



**УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
ФАКУЛТЕТ ТЕХНИЧКИХ НАУКА**



Александра Ситаревих

**КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОСЛА И ЗДРАВЉА
ЗАПОСЛЕНИХ КАО ПРЕДИКТОРИ
АПСЕНТИЗМА У ОРГАНИЗАЦИЈАМА
ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА**

Нови Сад, 2024.

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА¹

Врста рада:	Докторска дисертација
Име и презиме аутора:	Александра Ситаревих
Ментор (титула, име, презиме, звање, институција)	проф. др Лепосава Грубић - Нешић редовни професор, Факултет техничких наука, Универзитет у Новом Саду
Наслов рада:	Карактеристике посла и здравља запослених као предиктори апсентизма у организацијама
Језик публикације (писмо):	Српски (ћирилица)
Физички опис рада:	Страница: 187 Поглавља: 8 Референци: 369 Табела: 30 Слика: 11 Графика: 8 Прилога: 2
Научна област:	Индустријско инжењерство и инжењерски менаџмент
Ужа научна област (научна дисциплина):	Менаџмент људских ресурса
Кључне речи / предметна одредница:	апсентизам, здравствени аспекти, карактеристике посла, запослени, организације.
Резиме на језику рада:	Циљ истраживања је развијање модела апсентизма идентификовањем значајних детерминанти - здравствених одлика запослених, укључујући физичке и менталне, персоналне факторе запослених, карактеристике посла и ситуационе детерминанте предузећа.
Датум прихватања теме од стране надлежног већа:	13.07.2023.
Датум одбране: (Попуњава одговарајућа служба)	
Чланови комисије: (титула, име, презиме, звање, институција)	Председник: др Илија Ћосић Члан: др Милена Недељковић Кнежевић Члан: др Петар Врговић Члан: др Јелена Ћулибрк Члан: др Лепосава Грубић-Нешић
Напомена:	

**UNIVERSITY OF NOVI SAD
FACULTY OF TECHNICAL SCIENCES**

KEY WORD DOCUMENTATION²

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Aleksandra Sitarevic
Supervisor (title, first name, last name, position, institution)	Ph.D Lepasava Grubić - Nešić, full professor, Faculty of Technical Sciences, University of Novi Sad
Thesis title:	Job characteristics and health of employees as predictors of absenteeism in organizations
Language of text (script):	Serbian language (cyrillic)
Physical description:	Pages: 187 Chapters: 8 References: 369 Tables: 30 Illustrations: 11 Graphs: 8 Appendices: 2
Scientific field:	Industrial engineering and engineering management
Scientific subfield (scientific discipline):	Human resource management
Subject, Key words:	absenteeism, health aspects, job characteristics, employees, organizations
Abstract in English language:	The main goal of the research is to develop empirical model of work absenteeism by identifying its significant determinants - health characteristics of employees, including physical and mental, personal factors of employees, job characteristics and situational determinants of the company.
Accepted on Scientific Board on:	13.07.2023.
Defended: (Filled by the faculty service)	
Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)	President: Ph.D Ilija Čosić Member: Ph.D Milena Nedeljković Knežević Member: Ph.D Petar Vrgović Member: Ph.D Jelena Čulibrk Member: Ph.D Lepasava Grubić
Note:	

Садржај

1. УВОД	6
1.1 Проблем истраживања	7
1.2 Предмет истраживања	8
1.3 Циљеви истраживања	9
1.4 Преглед поглавља.....	9
2. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ	13
2.1 Апсентизам	13
2.1.1 Одређење појма апсентизам	13
2.1.2 Модел апсентизма	16
2.1.2.1 Процесни модел	16
2.1.2.2 Николсонова теорија привржености.....	18
2.1.2.3 Модел захтева посла - ресурса	19
2.1.3 Мерење апсентизма	20
2.1.4 Боловање.....	22
2.1.5 Стратегије у промоцији здравља за смањење апсентизма	24
2.1.6 Социо-демографска обележја запослених и апсентизам	26
2.1.7 Карактеристике организације и апсентизам	28
2.2 Аспекти здравља	31
2.2.1 Одређење појма здравља и његових детерминанти	31
2.2.2 Ментално здравље као индикатор општег здравља популације	33
2.2.3 Ментално здравље кроз историју.....	35

2.2.4 Одређење појма менталног здравља	37
2.2.2.1 Позитивно ментално здравље	38
2.2.2.2 Негативно ментално здравље – ментални поремећаји	40
2.2.5 Модели менталног здравља	43
2.2.4.1 Функционални модел менталног здравља	43
2.2.4.2 Модел отпорности	45
2.2.4.3 Модел базиран на снагама	47
2.2.6 Ментално здравље на радном месту	48
2.2.7 Стратегије и интервенције	50
2.2.8 Истраживања менталног здравља	52
2.3 Карактеристике посла	54
2.3.1 Дизајн посла	54
2.3.2 Елементи ораганизационог дизајна	55
2.3.3 Модели организационе структуре	56
2.3.3.1 Функционална организациона структура	56
2.3.3.2 Пројектна организациона структура	59
2.3.3.3 Матрична организациона структура	60
2.3.3.4 Дивизиона организациона структура	62
2.3.3.5 Модел паукове мреже	62
2.3.3.6 Модел грозда	63
2.3.3.7 Савремени модел организационе структуре	64
2.3.4 Модел карактеристика посла	65
2.3.5 Преглед истраживања карактеристика посла	68
2.4 Емпиријско утемељење модела	71
3. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ	74

3.1 Проблем истраживања	74
3.2 Циљеви истраживања	75
3.3 Хипотезе истраживања	75
3.4 Узорак истраживања	77
3.5 Инструменти и варијабле	85
3.6 Поступак истраживања	87
3.7 Анализа података	88
4. РЕЗУЛТАТИ.....	90
4.1 Дескриптивна статистика	90
4.2 Поузданост инструмената	91
4.3 Општа хипотеза	92
4.4 Специфичне хипотезе	93
5. ДИСКУСИЈА.....	110
6. ЗАКЉУЧАК	131
6.1 Ограничења.....	134
6.2 Будући трендови истраживања	135
7. ЛИТЕРАТУРА.....	137
8. ПРИЛОЗИ	176
План третмана података	182

1. УВОД

У савременом организационом контексту, изостанак са посла (тзв. *апсентизам*) се појавио као изазов, који значајно одређује ефикасност пословних система и продуктивност радне снаге (Kosakulah et al., 2016). Апсентизам се дефинише, као непланирано и непредвиђено одсуство запослених са радног места (Saruan et al., 2020). Разумевање значајних фактора апсентизма постао је нужан чинилац, за успостављање здравог и одрживог радног окружења (Zhenjing et al., 2022).

Током пандемије COVID-19, апсентизам запослених, био је један од највећих изазова у организационом понашању, међу различитим занимањима (Grigore, 2020; Mun et al., 2022; Savić & Dobrijević, 2022, Islam et al., 2023). Пандемијска криза је имала значајан утицај на запослене, нарушавајући њихово психосоцијално функционисање и продуктивност на раду. Упркос наведеној чињеници, да је пандемија неупитно променила услове рада, апсентизам у предузећима је био значајан изазов за менаџмент људских ресурса и много пре ситуације изазване пандемијом. Генерално, апсентизам, посебно онај који је непланиран, може изазвати промене, у функционисању пословних система и проузроковати несагледиве, негативне последице, по радни учинак, посебно у радном окружењу, кога карактерише висок интензитет рада.

Током година, истраживања су истакла значај индивидуалних и контекстуалних фактора у развијању различитих типова одсуства међу запосленима (Parker et al., 2017, Sitarević et al., 2023). Међу овим факторима, значајну пажњу, као потенцијалних детерминанти апсентизма, привукле су карактеристике посла (Gustafsson & Marklund, 2011; Gosselin et al., 2013; Scuffham et al., 2013; Parent-Thirion et al., 2017) и опште здравствено стање запослених (Fried & Ferris, 1987; Bouville et al., 2018; Taibia et al., 2021).

Имајући у виду, да савремено радно место карактеришу изазови, као што су технолошки напредак, глобална конкуренција и организационе структуре настале као одговор на поменуте промене, добробит запослених је остао један од најзначајнијих фактора коме се тежи, а који води ка успеху организације (Akraper et al., 2019).

Ауторка признаје емпиријски утемељен, предиктивни значај карактеристика посла и здравственог статуса запослених, у контексту апсентизма, међутим, у научној литератури,

постоји приметан истраживачки јаз, у погледу њиховог комбинованог дејства, у оквиру различитих организационих поставки, уз осврт на персоналне карактеристике запослених. Ово истраживање има за циљ да пружи одговор на постојећу истраживачку празнину детерминишући однос, између карактеристика посла и здравља запослених, као статистички значајних предиктора апсентизма, у организацијама различитих карактеристика.

У методолошкој поставци, истраживање се ослања, на емпиријски утемељене теорије, из области организационе психологије, здравља на раду и управљања људским ресурсима. Испитивањем поменутих фактора, истраживање настоји да пружи знање о механизмима, који утичу на ниво апсентизма, у организацијама различитих карактеристика. Добијени резултати пружају смернице у интервенцијама заснованим на емпиријским доказима, за смањење стопе апсентизма, уз промоцију отпорније радне снаге у организацијама.

Вишефакторски приступ у емпиријској поставци модела истраживања, приступа испитивању детерминанти радног апсентизма, надилазећи традиционални, појединачни фокус на факторе везане за карактеристике посла, односно различите аспекте здравља запослених. Практичне импликације овог истраживања су значајне за организационе стратегије, које циљају на смањење нивоа радног апсентизма. Узимајући у обзир значајне факторе, организације могу формулисати циљане интервенције и стратегије, како би смањиле стопу апсентизма и повећале продуктивност радне снаге. Емпиријски потврђен однос између поменутих варијабли, има шире импликације за побољшање општег благостања запослених. Организације могу искористити ово знање, како би промовисале здравље запослених, пружајући подршку и ресурсе за решавање проблема њиховог физичког и менталног здравља. Улажући у добробит запослених, организације, не само да умањују апсентизам, већ и утичу на низ повољних организационих исхода, који води ка одрживом радном месту.

1.1 Проблем истраживања

Литература на тему управљања људским ресурсима сматра радни апсентизам стратешки релевантним проблемом, у организацијама различитих карактеристика, које послују у различитим секторима (Bucio, 1992, Nowak et al., 2021).

Апсентизам је један од најзначајнијих изазова у организацијама широм света, па тако и код нас. Апсентизам је сложена појава, која има вишеструке индивидуалне, друштвене и финансијске утицаје и сматра се организационим понашањем, које доводи до широког спектра контрапродуктивних исхода, на нивоу појединца и организације (Čikeš et al., 2018). С друге стране, боловање, као ужа категорија апсентизма, односи се на одсуство са посла, због здравствених тегоба (Rosenberg et al., 2019).

Досадашња истраживања су показала јасну и недвосмислену везу између апсентизма и одређених аспеката здравља (Fried & Ferris, 1987; Parent-Thirion, 2017; Bouville et al., 2018; Taibia et al., 2021). Такође, у организационом контексту, утврђено је да различите карактеристике посла, значајно утичу на ниво апсентизма (Gustafsson & Marklund, 2011; Scuffham et al., 2013; Gosselin et al., 2013; Parent-Thirion et al., 2017; Wang et al., 2020). Претходна истраживања су показала, да велика предузећа имају виши ниво апсентизма, у поређењу са малим предузећима (Barmby, 2000). Овај однос између апсентизма и величине предузећа, може се објаснити чињеницом, да велика предузећа имају ниже јединичне трошкове изостанка. Поред тога, претпоставља се, да већа предузећа представљају погоднији контекст за апсентизам, због високо развијених процедура и правила, где је више радника специјализовано за један посао, док у мањим предузећима то често није случај, стога посао страда, а често и престаје. С друге стране, сматра се да проблеми менталног здравља утичу на мала предузећа, у много већој мери, него на велика предузећа. Због своје величине и мањег броја ресурса, мала и средња предузећа, не могу себи приуштити да запослени не раде пуним капацитетом. Докази из многих земаља показују, да запослени у јавном сектору, имају знатно веће стопе апсентизма, од запослених у приватном сектору (Mastekassa, 2020). С друге стране, налази указују да запослени у приватном сектору имају виши ниво менталног здравља, од својих колега у јавном сектору (Narayanan & Zafer, 2011).

