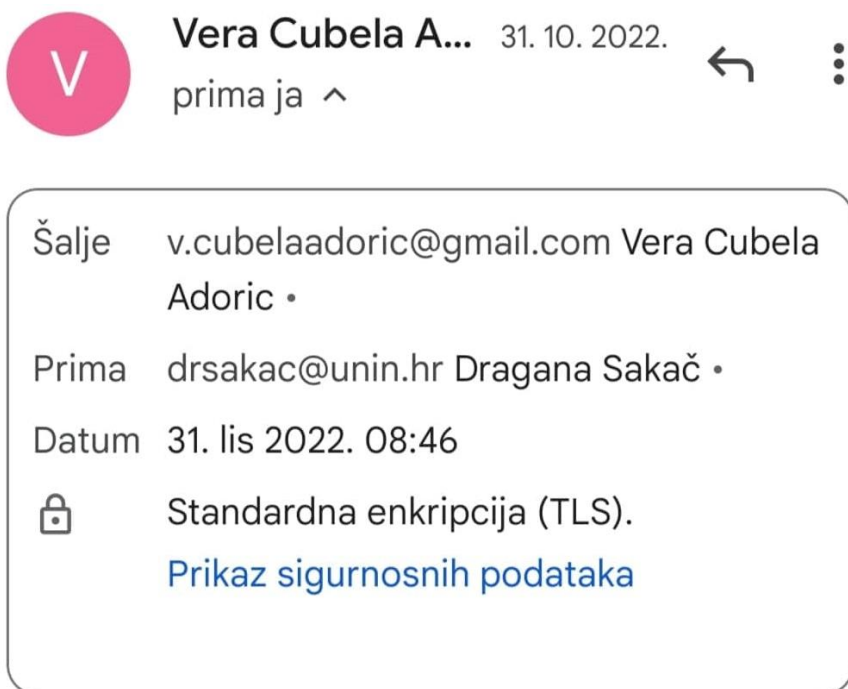
Marina

[Prikaži citirani tekst](#)

--

doc. dr. sc. Marina Vidaković
Odjel za psihologiju Sveučilišta u
Zadru
voditeljica Studentskog savjetovaništa
Sveučilišta u Zadru
kontakt: 023/200-582

Prilog 6: Suglasnost o korištenju skale osjetljivosti na nepravdu



Postovana kolegice,
Skala se moze slobodno koristiti u istrazivacke svrhe.
Pozdrav,
Vera Cubela Adoric