1.2 Предмет истраживања

Литература указује на недостатак доказа у предвиђању радног апсентизма, који је одређен статусом менталног здравља и карактеристикама посла, као предуслова одрживог и инклузивнијег радног окружења, у различитим секторима. На основу недостатака у литератури, предлаже се модел апсентизма, као нове психосоцијалне перспективе, међу

запосленима, који раде у различитим типовима организација, у смислу величине, власништва и занимања. Истраживање одговора на радне изазове, тако што ће предложити предиктивна решења, заснована на емпиријским доказима, у смислу смањења апсентизма, кроз дизајнирање радног окружења и јачање менталног здравља запослених, кроз пословну стратегију.

1.3 Циљеви истраживања

Циљ истраживања је идентификовање узрока и последица феномена апсентизма, разумевањем и идентификовањем здравствених одлика испитаника, укључујући физичке, менталне и персоналне факторе запослених, карактеристике посла и ситуационе детерминанте предузећа. Дакле, потребно је утврдити да ли одређене социо-демографске варијабле и организациони контексти предодређују ниво апсентизма код запослених. На крају, циљ је проширити номолошку мрежу апсентизма, чији би сродни конструкти, у овом случају различити аспекти здравља и карактеристике посла, послужили као полазна основа за дизајнирање посла и формирање програма за унапређење пословних перформанси предузећа, у складу са различитим профилима запослених и карактеристика предузећа.

1.4 Преглед поглавља

Поглавље 1: Увод

У уводном делу размотрене су потребе за истраживањем, као и значај предмета истраживања за организације. Предочен је основни циљ истраживања, истраживачка питања, од који се полази у истраживачком концепту, полазне премисе за сагледавање проблема апсентизма у савременом пословању, које се константно мења и поставља све озбиљније организационе критеријуме и захтеве.

Поглавље 2: Теоријске основе

У другом поглављу дат је теоријски преглед релевантне литературе за потребе извођења истраживања у оквиру ове дисертације. Теоријске подлоге подељене су на четири потпоглавља о апсентизму, здрављу, карактеристикама посла и емпиријском утемељењу предложеног модела истраживања. У првом делу поглавља описан појам апсентизма.

Објашњено је шта се подразумева под апсентизмом, и његовим различитим манифестајама у организационом контексту. Наглашено је значење апсентизма као једног од кључних проблема са којима се суочавају организације. У наредном делу, детаљно је дефинисан појам апсентизма, уз навођење појавних облика овог феномена, укључујући неоправдане и оправдане изостанке са посла, као и узроке, који доводе до апсентизма код запослених. Део о моделима апсентизма обухватио је детаљан преглед различитих теоријских модела који се користе за објашњавање апсентизма у организационом контексту. Осим тога, у овом делу такође је дискутовано о мерењу апсентизма, боловању, стратегијама у промоцији здравља за смањење апсентизма, социо-демографским обележјима запослених и карактеристикама предузећа и њиховој повезаности са апсентизмом.

У делу везаном за здравље, у првом делу детаљно је описан појам здравља и његове детерминанте. Објашњено је на који начина се дефинише здравље и како различити фактори, укључујући физичке, емоционалне, социјалне и психолошке аспекте, могу утицати на опште здравље појединца. У наредном делу, разматран је значај менталног здравља као кључан индикатор општег здравља становништва. Дискутовани су фактори који доприносе менталном здрављу. У наставку је предочен, историјски развој концепта менталног здравља и начин, на који се ова тема развијала кроз време. Приказане су кључне тачке у историји менталног здравља и како су се ставови и приступи према овом питању мењали током година. Дефинисан је појам менталног здравља, при чему је нагласак стављен на разлику између позитивног и негативног менталног здравља. У даљем тексту истакнута је важност промоције позитивног менталног здравља као превентивне стратегије за очување опште добробити запослених. Различити модели менталног здравља су такође представљени. У даљем тексту, разматране су различите стратегије и интервенције за очување менталног здравља на радном месту, као и резултати релевантних истраживања о овом питању. Дискутоване су актуелне студије које истражују факторе утицаја на ментално здравље запослених и ефикасност различитих интервенција, у превенцији и третману менталних поремећаја.

У контексту карактеристика посла, описан је концепт дизајна посла, указујући на његов значај у задовољавању потреба запослених и организације. Разматране су основне

карактеристике дизајна посла, укључујући разноврсност задатка, одговорност и аутономију, као и утицај ових фактора на задовољство послом и перформансе запослених. Даље, приказани су елементи организационог дизајна и модели организационе структуре. модели карактеристика посла, и дат је преглед истраживања о њиховом утицају на различите организационе исходе.

У последњем сегменту теоријских основа докторске дисертације, представљено је емпиријско утемељење хипотетичког модела, постављеног у истраживању.

Поглавље 3: Метод истраживања

У трећем поглављу, представљени су хипотезе и метод истраживања. Дефинисан је општи циљ истраживања, који је усмерен на идентификовање узрока феномена апсентизма, разумевањем и идентификовањем здравствених одлика запослених, укључујући физичке, менталне и персоналне факторе запослених, карактеристике посла и ситуационе детерминанте предузећа. На основу дефинисаног проблема и предложеног теоријског модела истраживања постављена је једна општа и десет специфичних хипотеза у раду. У наставку поглавља приказан је метод истраживања.

Поглавље 4: Резултати истраживања

У четвртном поглављу приказани су добијени резултати и њихова интерпретација. Поузданост упитника испитана је преко метода интерне конзистенције. Кроз дескриптивну статистику, дат је приказ мера централне тенденције и мера варијабилности за варијабле које су укључене у модел - различити аспекти здравља, карактеристике посла и апсентизам. У даљем тексту, описане су релације између конструктора, као и резултати утицаја скупа предиктора у односу на критеријумску варијаблу. У даљем тексту, описане су разлике у изражености варијабли у односу на карактеристике запослених и организација у којима испитаници раде.

Поглавља 5: Дискусија

У петом поглављу представљена је дискусија резултата истраживања, приказаних у четвртном поглављу, са освртом на дефинисане хипотезе, а у циљу давања одговора на постављена истраживачка питања - хипотезе. У првом делу представљена је дискусија

результата емпиријског истраживања која обухвата дискусију поузданости скала и дескриптивне анализе варијабли укључених у истраживање. Наредни сегмент посвећен је дискусији провере постављених хипотеза које се односе на релације између варијабли различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма, као и утицаја социо-демографских варијабли и карактеристика посла на ниво апсентизма. Ставови који су обухваћени дискусијом резултата, сумирани су и истичу, на који начин различити аспекти здравља и карактеристике посла, односно персоналне и организационе варијабле утичу на апсентизам.

Поглавља 6: Закључак

У шестом поглављу изведена су закључна разматрања, образложен је научни допринос дисертације и дати су предлози могућности за практичне импликације добијених резултата, такође указано је на ограничења дисертације и размотрени су правци будућих истраживања.

Поглавља 7 и 8: Литература и Прилози

У седмом поглављу представљен је списак литературе, која је коришћена приликом израде дисертације, а у осмом поглављу се налазе прилози дисертације - инструменти коришћени у истраживању.

2. ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ

2.1 Апсентизам

2.1.1 Одређење појма апсентизам

Апсентизам је један од најстаријих феномена, у литератури управљања људским ресурсима и теорији организационог понашања (Forte & Nicola, 2017; Patton & Johns, 2012). Апсентизам је сложен феномен, на кога утичу различити индивидуални, али и међусобно повезани фактори (Nguyen et al., 2013; Elshout et al., 2013).

Купер и Лок (Cooper & Locke, 2007) одређују апсентизам, као физичко одсуство запосленог, са локације рада, уз очекивање послодаваца да запослени буде тамо. На први поглед, дефинисање радног апсентизма, требало би да буде једноставно. Дакле, запослени може бити присутан на послу, односно одсутан. Међутим, деценијама уназад, аутори (Rhodes & Steers, 1990) су истицали да дефинисање апсентизма, није тако једноставно, као што неки верују, јер пре свега, није постигнут универзални договор – концензус, о самом одређењу апсентизма.

На самом почетку развоја научног корпуса знања о апсентизму, Марц и Сајмон (March & Simon, 1958) су били једни од првих теоретичара, који су концептуализовали двокатегоријални приступ апсентизму. Према поменутим ауторима, већина организација одређује апсентизам кроз две категорије изостанака - добровољни и недобровољни. Добровољни изостанак укључује разлоге, попут празника, док је недобровољни апсентизам, условљен узроцима, који су ван контроле запосленог, као што су нпр. болест или присуство на сахрани (Avey et al., 2006).

Слично претходном, Садри и Луис (Sadri & Lewis, 1995) класификују изостанак са радног места на континууму два пола - тип *А* и тип *Б*. Изостанак типа *А* се може дефинисати, као одсуство са радног места, које је потпуно неизбежно за запосленог. Изостанак типа *А* послодавац посматра, као истинско и легитимно одсуство са радног места. Уобичајена одсуства типа *А*, укључују изостанак услед нпр. непосредног туговања након губитка, одазивање суду или опоравак од болести (Sadri & Lewis, 1995). Одсуство типа *Б* је на супротном крају континуума, у односу на тип *А* (Sadri & Lewis, 1995) и сматра се, да се

одсуства типа *B* могу избећи, јер у његовој основи, стоји индивидуални избор запосленог, а као кључан разлог одсуства типа *B*, означава се недостатак мотивације за присуство.

Повећана стопа апсентизма има штетне социо-економске ефекте, по запосленог и организацију. Претходне студије наводе да дугорочни апсентизам, доводи до пада вештина потребних за обављање радних задатака и често подстиче сукобе међу колегама (Ichino & Riphahn, 2005), а поред тога, предузећа трпе и смањење продуктивности и конкурентности (Cuschiella et al., 2014).

Како је наведено, апсентизам је сложена појава, на коју утичу различити, међусобно повезани фактори, којих су менаџери свесни, у погледу њиховог негативног утицаја (Livanos & Zangelidis, 2013). Међутим, менаџери доживљавају велике потешкоће у покушају да умање апсентизам (Bankert et al., 2015). Стога је императив руководиоци имају увиде, у природу узрока апсентизма, како би адекватно могли управљати овом организационом појавом. Међу главним узроцима апсентизма, убрајају се емоционални проблеми (недостатак емоционалног благостања) и здравствени проблеми (недостатак физичког благостања) (Medina-Garrido et al., 2020).

У циљу ефикасног решавања последица апсентизма, организације првенствено, треба да разумеју узроке и појавне облике апсентизма. Апсентизам је такође релевантан маркер животног циклуса радника. У том смислу здравствена економија истиче да овај организациони феномен, доводи до високог економског оптерећења за друштво, у смислу индиректних трошкова, услед губитка продуктивности организације (тзв. трошкови одсуства) и трошкова боловања (Faramarzi et al., 2021).

Дуготрајно боловање је већ препознато као значајан јавно-здравствени проблем, који утиче на радника као појединца, јер подразумева, не само веће здравствене ризике, већ и повећану социјалну и економску угроженост друштва у целини (Dias et al., 2023), услед губитка вредне радне снаге и исплате трошкова боловања (OECD, 2010).

Губици у продуктивности узроковани апсентизмом, коштају послодавце милијарде долара сваке године. Поред тога, послодавци обично троше доста времена на обучавање и запослених, који замењују одсутне.

Према Садрију и Луису (Sadri & Lewis, 1995) знања о узроцима апсентизма на радном месту, фокусирају се на аспект добровољног одсуства, када је појединац физички добро и способан да присуствује на послу, а да ће, у ствари, његова мотивација за присуство, даље одредити, да ли ће бити одсутан, или не.

Студија коју су спровели Болтон и Хјуз (Bolton & Hughes, 2001) утврдила је следеће, најчешће узроке апсентизма, у које спадају:

- лакша болест;
- тежа болест;
- одговорност у кући/породици;
- лични проблеми;
- недостатак посвећености;
- незгода на послу и у слободно време;
- низак радни морал на радном месту;
- стрес на радном месту;
- утицај прековременог рада;
- болести зависности;

Меклин (McLean, 2007) је такође истраживао факторе, који могу узроковати апсентизам.

Из његових резултата идентификовано је пет узрочних категорија:

- болест;
- социо-демографске карактеристике;
- квалитет односа на радном месту;
- међуљудски односи и одговорности ван посла;
- перцепција о карактеристикама посла.

2.1.2 Модели апсентизма

Студије о моделима апсентизма имају значај, у откривању детерминанти, које утичу на обрасце присуства запослених, у оквиру организационог контекста. Ови модели служе као концептуални оквири, који објашњавају динамику, између различитих елемената. Увидом у ове моделе, организације имају емпиријски детерминисане узроке и међусобне односе, који доприносе нивоу апсентизма. Организациони модели, настоје да објасне апсентизам, фокусирајући се претежно на карактеристике посла, које се препознају као предиктори овог организационог исхода (Parker et al., 2017).

2.1.2.1 Процесни модел

Стирс и Роудс (Steers & Rodes, 1978) су утемељили процесни модел апсентизма. Према овом моделу, на апсентизам утичу два фактора - мотивација за долазак и могућност доласка. Према Смудлерсу (Smulders, 1980) на мотивацију за долазак, утиче ниво, у ком је запослени задовољан ситуацијом на послу. Ово укључује унутрашње и спољашње факторе као што су - обим посла, стил руковођења, ниво посла, стрес унутар радне улоге и могућност за напредовање. На апсентизам утичу и персоналне карактеристике, као што су пол, старост, образовање, стаж, нарушено здравље, породични проблеми и незгоде. На Слици 1 приказан је Процесни модел апсентизма Стирса и Роудса (Steers & Rodes, 1978).



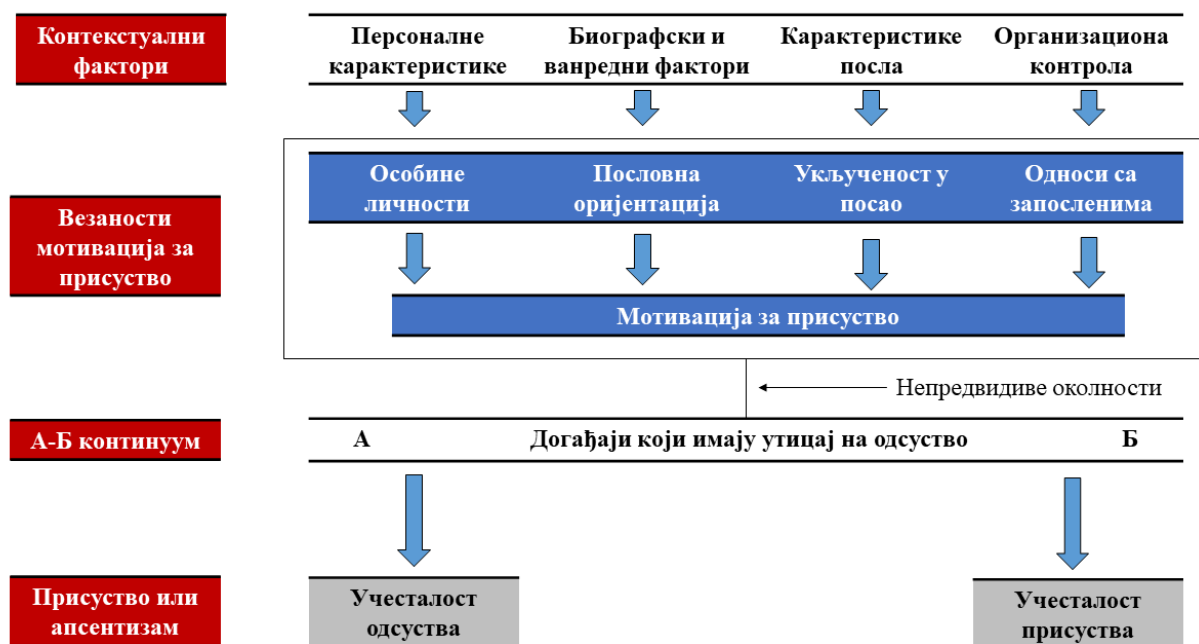
Слика 1. Процесни модел апсентизма

Брук (Brooke 1986) наводи да је мотивација за долазак, кључна детерминанта присуства, под условом да запослени има објективну могућност за присуство. Оба, мотивација и могућност за присуство, међусобно делују и дају резултат стварног присуства. Процесни модел апсентизма Стирса и Роудса је један од најутицајнијих и често цитираних модела у литератури, када је реч о апсентизму (Harrison & Martocchio, 1998).

2.1.2.2 Николсонова теорија привржености

Николсон (Nicholson, 1982) је истакао да упркос растућем тренду, различитих истраживања о радном апсентизму и даље постоји озбиљан недостатак, у теоријама које одређују овај организациони феномен. Узрок овоме је специфична природа истраживања спроведених на тему апсентизма (Nicholson, 1982). Николсон је развио теорију привржености, на основу своје теоријске и истраживачке праксе о апсентизму.

Николсон (1982) је развио поменућу теорију, узимајући у обзир методолошке проблеме и проблеме мерења апсентизма. Николсон је осмислио континуум *А-Б*, као део своје теорије, која детерминише одсуство према вероватноћи избегавања, а потом је утврдио, како ови догађаји утичу, а у исто време варирају, од особе до особе, у зависности од утицаја мотивације за присуство (Слика 2). Николсон је увео концепт привржености, као начин мерења мотивације за присуство (Nicholson, 1982).



Слика 2. Николсонов модел апсентизма

Према Николсону (Nicholson, 1982) организације типично класификују изостанке на основу студија повезаних са темом. Николсон тврди, да не постоји потпуно егзактан

начин мерења добровољног одсуства (Nicholson, 1982). Николсонов *A-B* континуум је дефинисан у смислу ограничења/препрека за присуство. Осмишљавајући *A-B* континуум, Николсон (1982) је дозволио да се одсуства посматрају на скали према мери, у којој индивидуални избор утиче на појаву изостанка апсентизма. Одсуства која подилазе под пол континуума *A* су она, која се не рачунају у индивидуални избор, а она, која су на полу *B* су она, која су у потпуности контролисана индивидуалним избором. Дакле, на полу континуума *A* разлози су неизбежни, док се она, на полу континуума *B*, могу избећи.

Николсон (Nicholson, 1982) тврди да постоје четири групе утицаја који одређују ниво привржености:

1. персоналне карактеристике;
2. радна оријентација;
3. укљученост у посао;
4. радни однос.

У наставку, Николсон (1982) додаје, да када постоји систем награђивања и постоји елемент поверења, у односу на нивоу запослени-послодавац, да ће приврженост, а самим тим и присуство бити веће.

2.1.2.3 Модел захтева посла - ресурса

Модел разматра равнотежу између захтева посла и расположивих ресурса. Високи захтеви посла, без довољних ресурса, могу довести до сагоревања и апсентизма. С друге стране, када запослени имају неопходне ресурсе, да испуне захтеве за послом, већа је вероватноћа, да ће бити присутни и ангажовани.

Модел захтева посла – ресурса (енгл. *The Job Demand-Resources - JD-R*; Bakker & Demerouti, 2007) представља теоријски оквир, који се користи у разумевању узрока и последица апсентизма. Овај модел пружа целовиту перспективу, о томе, како различите карактеристике посла, утичу на добробит запослених и њихово присуство на послу.

Модел захтева посла - ресурса претпоставља да се свако радно окружење, састоји од две основне категорије фактора - захтева за послом и ресурса за посао. Захтеви за посао су аспекти посла, који захтевају физички или психолошки напор и могу довести до

исцрпљивања енергије. С друге стране, ресурси за посао, односе се на аспекте посла, који су функционални у постизању радних циљева, смањују потражњу за послом, или стимулишу лични раст и развој.

Одређени захтеви за послом, могу допринети већој стопи апсентизма, када превазилазе способности појединца, да се носи са њим. На пример, велико оптерећење, временски притисак и конфликтни захтеви посла, повезани су са повећаним нивоом стреса, сагоревањем и на крају апсентизмом (Demerouti et al., 2001). Дуготрајна изложеност високим захтевима посла, без адекватног опоравка, може довести до хроничних здравствених проблема, чинећи запослене склонијим одласку на боловање. Насупрот томе, ресурси за посао имају заштитни ефекат, у контексту апсентизма.

Социјална подршка колега и руководица, могућности за развој вештина и аутономија у раду и доношењу одлука су примери ресурса за посао, који могу ублажити негативан утицај захтева за послом (Bakker & Demerouti, 2007). Када запослени схвате, да њихово радно окружење, пружа неопходне ресурсе за испуњење захтева, већа је вероватноћа, да ће бити ангажовани, а мање је да ће изостати. Модел захтева посла - ресурса такође истиче индивидуалне разлике, у томе како запослени реагују, на захтеве посла и ресурсе. Личне карактеристике као што су отпорност, самоефикасност и емоционална интелигенција, играју кључну улогу у одређењу, како се појединци носе са стресорима, на радном месту и која је вероватноћа, да ће бити одсутни са посла (van den Heuvel & Demerouti, 2017).

2.1.3 Мерење апсентизма

У литератури, трошак губитка продуктивности, због радног апсентизма обично се израчунава на два начина: *а) методом изгубљених плата и б) методом краткорочних трошкова* (Brun, 2006).

Метода изгубљених плата, такође названа методом људског капитала, укључује множење броја изгубљених дана, са дневницом одсутног запосленог, или са просечном зарадом организације, уз претпоставку да плате одсутних, представљају трошак продуктивности организације (Hout, 2009). Овај приступ даје грубу - процену, јер занемарује могућност, да би други запослени могли, да надокнаде уобичајен ниво продуктивности.

Метод краткорочних трошкова покушава да квантификује ефекте апсентизма идентификовањем краткорочних трошкова. Краткорочни трошкови зависе од времена потребног организацији, да се врати у оптималан ниво продуктивности, што се назива периодом *трења* (Koormanschap et al., 1995). Овај приступ претпоставља, да су губици у продуктивности ограничени на време потребно за замену одсутних радника, док садашњи запослени или нови радници, не постану продуктивни (Birnbbaum, 2005). Поједини аутори су истицали, да овај метод потцењује економске трошкове, које је предузеће платило за „губитак“ запосленог и обучавање новог радника (Hout, 2009).

Дуготрајни изостанак са посла се мери, као просечни удео надокнаде плата, које запослени у предузећу примају, са пуним радним временом, у социјалној накнади, у поређењу са укупним платама, у датој години (Aarstad & Kvitastein, 2023).

Дужина одсуства, које запослени има, у организацији, може се посматрати, такође, кроз две категорије: а) *краткорочно одсуство* и б) *дугорочно одсуство*. Категорија краткорочног одсуства обухвата одсуство запосленог до 7 дана, док је типично дугорочно одсуство дуже од 4 недеље (Evans & Palmer, 2000). Да би организација спровела политике и процедуре за контролу апсентизма, она прво мора да измери озбиљност проблема, у организацији. Анализирање и мерење изостанака, игра важну улогу у идентификацији, било каквих образаца и трендова изостанака у организацији и омогућава менаџменту, да истражује основне проблеме. Кључни елемент у праћењу радног апсентизма је коришћење ефикасног алата за мерење. Постоји више начина за мерење апсентизма, а најчешћи су:

а) *Стопа изгубљеног времена* показује проценат расположивог времена, изгубљено услед апсентизма. Овај метод се може користити за различите секторе унутар организација, како би се идентификовала поља деловања. Формула за израчунавање стопе изгубљеног времена је:

$$\frac{\text{(укупно одсуство (сати или дани) у посматраном периоду/могући укупни сати или дани у посматраном периоду)} \times 100}{}$$

Слика 3. Формула стопе изгубљеног времена

б) *Стопа учесталости* која показује удео одсустава, које запослени има у процентима. Ова мера израчунава учесталост апсентизма у организацији. Овај метод не показује колико дуго траје период одсуства, или да ли је запослени одсуствовао више од једанпут, у одређеном временском периоду. Формула за израчунавање стопе учесталости је однос броја присуства у периоду и број запослених помножен са 100.

с) *Брадфордов индекс* је популарна метода утврђивања апсентизма у организацијама, која помаже у решавању проблема краткорочног одсуства. Алат је развила Школа менаџмента Универзитета Брадфорд и користе га организације, са циљем да истакну неприхватљиве обрасце краткорочног одсустава, међу запосленима (Brett, 2012). Формула за Брадфордов индекс је следећа:

број одсуства (С) х број одсуства (С) х укупан број дана одсуства (Д) или $Б = С^2 * Д$

Слика 4. Формула за Брадфордов индекс

2.1.4 Боловање

Боловање се може посматрати као индикатор здравља (Wasaki et al., 2023), радно способног становништва, пружајући увид, у опште благостање и продуктивност запослених. Неколико фактора, може одредити стопе и обрасце боловања, попут здравственог статуса, пола, старости и психосоцијалних детерминанти, као што су особине личности и механизми суочавања (Fitzgerald et al., 2016). Важно је уврстити и често занемарене организационе факторе и факторе везане за посао, као што су ергономски фактори, затим психосоцијални фактори, попут напрезање на послу, социјалне подршке и распоред. Идентификовање поменутих фактора, може помоћи руководиоцима, да спроведу превентивне интервенције за побољшање добробити и продуктивности радника, уз смањење нивоа боловања и трошкова за послодавце.

Боловање може бити последица лошег здравља, али и механизам суочавања (Paraskevi et al., 2023) са неадекватним карактеристикама посла и радних задатака. Одређује се као привремено плаћено одсуство са посла, због било које повреде или болести (Schouten,

2016). Боловањем се обухватају сви случајеви, у којима запослени одсуствује са посла, због личне болести или повреде, или ради бриге о члановима породице. Њихово одсуство се сматра привременим у контексту временске перспективе. То значи да се очекује да одсуство буде привременог трајања и да ће се запослени вратити на посао, када се опорави или заврши бригу о члановима породице (Buzeti et al., 2016).

Појединац може држати под контролом неке од поменутих фактора, дакле, може их спречити или ограничити, а са друге стране, његов утицај на поједине факторе је мањи, или се уопште не може дефинисати. Уколико се узме у обзир, да су за настанак боловања потребни човек и рад, разумно је у обзир узети и утицај одређених социо-демографских карактеристика, као што су пол, старост, образовање и године радног стажа, за које је утврђено да представљају важне факторе, који утичу на стопу боловања (Løkke, 2016; Buzeti, 2015).

Боловање је велики здравствени и економски проблем у многим земљама, често повезан са негативним здравственим исходима, али се мало зна о његовој повезаности са менталним здрављем (Mauramo et al., 2020). Боловање често указује на нарушено здравље и функционисање запослених (Klein et al., 2021), а високе стопе боловања су скупе, за послодавце и друштво.

Повезаност између психосоцијалног радног окружења и боловања је добро позната. Међутим, потенцијал за управљање нивоа боловања различите дужине, кроз побољшање фактора психосоцијалног рада, кроз истраживања није у потпуности схваћен (Mathisen et al., 2022).

Широк спектар изложености у психосоцијалном радном окружењу, као што су малтретирање, низак квалитет односа са руководиоцем и ниска аутономија у раду, повезани су са вишим стопама боловања (Niedhammer et al., 2013; Duchaine et al., 2020) и стога побољшања у психосоцијалном радном окружењу, теже да контролишу ниво одсуства због болести на радном месту.

Многа истраживања о психосоцијалним условима рада фокусирали су се на повезаност између индивидуалних индикатора психосоцијалних услова рада и здравствених исхода запослених (Rugulies et al., 2010). Претходне студије су истраживале потенцијалне ефекте

ресурса за посао (Schaufeli & Bakker, 2004) на повезаност између захтева посла, или негативних радњи и исхода повезаних са здрављем (Framke et al., 2021; Rugulies et al., 2021) у којима је наглашена важност проучавања комбинованих ефеката истовремене изложености у психосоцијалном радном окружењу.

У Европи је током протекле деценије присутан тренд пораста коришћења боловања (Wolvetang et al., 2022). Узроци боловања су веома различити, али је познато да је нарушено ментално здравље, један од главних узрока (Noordik et al., 2011). Упркос могућим разликама у дијагнозама међу земљама, јасно је, да већина поремећаја повезана са стресом, услед растућих глобалних изазова у контексту економског оптерећења (Wolvetang et al., 2022; Severin et al., 2022).

У основи боловања лежи смањена способност, да запослени ради због болести (Aronson et al., 2021). Васаки и сарадници (Wasaki et al., 2023) наводе да дуготрајна боловања могу имати и позитивне и негативне последице на појединце и радна места. На пример, они могу омогућити појединцу, да се опорави од болести и одложи отпуштање, али може негативно утицати и на квалитет живота и радни век. Дуготрајна боловања такође могу довести до губитка продуктивности и ставити терет рада на остале колеге.

Иако боловање може понекад бити једина могућа опција, избор да се одсуствује са посла због болести, или присуствује (тзв. презентизам), није увек само одлука везана за здравље, јер фактори који нису здравствени, могу утицати на поменути феномен - да ли запослени остаје код куће, или иде на посао док је болестан (Aronson & Gustafsson, 2005), о чему је опширније написано у одељку о моделима апсентизма.

2.1.5 Стратегије у промоцији здравља за смањење апсентизма

Интервенције на раду су развијене као скуп стратегија за унапређење здравља и безбедности на раду, које се примењују директно на радном месту, са циљем побољшања исхода везаних за радне активности. Радно место је погодан контекст за побољшање здравствених исхода јер запослени тамо проводе значајан део дана (Tarro et al., 2020). Поред тога, послодавци не само да су одговорни за омогућавање безбедног радног места, већ имају и могућност да промовишу и негују здраво радно окружење (Sackoll et al., 2020).

Додатно, одржавање здравог начина живота, међу запосленима, смањује директне и индиректне трошкове, на нивоу организације.

Дакле, радно место је значајан контекст за смањење болести у вези са радом, стога се интервенције на радном месту често спроводе ради спречавања незгода, побољшања радног окружења, побољшања здравља запослених и смањења стопе боловања (Waddell & Burton, 2006). Пошто су економски ресурси за здравље на раду, често врло оскудни, потребно је издвојити средства за интервенције на радном месту, које су ефикасне у смислу побољшања здравља запослених и генерисања економске користи (Drummond et al., 2015). Могу се користити индивидуалне, групне и/или интервенције, на нивоу организације (Whitehead, 2001).

Интервенције на индивидуалном нивоу имају за циљ побољшање физичког или менталног здравља запослених, често употребом перспективе животних стилова, или различитих стратегија управљања стресом (Giga et al., 2003; Whitehead, 2001), док интервенције на нивоу групе циљају на интеракцију између запослених, фокусирајући се на социјално благостање (LaMontagne et al., 2015). На крају, интервенције на организационом нивоу имају за циљ побољшање услова рада фокусирањем на структуру радног места, политика, процедура, рутина и праксе управљања, а не на јачање запослених на индивидуалном нивоу.

Психосоцијално радно окружење је, такође, одређено организационим факторима на које већина линијских менаџера и менаџера средњег нивоа има ограничен утицај (Stengård et al., 2021). Недостатак јасноће у управљању и повратним информацијама могу утицати на перцепцију запослених, о захтевима повезаним са њиховом радном позицијом и улогом.

У организацијама здравствене и социјалне заштите, предуслови за здраво психосоцијално радно окружење су, често одређени политичким одлукама, које су далеко изван контроле линијских менаџера и менаџера средњег нивоа. Подржавајуће и предусретљиво управљање би могло да ублажи негативне здравствене ефекте високих захтева и ниске аутономије у раду.

Прајсер и сарадници (Preiser et al., 2021) истичу да добра организација радног времена смањује здравствене ризике, у вези са радом и стога представља важно питање здравља и безбедности на раду. Организација рада и радног времена обухвата неколико димензија,

као што су трајање, локација, распоред радног времена, као и интензитет рада. Послодавци су одговорни за стварање одрживих услова рада, који промовишу здравље (Whitehead, 2006; Alonso-Nuez et al., 2022). Начин организовања радног времена утиче на здравље и добробит запослених. Могући атрибути „критичног“ радног времена су, на пример, наизменичне смене или прековремени рад, недовољно пауза и дежурства. Такође, познати су ефекти дугог радног времена на физичко и ментално здравље, велика варијабилност радних сати и недостатак времена опоравка (Kirkcaldy et al., 2009; Wong et al., 2019).

Поједини аутори (Pihl-Thingvad et al., 2020) радно место посматрају као социјални капитал. Низ изазова у вези са демографским променама и повећаним социјалним трошковима, узрокује повећање обима посла и нове радне притиске у већини западних земаља, што доводи у опасност добробит и здравље запослених. На основу наведеног, може се закључити, да је пред менаџерима данашњице велики изазов, како да се изборе са захтевима, а да својим запосленима обезбеде добро и здраво радно окружење. У литератури, радно место кроз призму социјалног капитала, као оног са повољним психосоцијалним радним окружењем (Boyas & Wind, 2010), здрављем запослених (Løkke, 2014) и смањеним одсуством услед болести (Rugulies et al., 2016).

2.1.6 Социо-демографска обележја запослених и апсентизам

Истраживања су показала да жене имају много већу стопу боловања од мушкараца, али узроци разлика нису једнозначно утврђени. Студија Гонаса и сарадника (Gonäs et al., 2019) испитивала је да ли менаџери имају блажи став према одсуству жена, него према одсуству мушкараца, истражујући узрок веће стопе боловања међу женама. Према резултатима њихове студије, чини се да различитим ставовима менаџера према боловању код мушкараца и жена не доприносе полне разлике.

Студија Гјелестада и сарадника (Gjellestad et al., 2023) имала је за циљ да истражи женску женски подузорок запослених, у контексту посла и живота и утврди могуће везе између здравља жена, боловања и радне способности. Резултати су показали да окружење, у којима се обавља посао, одређује везу између боловања, радне способности и области

здравља код жена (Gjellestad et al., 2023). Учешће у раду је повезано са неколико социоекономских фактора који утичу на услове живота и јавно здравље (Nutakor et al., 2023).

Дакле, релација посао-приватан живот је важно поље за изједначавање социјалних и родних разлика. Ово поље истраживања је такође кључно у достизању УН-а циљева одрживог развоја у погледу здравља, равноправности и рада. Међутим, историја и тренутна ситуација често показују родно подељено тржиште рада, посебно у погледу одсуства због болести (Melsom & Masterkassa, 2018). Утврђено је да се жене и мушкарци суочавају са различитим здравственим изазовима, због разлика у биологији и физиологија (Rødland, 2018), што утиче на поједине фазе живота жена у контексту њихове посвећености, ангажовања и учешћа на раду. Током уобичајеног животног века, жене пролазе кроз значајне физиолошке и психосоматске промене, у оквиру менструалног циклуса и кроз различите фазе старости (Grandey et al., 2020). Ове промене су нормални процеси, али могу изазвати и различите негативне исходе по њихово здравље.

Мунх и сарадници (Munch et al., 2021) истакли су да ће демографске промене, које бележи пораст старијег становништва, довести до повећаних захтева за здравствени сектор. Да би се одржао исти квалитет и стандард у систему здравствене заштите, неопходно је увести иницијативе за побољшање радног окружења за старије запослене. Међутим, упркос овим напорима, имплементација и побољшање у радно окружење и здравље остају изазов.

Претходне студије утврдиле су, да запослени који имају ниже образовање, имају и нижа примања и ниске стопе одсуства, било да је реч о сопственој или туђој болести (нпр. детета). Са фокусом на однос између образовања и менталног здравља (Leitner & Leitner, 2012), неколико студија је открило да су виши нивои образовања имали позитивну везу са вишим нивоима менталног здравља, “проузрокованих” већим профитом, здравом исхраном и општом физичком и менталном негом (Leitner & Leitner, 2012). Пре готово пола века, лонгитудинално истраживање (Rossock, 1973), у једној фабрици показало је да су стопе одсуства болести, у првих шест месеци стажа мање за 50%, у односу током наредне четири и по године. Међутим, нешто новије истраживање, показало је да постоји статистички значајна позитивна корелација између апсентизма и година радног стажа (Buzeti, 2020).

Претходна истраживања су такође у везу доводила апсентизам и материјални статус, једно од њих је утврдило да је апсентизам у негативној корелацији са нивоом зарада, као и са хијерархијским нивоом запослених (Pfeifer, 2010). Нижи економски статус обично је повезан са проблемима менталног здравља (Lorant et al., 2003). Позитиван ефекат економског статуса на питања менталног здравља, може се објаснити низом ресурса, које богатији имају приликом суочавања са свакодневним животним изазовима и условима неизвесности, која може довести до депресије, симптома хроничног стреса и других негативних психолошких исхода (Brand, 2015).

У истраживању о боловању у јавном сектору у Италији, установљено је да је ниво апсентизма у позитивној корелацији са радним стажом (De Paola, 2014). Напротив, Винкелман (Winkelmann, 1996) је у свом истраживању открио и потврдио да постоји позитивна веза између радног стажа и апсентизма. У једном од својих истраживања, Локе (Løkke, 2014) потврђена је веза између боловања и година стажа, али резултати нису били исти у оба модела, која су упоређена. У првом моделу, утврђено је, да је вероватноћа боловања, мања до 10 година стажа, а затим расте. У другом моделу, утврђено је, да се вероватноћа одсуства са посла због болести, смањује са годинама радног стажа. Укупно посматрајући, радни стаж утиче на апсентизам (Løkke, 2014).

2.1.7 Карактеристике организације и апсентизам

Претходна истраживања су утврдила везу између карактеристика посла са вишим стопама изостанака и тенденцијама ка напуштању радног места (Schalk & Rijckevorsel, 2007; Burmeister et al., 2019). Учесталост промене посла може имати различите утицаје на ментално здравље људи, у зависности од њихових личних преференција, животних циљева и других фактора. Код неких људи, честа промена посла може довести до осећаја несигурности, што може бити стресно и негативно утицати на ментално здравље.

Индивидуална адаптација на нове пословне околности, радне задатке, радно окружење и колеге, може бити психички напорно и изазвати анксиозност. Са друге стране, код неких људи, промена посла, може бити позитивна ствар, која подстиче развој каријере, пружа нове изазове и одржава њихов интерес и мотивацију на високом нивоу. Често се дешава да су људи који често мењају посао, изложени већем броју различитих радних окружења,

што их чини флексибилнијим и прилагодљивијим у пословном окружењу. Даља истраживања су утврдила да су карактеристике посла и напуштање радног места била посредована менталним здрављем запослених (Lu et al., 2022).

Радна места, која су веома физички захтевна, или у којима постоји велика могућност повреда или болести, могу довести до веће стопе апсентизма (Lyttelton et al., 2022). Запослени који раде у таквим условима, често су изложени стресу и ризику од повреда, што може утицати на њихово физичко и ментално здравље. Различите професије, такође, могу проузроковати различите нивое стреса и психолошке захтеве, што може утицати на ментално здравље запослених. Лоши услови рада, као што су лоша вентилација, бука, врућина или хладноћа, такође могу утицати на апсентизам. Радници који раде у таквим условима често се суочавају са здравственим проблемима, који их могу спречити да долазе на посао или утицати на њихову продуктивност.

Пре више од две деценије утврђено је истраживањем да већа предузећа имају веће стопе одсуства у односу на мања (Barmby, 2000). Овај однос, између одсуства и величине предузећа могао би се објаснити чињеницом, да велике компаније имају ниже јединичне трошкове одсуства. Поред овога, претпоставља се да већа предузећа представљају погоднији контекст за одсуство са посла, услед високо развијених процедура и правила, где је више радника специјализовано за један посао, док у мањим предузећима то често није случај, стога директно посао трпи. Претпоставља се да питања менталног здравља погађају мала предузећа, у много већој мери, него већа предузећа. Због своје величине и мање ресурса, мала и средња предузећа не могу приуштити да запослени не раде у пуном капацитету.

Докази из многих земаља, показују да запослени у јавном сектору имају знатно више стопе изостанака од запослених у приватном сектору (Mastekaasa, 2020). С друге стране, налази указују на то да запослени у приватном сектору имају боље ментално здравље од њихових колега у јавном сектору (Willem et al., 2010).

Претпоставља се да услови неизвесности, у контексту услова под којим запослени ради утиче на његово организационо понашање (Rerstrepo & Salgado, 2013). На пример,

запослени који раде са привременим или сезонским уговорима, често су изложенији већој неизвесности у погледу будућности свог запослења, што може довести до стреса и незадовољства, а тиме и до повећаног апсентизма. Врста уговора о раду, такође, може имати утицај, на то да ли запослени имају право на боловање, плаћено одсуство и друге облике подршке када су болесни, или се суочавају са личним проблемима. Радници са уговорима који не пружају ове врсте подршке, могу се осећати незаштићено и мање мотивисано да долазе на посао, што може довести до повећаног апсентизма.

2.2 Аспекти здравља

2.2.1 Одређење појма здравља и његових детерминанти

Основна идеја здравља, као равнотеже између појединца и околине, јединства духа и тела и природног узрока болести, чинила је срж концепта здравља у старој Грчкој. Слични појмови били су присутни у древним индијским и кинеским медицинама (Grmek & Budak, 1996; Donev, 2000).

Око 5. века пре нове ере, Пиндар је здравље окарактерисао као „хармонично функционисање органа“, наглашавајући физички аспект здравља, добробит физичког тела и укупну функционалност, заједно са пријатношћу и одсуством бола. Чак и у данашње време, његова дефиниција остаје значајна, као предуслов за опште здравље и благостање.

Платон је у свом делу „Дијалози“ замишљао постизање савршеног људског друштва кроз усклађивање индивидуалних и заједничких интереса, понављајући идеал старогрчке филозофије у „здравом телу - здрав дух“, што се према његовим речима, може постићи успостављањем унутрашње хармоније и усаглашавањем са физичким и друштвеним окружењем.

Аристотел је, у својим учењима, тврдио да су људи друштвена бића, склона да живе у заједницама, уз поштовање моралних и етичких стандарда. Он је истакао потребу регулисања друштвених односа ради, хармоничног функционисања и очувања здравља становништва. Демокрит је повезивао здравље са понашањем, постављајући питање зашто су појединци тражили Божју „интервенцију“ за добро здравље, када је то у суштини било под њиховом контролом. Хипократ, пионир медицинске мисли, повезао је здравље са факторима окружења и начином живота. Увео је концепт „позитивног здравља“, који је зависио од фактора, као што су људска конституција (сада схваћена као генетика), исхрана и вежбање. Према Хипократу, одржавање правилне исхране и вежбање, били су пресудни за здравље, а сезонске промене су значајно утицале на ум и тело, што је довело до изразито распрострањених болести зими (болести дисајних путева) и лети (болести дигестивног тракта).

Током средњег века, вера и црква су дубоко обликовале перцепцију здравља. Са распадом Римског царства, црква је настала као једина значајна институција, која брине о народу и

чува знања о лековима, укључујући и биље, које се узгаја у манастирским баштама. Античка мудрост, која је донекле била занемарена, поново је постала актуелна, током ренесансе и стално се редефинисала до данашњих дана.

Ера индустријске револуције, означила је трансформацију у схватању здравља, претварајући га у економски концепт, који има за циљ одржавање доброг стања и радног капацитета уз минимизирање изгубљених радних дана, због болести. Сходно томе, вредност здравља је била уско повезана са његовом улогом у економској профитабилности. Ова перспектива здравља била је повезана са дарвинистичким концептима снаге и преживљавања најјачих, где је смисао живота, био повезан са физичким преживљавањем. У овом контексту, друга детерминанта здравља се односила на способност појединца, да се прилагоди утицајима околине у мери, у којој би особа могла да издржи и да јој се одупре. Када изазови надилазе капацитет појединца за адаптацију, болест се манифестује као логична последица.

Сви савремени приступи здрављу, признају да здравље превазилази пуко одсуство болести, што имплицира максималну способност појединца за самоостварење и испуњење. То подразумева усаглашавање унутрашњих снага и способности, са искуством задовољства или незадовољства, у њиховим интеракцијама са околином. Социјална медицина наглашава испитивање, не само здравља појединца, већ и здравља група и заједница, која је резултат интеракције између појединаца и њиховог друштвеног окружења.

Холистичко разумевање здравља садржано је у појму целовитости, дефинишући здравље као релативно стање, у коме неко може добро да функционише физички, ментално, социјално и духовно, изражавајући пун спектар јединствених потенцијала, у свом окружењу. Здравље и болест су динамични процеси, који сваку особу стављају на континуирани спектар, у распону од оптималног здравља до болести, која кулминира смрћу. Теорија салутогенезе заузима различиту перспективу, фокусирајући се на факторе који подржавају здравље, а не на конвенционални патогени приступ, који проучава факторе који изазивају болест.

Светска здравствена организација (енгл. *World Health Organization - WHO*) званично је успоставила савремено схватање здравља 1948. године, прихватавши дефиницију, коју је предложио др Андрија Штампара. Ова дефиниција наглашава, да је здравље стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости. Социјално благостање, индивидуална аутономија и достојанство су централни изазови са којима се суочавамо и у садашњем времену и друштву. Глобална стратегија Светске здравствене организације, из 1981. године „Здравље за све, до 2000. године“ (енгл. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*) (WHO, 1981) индиректно је прихватила прагматичан концепт здравља, наглашавајући способност, да се води друштвено и економски продуктиван живот. Отавска повеља из 1986. године, увела је активно и интерактивно разумевање здравља, наглашавајући његову промоцију, у контексту свакодневног живота. Током година, дефиниција здравља Светске здравствене организације је еволуирала, укључујући ментално здравље, које обухвата осећај испуњености, самосвести, емоционалну равнотежу, морал, позитивне емоције и посвећеност општем добру.

2.2.2 Ментално здравље као индикатор општег здравља популације

Ментално здравље је значајан индикатор општег здравља популације (Makwana, 2022). Феномен менталног здравља укључује одсуство уобичајених знакова психопатологије, као што су симптоми анксиозности и депресије, као и присуство психолошких маркера попут психолошког благостања, радости и позитивног погледа на живот (Ware et al., 1993; WHO, 2003).

Ментално здравље укључује способност појединца да ужива и забавља се током разичитих периода живота, али и да успостави равнотежу, између активности и напора за достизање психолошке отпорности. Ментално здравље појединца се може изражавати кроз емоције, а кључно је његово прилагођавање у распону различитих стресних околности (Friedli, 2009). Светска здравствена организација (2010) дефинише ментално здравље, као позитивно стање, у коме појединац увиђа његове способности, управља стресом, улаже напоре те је компетентан, да допринесе друштвеној заједници.

Висок ниво менталног здравља, много је више од одсуства психичких болести и потешкоћа. Управо због позитивних карактеристика менталног здравља, особе воде испуњен живот и уживају у њему, кроз продуктивне и смислене активности, али и граде здраве односе са другим људима. Појединци са очуваним менталним здрављем, имају под контролом своја осећања и понашање. Способни су да се носе са неизбежним животним изазовима и стресовима. На основу наведеног, истиче се да то не значи да ментално здраве особе никад не проживљавају тешке тренутке, или не осећају емоционалне проблеме. Промене, разочарања и губици, саставни су и нормалан део живота сваке особе, а са собом неизбежно носе осећај туге, тескобе, стрес и напетост.

Понекад је довољна помоћ чланова породице и пријатеља, кроз разговор и добар савет, а понекад особа има осећај да баш ништа не помаже. То је знак да уобичајени начини суочавања с тешкоћама једноставно нису довољни и да је потребно, потражити стручну психолошку помоћ. Важно је што више чувати своје ментално здравље, а када се појаве проблеми покушати их решити на најбољи могући начин. Не постоји чаробно ни универзално решење или рецепт, јер је свака особа другачија и свако има своје начине суочавања и превладавања, који „делују“ за њу, па се не може рећи, како постоји најбољи начин суочавања, са тешким животним ситуацијама, који би свима помогао. Добар је онај начин, који помаже особи да се лакше носи са тешкоћама, да се што пре опорави након тешких раздобља и при томе не ствара себи нове проблеме.

2.2.3 Ментално здравље кроз историју

Значај менталног здравља добро је познат кроз историју и различите културе, одражавајући развојне перспективе друштва, као и његову интеракцију са научним достигнућима, која је обликовала наше разумевање људског ума. Од древних филозофских размишљања, до савремених неуронаучних открића, истраживања менталног здравља указала су на значај разумевања сложености овог феномена својствених људској спознаји, емоцијама и понашању.

У многим културама, историјски посматрано познате су стратегије за очување менталног здравља, као и оријентација заједнице ка превенцији менталних тешкоћа, што се често одражавало кроз друштвене норме и религију. Први писани историјски извори о менталном здрављу потичу из Месопотамије и говоре о улози свештеника у збрињавању душевно оболелих људи (Nemet-Nejat & Karen Rhea, 1989), док су лекари у овој улози описани у Ајурведским списима старе Индије (Rosmarin & Koenig, 1998).

Однос друштва према менталним поремећајима, био је под утицајем степена развоја научних сазнања, али и либералних тековина супротстављених догми, религије, а врло често и сујеверју. Одређење менталног здравља, кроз историјску перспективу, постулиран је у терминима магијског, па све до данашњег, савременог емпиријски утемељеног конструкта.

Ментално здравље одређено је преко Хипократовог холистичког приступа тела и душе, Галенове медицине, која прихвата хуману стоичку етику, па све до концепта психосоматике Франца Александера. Савременије одређење менталног здравља, у свом првом значењу, почео је да се користи у енглеском говорном подручју, још пре 20. века, док се његово формално значење, у контексту дисциплине или области, везује за послератну 1946. годину, када је основана Светска здравствена организација (1946).

Појам ментална хигијена је био у употреби пре званичног стварања дисциплине о менталном здрављу. Кованица ментална хигијена се везује за Покрет менталне хигијене (енгл. *Mental hygiene movement*) (Dain, 1980) и име Клифорда Бирса (енгл. *Clifford Beers*) у Сједињеним Америчким Државама. Наиме Бирс је давне 1908. године објавио књигу, у којој је документовао своја искуства, као менталног болесника и нехуманом поступању

особља, у душевним болницама, кроз његову двогодишњу одисеју, кроз примитивне и бруталне менталне установе тог времена, након чега је убрзо, његово дело постало капитално.

Паралелно са њим, водећи амерички психијатар свог времена, Адолф Мајер (енгл. *Adolf Meyer*), желео је да премести психијатрију „са кауча“ у заједницу. Сплетом околности, Бирс и Мајер сусрели су се на састанку, са два различита циља. Бирс се борио за институционалну реформу, док је Мајер тежио, да прошири приступ психијатрије на заједницу, лечењем и евентуалном превенцијом поремећаја. Њихова кратка сарадња привукла је пажњу јавности, на концепт менталног здравља и покренула националне напоре за оснивање организације. На крају, њихови идеали, а посебно Мајерова визија, инспирисали су друге да оснују одељења за менталну хигијену, у школама и наметну менталну хигијену, као централну тему јавног здравља.

До 1930. године Покрет за менталну хигијену је достигао глобалну публику - више од 3.000 људи присуствовало је његовом првом међународном састанку. Покрет који је имао за циљ унапређење бриге о психијатријским болесницима проширио се и на друге земље ван Америке (Француска, Јужноафричка Република, Италија, Мађарска итд.), које су оформиле своје националне организације, у овој области. Првобитни фокус покрета, био је лечење менталних болести, али се убрзо проширио и на блаже облике менталних болести и превенцију.

Ускоро, након историјског догађаја за ментално здравље, у Америци је формирана Национална комисија за менталну хигијену (енгл. *National Commission for Mental Hygiene*). У складу са тим, америчка Национална комисија за менталну хигијену 1937. године наводи следеће задатке покрета (Grob, 1994):

- промоција ране дијагнозе и третмана;
- развој одговарајућих услова хоспитализације;
- стимулисање истраживања;
- информисање јавности о значају и активностима покрета;
- подучавање особа и група принципима менталне хигијене;

- сарадња са владиним и другим секторима, који имају утицај на ментално здравље становништва.

Да је ментално здравље основа свеукупног здравља, упућује и чињеница, да је готово од самог оснивања, унутар Светске здравствене организације постојала Секција за ментално здравље, а почев од 1950. године стварају се и Националне асоцијације за ментално здравље (енгл. *National Association for Mental Health*).

2.2.4 Одређење појма менталног здравља

Ментално здравље је термин који се у општем одређењу најчешће дефинише као социјално, емоционално и духовно благостање (Blanco & Diaz, 2007; Namka et al., 2020; Hammoudi et al., 2023). Овако широко одређење појма, даје могућност процене менталног здравља са више различитих аспеката.

Сам концепт менталног здравља има више значења. О томе говоре и дефиниције које се могу наћи у различитим речницима. На пример, Оксфордски речник енглеског језика (енгл. *Oxford English Dictionary*, 1989) и Кемпбелов психијатријски речник (енгл. *Campbell Dictionary of Psychiatry*, 2004), дефинишу ментално здравље на два, поприлично различита начина. Први, ментално здравље дефинише као субјективно стање особе, а други приступа менталном здрављу, као скупу мера, са циљем очувања менталног здравља. Прва одредница се односи на стање особе, док се друга тиче дисциплине и области, која има за циљ превенцију менталних болести и промоцију здравља.

Светска здравствена организација (енгл. *World Health Organization*, 2001) сматра ментално здравље значајним индикатором укупног здравља, које се дефинише као стање потпуног физичког, психичког и друштвеног благостања, а не само као одсуство болести.

Ментално здравље односи се на хармоничне интеракције, у односу са другим људима, као и капацитет за реализацију сопствених потенцијала, трансформацијом средине, у којој живе, уз субјективан осећај благостања, независности, компетенције и самоефикасности (Galderisi et al., 2015).

Процес процене менталног здравља укључује испитивање различитих фактора, који могу позитивно или негативно допринети општем менталном здрављу појединца. Ови

различити аспекти служе као индикатори, који заједно одражавају конструкт менталног здравља.

Позитивни аспекти менталног здравља обухватају елементе као што су отпорност, друштвена подршка и адаптивни механизми суочавања, што све указује на виши ниво менталног здравља (Aflakseir, 2010; Macía, 2021; Labrague, 2021). Насупрот томе, негативни аспекти обухватају факторе као што су стресори, трауме и неприлагођене стратегије суочавања, који указују на нижи ниво менталног благостања (Amnie, 2018; Jenzer et al., 2020; Rodrigues, 2023). Ова двострука природа у процени менталног здравља, наглашава његову сложеност, наглашавајући међусобне интеракције, између позитивних и негативних утицаја, који у садејству обликују ментално стање појединца.

2.2.2.1 Позитивно ментално здравље

Појединци са позитивним менталним здрављем обично показују позитиван утицај и позитивне особине личности. Ови појединци имају висок ниво самопоштовања (Mann et al., 2004; Maddux, 2014; Andrade et al., 2022), осећај за мајсторство (Dalgard et al., 2007; Koren et al., 2017; O'Kearney et al., 2020), осећај кохерентности (Moksnes, 2021; Akhtar et al., 2021; Sarah et al., 2023) и самоефикасности (Rippon et al., 2022; Schönfeld et al., 2019; Ruotolo et al., 2023, Di Corrado, 2022). Изражено позитивно ментално здравље може се описати и као способност особе, да се носи са недаћама и избегне слом, или различите здравствене проблеме, када се суочи са негативним искуствима.

Две широке теорије описују кључне компоненте позитивног менталног здравља и концепт благостања (Deci & Ryan, 2008). Хедонистичка традиција обухвата емоционални елемент, односно срећу и задовољство животом, док еудаимонска традиција, укључује људски потенцијал и оптимално функционисање. Како се оба приступа могу комбиновати, позитивно ментално здравље је концептуализовано, као одраз општег емоционалног, психолошког и социјалног благостања (Keyes et al., 2002).

Двофакторски модел менталног здравља, сугерише да су ментално здравље и ментална болест, или позитивно и негативно ментално здравље, два повезана, али различита фактора (Wang et al., 2011). Сходно томе, позитивно ментално здравље се може изменити или фокусирати у интервенцијама, иако психопатолошка дијагноза није била присутна.

Уобичајена је претпоставка да су одређени аспекти позитивног менталног здравља повезани са већим нивоом задовољства животом и општим функционисањем (Seow et al., 2016). Осим тога, нижи нивои позитивног менталног здравља праћени су озбиљнијим симптомима депресије, анксиозности и стреса, у различитим културама (Schönfeld et al., 2016).

Позитивни аспекти менталног здравља у литератури позитивне психологије су ускоповезани са конструктом благостања. Позитивно ментално здравље је 50-их година прошлог века увела Јахода и ментално здравље исказала кроз следеће позитивне аспекте (Jahoda, 1958):

- фокус на себе;
- капацитет за лични раст;
- интеграција личности;
- аутономија;
- перцепција стварности;
- овладавање окружењем.

Ови аспекти су слични онима које је развила Керол Риф мерењем психолошког благостања. Риф је имала критички приступ према претходним интерпретацијама субјективног благостања, изједначавајући га са хедонистичким благостањем и њиховим упитницима и тврдила је да су ове представе превише наглашавале концепт среће (Ryff, 1989)

Позитивно ментално здравље и позитивна психологија су испреплетени и брзо су се развили током последњих неколико деценија, првобитно супротстављени медицинском приступу менталног здравља. Мартин Селигман може се сматрати једним од главних аутора и утемељивачем позитивне психологије (Seligman, 2018). Мартин Селигман је познат по свом концепту благостања, који се састоји од пет елемената, а то су позитивне емоције, ангажман, односи, значења и постигнуће (Seligman, 2018).

Способност позитивне психологије, да операционализује ментално благостање и јавно здравље, посебно промоцијом здравља, може резултирати друштвеним променама (Guðmundsdóttir, 2011). Међутим, позитивна психологија је критикована услед

игнорисања мрачне реалности људског постојања (Wong, 2010), јер искључиво вреднује позитивне емоције као корисне, а негативне, као непожељне, због чега их треба избегавати.

Иако је благостање аспект менталног здравља према дефиницији Светске здравствене организације, ментално здравље је лоше дефинисано, користи се на збуњујући начин и често изражава супротно, од његовог значења, наиме у конотацији менталног здравља или негативности. Нарушено ментално здравље може се посматрати, као контраст благостању и изражава менталну болест, али и субклиничке симптоме, као што су психолошки стрес и менталне потешкоће.

2.2.2.2 Негативно ментално здравље – ментални поремећаји

Негативно ментално здравље се односи на менталне поремећаје. У постојећим дијагностичким класификацијама, ментални поремећаји су дефинисани постојањем специфичних кластера симптома. Симптоми менталног поремећаја и проблеми менталног здравља, такође постоје без испуњења критеријума за клиничке поремећаје. Ова субклиничка стања, као и општи психолошки стрес, често су последица упорних или привремених недаћа. Они могу бити тежак терет и често доводе до консултација са примарном здравственом заштитом, или другим стручњацима.

Психолошки дистрес се описује као стање негативног менталног здравља. Винифилд и сарадници (Winefield et al., 2012) су дефинисали психолошки дистрес, кроз недостатак интереса, потешкоће са спавањем осећај разочараности, очајања, досаде, недостатка интереса, као и кроз самоубилачке мисли. Слично томе, Кардозо и сарадници (Cardozo et al., 2012) описали су психолошки дистрес, као ометајуће стање које води ка фрустрирајућим и штетним околностима. Према Карон и Лију (Caron & Liu, 2010), дистрес се дефинише као негативно стање нервозе, узнемирености, бриге и раздражљивости. У другој студији Карни (Cairney, 2007) је дефинисао психолошки дистрес, кроз дугорочно осећање туге, анксиозности, лошег темперамента, и немогућности одржавања социјалних односа.

Две примарне оријентације воде разумевању и интервенцијама емоционалних и бихевиоралних проблема. Једна перспектива перципира девијантно понашање, као

патолошко, које настоји, да елиминишу или ублажи стрес, типично за психијатријске приступе. Насупрот томе, конструкциони приступ сматра девијантно понашање функционалним, наглашавајући разумевање ових функција и стварање низа позитивних понашања.

Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје (енгл. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* - DSM-5, 2013) илуструје овај систем, кодификујући људску патњу, у категорије сличне болестима, уоквирујући их унутар психијатријске, патолошке парадигме.

Ментално обољење обухвата континуитет, који се протеже од најтежих менталних поремећаја, до низа симптома различитог интензитета и трајања, који резултирају различитим последицама. Данас се многе менталне болести доживљавају, као део нормалног живота. Такви, свакодневни ментални проблеми су корелати стреса (Lahtinen et al., 1999).

Психолошки дистрес је неспецифичан синдром, који обухвата конструкте као што су анксиозност, депресија, когнитивни проблеми, раздражљивост, бес и опсесивна компулзија. Депресија и анксиозност се обично препознају као кључни стресни синдроми са психолошким и соматским компонентама (Massé et al., 1998). Према Мекдовелу и Њувелу, (McDowell & Newell, 1987), мере психолошког стреса су коришћене као стратегија за процену психолошког благостања. Доренвенд и сарадници (Dohrenwend et al., 1980) су сугерисали да скале које мере психолошки стрес указују, на општем нивоу, да нешто није у реду, упоредиво са повишеном телесном температуром, али не и шта није у реду.

DSM-V (2013) дефинише ментални поремећај као клинички значајан образац понашања или психолошки синдром, који се манифестује код појединца, а који је повезан са тренутним стресом или са значајно повећаним ризиком од смрти, бола, инвалидитета или значајног губитка слободе. Према дефиницији Светске здравствене организације, ментални поремећај се такође идентификује, као клинички препознатљив скуп симптома или понашања који су обично повезани са узнемиреностју и поремећајима у функционисању (WHO, 1992).

Предложени су различити модели менталних поремећаја. Ови модели наглашавају различите аспекте клиничких налаза, дају различита тумачења налаза и предлажу различита узрочна објашњења. Тирер и Штајнбергер (Tyner & Steinberg, 1998) су их груписали као: 1) модел болести; 2) психодинамички модел; 3) модел понашања; 4) когнитивни модел и 5) друштвени модел.

Према Мекгвајеру и Троисију (McGuire & Troisi, 1998), концептуални плурализам је један од основних одредница психијатрије, коме недостају прихваћене методе за тестирање хипотеза. Постојање бројних модела за тумачење клиничких и истраживачких налаза, доприносе потешкоћама у сагледавању фактора, који предиспонирају и изазивају менталне поремећаје. Етиологија већине менталних поремећаја укључује сложен образац интеракција, између неколико гена и утицаја околине (Eaton & Harrison, 1998). Етиологија се може анализирати на три различита нивоа - групном, индивидуалном и генетском. Генерисање ризика у средини је дисперзовано на нивоу макро групе (друштвено) и микро група.

2.2.5 Модели менталног здравља

2.2.4.1 Функционални модел менталног здравља

Функционални модел менталног здравља пружа оквир за разумевање менталног здравља, укључивањем перспективе, која узима у обзир предиспонирајуће факторе, односно оне који изазивају, индивидуалне ресурсе, садашњи друштвени контекст и последице које произилазе из њега. Укорењен у психолошким и здравственим наукама, овај модел признаје сложену природу менталног здравља, сматрајући га динамичком интеракцијом између појединачних фактора и ширег друштвеног контекста. На Слици 5 испод текста дата је илустрација Функционалног модела менталног здравља.



Слика 5. Функционални модел менталног здравља

Предиспонирајући фактори чине основне елементе модела, који представљају инхерентне карактеристике, које утичу на подложност појединца изазовима менталног здравља. Они

обухватају генетске предиспозиције, рана животна искуства и особине личности. Генетски фактори доприносе наследности одређених стања менталног здравља, наглашавајући важност разумевања породичне историје у процени менталног здравља (Insel & Cuthbert, 2009). Рана животна искуства, укључујући штетне догађаје у детињству, обликују развој механизма суочавања и отпорности, постављајући темеље за будуће исходе менталног здравља (McEwen, 2012). Поред тога, особине личности, као што су неуротицизам или екстраверзија, утичу на то, како појединци перципирају и реагују на стресоре, доприносећи њиховој рањивости или отпорности (Lahey, 2009).

Преципитирајући фактори представљају покретаче или стресоре, који покрећу или погоршавају изазове менталног здравља. Ово може укључивати животне догађаје, стресоре из околине или специфичне околности, које делују као катализатори на проблеме менталног здравља.

Животни догађаји као што су траума, губитак или значајне транзиције могу подстаћи психолошки дистрес (Monroe & Simons, 1991). Стресори из окружења, укључујући финансијске потешкоће или притиске везане за посао, доприносе настанку симптома менталног здравља (Folkman & Moskowitz, 2004). Препознавање ових фактора преципитације је кључно за прилагођавање интервенција, које се баве специфичним стресорима који утичу на ментално здравље појединца.

Индивидуални ресурси, трећа компонента модела, обухватају механизме суочавања, социјалну подршку и личне атрибуте, које појединци користе, да би управљали изазовима менталног здравља. Механизми суочавања, као што су решавање проблема или стратегије фокусиране на емоције, играју кључну улогу у ублажавању утицаја стресора на ментално здравље (Folkman & Moskowitz, 2004). Друштвена подршка, која потиче од породице, пријатеља или друштвених мрежа, делује као заштитни фактор против штетних ефеката стресора и подстиче емоционалну отпорност (Ozbay et al., 2007). Лични атрибути, укључујући самоефикасност и оптимизам, доприносе способности појединца да се ефикасно сналази у изазовима (Bandura, 1977).

Садашњи друштвени контекст наглашава утицај актуелних фактора окружења на исходе менталног здравља. Ово укључује разматрање социо-економског статуса, културних

фактора, приступа здравственој заштити и целокупног друштвеног окружења. Социо-економски диспаритети доприносе варијацијама у исходима менталног здравља, при чему појединци, који се суочавају са нижим социо-економским статусом доживљавају повећану рањивост на изазове менталног здравља (Adler & Stewart, 2010). Културолошки фактори такође утичу на перцепцију и изражавање проблема менталног здравља, утичући на понашање при тражењу помоћи и на ефикасност интервенција (Kirmayer et al., 2011). Приступ здравственој заштити и ресурсима заједнице такође игра кључну улогу у обликовању исхода менталног здравља, наглашавајући важност адресирања системских препрека за заштиту менталног здравља (Pescosolido et al., 2013).

Последице у оквиру модела представљају исходе интеракција између предиспонирајућих фактора, преципитирајућих фактора, индивидуалних ресурса и садашњег друштвеног контекста. Ови исходи обухватају спектар стања менталног здравља, у распону од отпорности и адаптације, до испољавања поремећаја менталног здравља. Последице се такође протежу на шире друштвене утицаје, укључујући економско оптерећење питања менталног здравља, оптерећење система здравствене заштите и друштвену стигму повезану са проблемима менталног здравља.

2.2.4.2 Модел отпорности

Модел отпорности у контексту менталног здравља је концептуални оквир, који настоји да разуме и унапреди способност појединца, да се прилагоди и опорави, у суочавању са недаћама, стресом и изазовима менталног здравља. Укореењен у психолошким и здравственим наукама, овај модел интегрише различите факторе, који доприносе способности појединца, да се опорави од потешкоћа, одржи психолошко благостање и напредује, услед животних изазова.

У својој сржи, модел отпорности истиче динамичку интеракцију између биолошких, психолошких и срединских чинилаца, у обликовању исхода менталног здравља појединца (Masten, 2018). Биолошке компоненте укључују генетске предиспозиције и неуробиолошке факторе, који утичу на механизме одговора на стрес. Разумевање генетске основе отпорности је кључно за идентификацију инхерентних снага и рањивости које доприносе менталном здрављу појединца (Rutter, 2012).

Психолошки фактори у оквиру модела отпорности обухватају когнитивне процесе, стратегије суочавања и вештине емоционалне регулације. Когнитивни процеси укључују способност процене и реинтерпретације стресора, на начин, који промовише адаптивне одговоре (Southwick et al., 2014). Стратегије суочавања, као што су решавање проблема и тражење социјалне подршке, играју кључну улогу у ефикасном сналажењу у изазовима менталног здравља (Luthar & Cicchetti, 2000). Поред тога, вештине емоционалне регулације доприносе отпорности, тако што омогућавају појединцима да управљају и модулирају емоционалне одговоре на стресоре (Trooy & Mauss, 2011).

Срединска компонента модела отпорности препознаје значај спољних фактора, укључујући друштвену подршку, ресурсе заједнице и културни контекст. Социјална подршка, перципирана и адекватно примљена, делује као заштитни фактор против штетних ефеката стресора (Thoits, 2011). Доступност ресурса заједнице, као што су услуге менталног здравља и приступ образовању и запошљавању, побољшава адаптивне капацитете појединаца (Unger, 2011). Културни контекст, такође, обликује интерпретацију стресора и утиче на доступност одговарајућих механизма суочавања (Kirmaier et al., 2011).

Критични елемент модела отпорности је концепт адаптивних система, који наглашава способност појединца, да се ангажује и управља својом околином, на начин који подстиче позитивне исходе менталног здравља (Unger, 2011). Ово укључује не само реаговање на стресоре, већ и проактивно тражење могућности за раст и учење из изазова. Адаптивни системи, такође, наглашавају важност неговања осећаја деловања и самоефикасности, омогућавајући појединцима, да себе виде, као активне учеснике, у обликовању менталног здравља (Masten, 2018).

Модел отпорности је у складу са новим пољем позитивне психологије, наглашавајући снаге, врлине и факторе, који доприносе испуњењу живота, а не само фокусирање на патологију (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Позитивне психолошке интервенције, као што су вежбе захвалности и приступи засновани на снагама, допуњују модел отпорности промовишући позитивне емоције и благостање (Fava & Ruini, 2003).

Истраживања које примењује модел отпорности има практичне импликације за интервенције менталног здравља и стратегије превенције. Интервенције усмерене на когнитивно-бихејвиоралне вештине, управљање стресом и побољшање социјалне подршке усклађене су са психолошким компонентама модела (Hoge et al., 2017). Програми засновани на заједници, који јачају друштвене везе и обезбеђују приступачне ресурсе менталног здравља доприносе срединским аспектима отпорности (Patel et al., 2010).

2.2.4.3 Модел базиран на снагама

Модел базиран на снагама наглашава идентификовање и коришћење појединачних снага и позитивних атрибута. Уместо да се фокусира на слабости или недостатке, овај модел подстиче појединце, да препознају и искористе своје урођене снаге, како би превазишли изазове, побољшали перформансе и опште благостање.

Овај приступ покушава да разуме појединца из њихових јединствених снага на путу ка оснаживању (Aarti et al., 2006). Укључује систематску процену вештина, способности, знања, ресурса и жеља, које се могу користити на неки начин да помогну у испуњавању циљева менталног здравља (Saleebey et al., 2006). Она наглашава чињеницу да људска бића имају урођену способност раста и промене (Weick et al., 1989).

Приступ фокусиран на снаге повезан је са смањењем трајања боравка у окружењу менталног здравља, задовољством пружања неге, побољшањем става повезаног са опоравком, побољшањем образовног исхода у вези са радним местом (Tse et al., 2016). Друга студија, која је имала за циљ да стекне увид у употребу личне снаге, у односу на опоравак, код одраслих са проблемима менталног здравља, истакла је важност фокусирања на снаге за подстицање самоефикасности и снажљивости (Hie et al., 2015). Овај приступ истиче да људи који се суочавају са недаћама и кризом постају отпорни и снажљиви. Они уче нове стратегије у превазилажењу и суочавању са стресорима и гледају на невоље, као на прилику, да искористе своје ресурсе и одговоре на адекватне начине (Pulla et al., 2012). Претпоставља се да сваки појединац и свако окружење у коме он живи имају своје предности (Saleebey et al., 2006).

2.2.6 Ментално здравље на радном месту

Специфични изазови савременог друштва, који се све чешће односе и на питања менталног здравља отворили су кључна питања за организације и друштво у целини (Wainberg et al., 2017).

Индустрија 4.0, са фокусом на ефикасност и перформансе, није у довољној мери обраћала пажњу на осећања и менталне капацитете запослених фаворизујући дигитализацију и увођење нових технологија (Grybauska et al., 2022). Упркос чињеници да су нове технологије обликовале радно окружење, у смислу смањења интензитета радног окружења, посебно у контексту мануелног рада, нови обрасци рада, са вишим радним захтевима, донели су изазове и ограничења, која би могла да угрозе ментално здравље људи, јер је утврђено присуство нелагодности и екстремних емоција на послу, које утичу на њихов радни учинак и ниво апсентизма.

Схватајући важност изазова које Индустрија 4.0 представља, *European Commission* (2021) је нагласила да је ментално здравље запослених кључна карика за спровођење стратегије Индустрије 5.0 у постизању одрживог, инклузивнијег и отпорнијег система рада, који иде у смеру достизања идеје Друштва 5.0 (енгл. *Society 5.0*) (Ivanov, 2022).

Запослени проводе значајан део свог живота на послу, чинећи радно место утицајним фактором у обликовању исхода њиховог менталног здравља. Забринутост за ментално здравље на радном месту може имати далекосежне последице, утичући не само на појединачне запослене, већ и на динамику тима, организациону културу, па чак и на репутацију и финансијски положај саме организације.

У контексту радних улога, ментални проблеми утичу на индивидуално и радно функционисање, што води ка економским трошковима, услед ниже продуктивности запослених и веће стопе апсентизма (de Oliveira et al., 2023). Шулц и сарадници (Schultz et al., 2009) су утврдили директне ефекте здравља и менталног благостања на пословну продуктивност, а њихови резултати су указали, да су трошкови апсентизма повезани са нарушеним, различитим апсектима здравствених стања радника.

Група научника је открила да комбинација социо-економских, физичких и менталних фактора здравља предвиђа апсентизам међу различитим демографским категоријама запослених (Wee et al., 2019). Исто тако су Бејли и сарадници (Bailey et al., 2015) поставили хипотезу, да потешкоће са менталним здрављем нарушавају функционисање радника и радни учинак, што се углавном огледа кроз апсентизам. С друге стране, програми промоције здравља, не треба спроводити само као стратегију за максимизирање профитне марже организације, већ би требало да се спроводе у контексту социјалне правде, која доприноси побољшању благостања и квалитета живота људи, у контексту радног места, али и ван њега.

Област истраживања менталног здравља је сведочила о све већој препознатљивости и његовом значају у организационом контексту. Организационе поставке представљају сложена окружења, у којима ментално благостање запослених, значајно утиче на њихов учинак, продуктивност и општи успех организације (Zhenjing et al., 2022).

Херон (Heron, 2013) је у својој студији нагласио, да је улагање у добро здравље запослених, од кључног значаја за постизање економског раста предузећа и друштва уопште. Он је истакао да менаџери људских ресурса, морају узети у обзир здравље запослених и њихово благостање приликом дефинисања и имплементације стратегије пословног успеха своје организације, како би осигурали конкурентску предност.

Истраживања показују да људски ресурси имају значајан утицај на конкурентску предност, организациони учинак и пословни успех (Schneider et al., 2003). Стога, менаџмент би требало да подржава и континуирано унапређује ментално здравље запослених. Руководиоци су пред изазовом да уравнотеже потребу за максимизирањем продуктивности са потребом запослених, посебно онима који се суочавају са здравственим проблемима (Scuffham et al., 2013).

Парент - Тирион и колеге (Parent - Thirion et al., 2013) додатно истичу да одржавање здравије и продуктивније радне снаге постаје изазовније у светлу структурних промена, старења радне популације и раста броја запослених, што може изазвати додатне проблеме на радном месту.

Ментално здрава радна снага има већу вероватноћу ка испољавању нивоа креативности, прилагодљивости и отпорности у суочавању са изазовима. Сходно томе, организације које дају приоритет менталном благостању својих запослених, имају често више нивое продуктивности, смањену стопу флукуације и више организационе перформансе.

Преваленција проблема менталног здравља на радном месту, ствара све већу забринутост и код руководиоца. Савремено радно окружење, често карактерише висок ниво стреса, велика оптерећења и захтеве, који се брзо мењају. Ови фактори могу допринети развоју симптома менталног здравља, као што су анксиозност, депресија и сагоревање, међу запосленима. Пандемија COVID - 19 додатно је нагласила важност менталног здравља на радном месту, са дозом неизвесности која ју је карактерисала, доводећи до повећаног нивоа различитих облика дисетреса међу запосленима (Сао et al., 2020).

Упркос растућој свести о важности менталног здравља на радном месту, и даље постоје бројни изазови у ефикасном решавању овог сложеног питања. Стигма и дискриминација у контексту менталног здравља, може створити препреке за запослене, којима је потребна помоћ или подршка. Руководиоци морају активно радити на стварању културе отворености и прихватања, где се запослени осећају пријатно да разговарају о својим проблемима менталног здравља без страха од негативних последица (Warrick & Gardner, 2021).

2.2.7 Стратегије и интервенције

Европска декларација о менталном здрављу (енгл. *Mental Health Declaration for Europe*) и Стратегија за ментално здравље Европске комисије (European Commission, 2005) указују на значај две важне теме. Прве, која се односи на друштвени и економски просперитет Европе и његову зависност од унапређења менталног здравља и благостања и другу, која се односи на промоцију менталног здравља.

Промоција менталног здравља је процес који омогућава људима, да активно утичу на своје здравље и повезана је са повећањем квалитета живота и здравља (Kobau et al., 2011).

Стратегије које доприносе унапређењу менталног здравља укључују активности за стварање животних услова и средине, која подржава ментално здравље и допушта људима да усвоје и одржавају здрав животни стил.

Специфични начини за унапређење менталног здравља укључују следеће:

- интервенције фокусиране на рано детињство;
- подршку деци;
- социо-економско оснаживање жена;
- социјалну подршку за популацију старих;
- програме којима су циљна популација рањиве групе, као што су мањине, мигранти и људи који су погођени конфликтима и несрећама;
- активности које промовишу ментално здравље у школама;
- интервенције за ментално здравље на послу;
- програме за превенцију насиља;
- програме за развој заједнице.

2.2.8 Истраживања менталног здравља

Проблеми менталног здравља носе највеће бреме другим болестима и инвалидитету. Према Светској здравственој организацији (WHO, 2001) процењује се да 31% становника има неке облике нарушеног менталног здравља без, обзира на социо-демографска обележја.

Истраживања су показала да различите социо-демографске варијабле имају утицај на ниво менталног здравља. У контексту менталног здравља, стереотипи о родним улогама значајно доприносе проблему менталног здравља мушкараца и жена посматрајући условно кроз перспективу друштвене призме, у смислу пријављивање потешкоћа у функционисању, али и у тражењу помоћи. У складу са полним стереотипима, може се рећи да постоје мишљења да су жене осетљивије и рањивије и да на проблем реагују са више емоција него мушкарци, што води ка бројним емоционалним блокадама и представља основу за развој широког спектра неуротских облика понашања.

Неколико студија је открило да виши нивои образовања имају позитивну везу са вишим нивоима менталног здравља, „проузрокованим” већим профитом (Leiter et al., 2012). Нижи економски статус обично је повезан са проблемима менталног здравља (Lorant et al., 2003). Позитиван ефекат економског статуса на ниво менталног здравља може се објаснити

низом ресурса са којима имућнији појединци одговарају на животне изазове и услове неизвесности, често одговорне за депресију, хроничне симптоме стреса и друге негативне исходе.

Стереотипи о полним улогама, значајно доприносе, да се проблем менталног здравља мушкараца и жена посматрају условно кроз перспективу социјалне призме, у смислу тражења помоћи. У складу са полним стереотипима, може се истаћи да у нашој земљи и данас влада мишљење да су жене осетљивије и рањивије те да на проблем реагују са више емоција у односу на мушкарце. Истраживање Верме и сарадника (Verma et al., 2011), показују да жене генерално нису рањивије на негативне животне околности, али са друге стране истичу да мушкарци најчешће развијају проблеме менталног здравља, као одговор на стрес. Кеслер и сарадници (Kessler et al., 2004) налазе разлог у социјализацији мушкараца да слободније изражавају бес и друге агресивне форме.

Истраживања показују да је друштво конструисало разлике између жена и мушкараца у улогама и одговорностима, али и статусу и моћи, те да у интеракцији са биолошким разликама доприносе разликама и у природи менталних проблема, које имају мушкарци и жене (Courtenay et al., 2002). Међутим, ови резултати варирају у односу на старост испитаника. Током детињства, већина студија (Carter et al., 2004), говори о већој преваленце проблема са менталним здрављем, код момака у односу на девојке, у контексту агресивности и ометајућих понашања (Antaramian et al., 2010). Током адолесценције, дечаци имају више искуства са бесом, ризичним понашањима, као и склоностима за извршење самоубиства, од девојчица. Генерално, девојке су склоније да симптоме пројектују унутар себе тзв. Потискивање, док су момци склонији *acting-out-u*.

Процењује се да ментални поремећаји и поремећаји понашања чине 12% укупног терета болести, док су буџети за ментално здравље, у већини земаља мањи од 1% од укупних здравствених трошкова. Постоји јасна несразмерност између терета болести и средстава, која се улажу у лечење. Преко 40% земаља нема политику менталног здравља а преко 30 % нема програм истог. Више од 90% земаља политиком менталног здравља, не обухвата децу и адолесцените. Здравствени планови често не покривају менталне поремећаје и поремећаје понашања на исти начин, као што покривају друге болести, услед чега настају велики економски проблеми за пацијенте и њихове породице.

2.3 Карактеристике посла

2.3.1 Дизајн посла

У проучавању различитих типова организација, данас се све чешће у организационим теоријама укључује концепт организационог дизајна. Организациони дизајн представља комплексан, стратешки процес који се бави структуром, процесима и факторима неопходним за постизање успешности и ефикасности у организацијама (Lemus-Aguilar et al., 2019).

Организациони дизајн укључује аспекте као што су организациона структура, процеси управљања, информациони системи, системи награђивања и доношења одлука, организациона култура са својом мисијом, визијом, вредностима, нормама, стратегија која одређује циљеве и сврху постојања организације (Јанићијевић, 2013), као и људски ресурси (Montes & Vázquez-Ordás, 2006), неопходни за извршење задатака који воде ка напредку организације.

При разматрању ових аспеката, организациони дизајн усмерен је на креирање окружења, које подстиче успех и усаглашеност са стратешким циљевима организације. Дакле, организациони дизајн усмерен је на стварање одговарајућих организационих структура, чији је задатак, првенствено да одговори на фундаментално питање, како организација треба да буде конфигурисана, да би напредовала у све чешће динамичним тржишним условима (Buble, 2006). Циљ организационог дизајна је да се идентификује оптимална организациона структура, која ће максимизирати организациони учинак (Cichocki & Irwin, 2014), обзиром на променљиве услове, са којима се савремене организације сусрећу, а проистичу, како из унутрашњих, тако и из спољашњих утицаја (Dimitrijeva et al., 2019).

Организације треба да управљају унутрашњим променама и спољним изазовима, наглашавајући примарни циљ организационе теорије – да оспособе руководиоце да разумеју, мере и успоставе стратегије за решавање насталих организационих потреба и проблема (Daft, 2015). Организационе теорије се, дакле, у основи баве идентификовањем и успостављањем модела организационог дизајна, који се у пракси покаже најефикаснијим у различитим ситуацијама (Tushman & Nadler, 1978).

Велики број дефиниција указује на сложену природу организационог дизајна и различитих перспектива, кроз које научници анализирају појединачне групе и структуре организације. Док је организациони дизајн често синоним за организациону структуру, анализа актуелних одређења овог конструкта указује, да организациони дизајн представља сложен процес, који приступа организацији као целини.

Организациона структура, према томе, представља само један аспект међу многим елементима, који су резултат процеса пројектовања структуре организације (Nadler & Tushman, 1997). Даље, организациони дизајн је сложена организациона активност, процес који укључује намерно планирање и доношење одлука за успостављање структуре организације (Janićijević, 2013).

2.3.2 Елементи организационог дизајна

Организациони дизајн чини критичан аспект организационе теорије, који обухвата уређење структура, процеса и система, ради побољшања ефикасности и постизања стратешких циљева (Daft, 2015).

Један фундаментални елемент организационог дизајна је претходно поменута организациона структура, која представља формални распоред улога, задатака и односа извештавања унутар организације (Robbins & Coulter, 2017). Избор структуре утиче на комуникацију, доношење одлука и укупну организациону ефективност. Недавно истраживања Бартонa и сарадника (Burton et al., 2017) наглашава утицај структурних поставки на перформансе организације, наглашавајући потребу за усклађивањем структуре и стратегије.

Други кључни елемент је технологија, која одражава алате, системе и процесе који олакшавају организационе активности (Daft, 2018). Како технолошки напредак наставља да обликује пословну структуру, организације их морају адекватно интегрисати и користити технологију, како би остале конкурентне. Рад Бринјолфсона и Мекафија (Brynjolfsson & McAfee, 2014) наглашава трансформативне ефекте дигиталних технологија на организациони дизајн и ефикасност.

Концепт агилности добија на значају као суштински елемент у савременом организационом дизајну (Теесе, 2018). Агилне организације показују флексибилност, респонзивност на промене и прилагодљивост у динамичним окружењима (Rigby et al., 2016). Истраживање Орајлија и Тушмана (O'Reilly & Tushman, 2016) истражује изазове повезане са неговањем организационе агилности.

Управљачке структуре такође играју кључну улогу у организационом дизајну (Hitt et al., 2017). Ефикасно управљање обезбеђује усклађеност између организационих циљева и њихове реализације, утичући на ангажовање и учинак запослених (Eisenbeiss et al., 2008). Рад Карпентера и сарадника (Carpenter et al., 2001) бави се утицајем лидерства на организациони дизајн и иновације.

Умрежавање и сарадња представљају савремену димензију организационог дизајна, наглашавајући међуорганизацијске односе и партнерства (Gulati et al., 2012). Литература наглашава стратешку вредност мрежа у подстицању иновација и конкурентске предности (Koch & Windsperger, 2017). Савремени приступи узимају у обзир одрживост животне средине као значајног елемента који утиче на организациони дизајн (Arena et al., 2015).

2.3.3 Модели организационе структуре

2.3.3.1 Функционална организациона структура

Функционална организациона структура представља уједно и најстарији традиционални приступ у организовању посла. Функционалне организације се фокусирају на специјализацију рада и на поделу људи на основу њихове пословне функционалности (Pitts & Clawson, 2010), па отуда и његово име. Цела организација се обично дели на следеће секторе: истраживање и развој, производња, маркетинг, људски ресурси и финансије. Рад у тим одељењима је специјализован и подразумева особе са одређеним вештинама и искуством потребним за обављање одређених задатака у њиховом сектору (Maciejczyk, 2016).



Слика 6. Функционална организациона структура

Слика 6. представља типичну функционалну организациону структуру, у којој је јасно наглашена хијерархија одлучивања и одговорности. Запослени у својим секторима одговарају руководиоцима сектора, који подносе извештаје директору компаније, односно, сваки запослени одговара само једном менаџеру, док само једна особа која је на врху, одговара за цело предузеће. Данас велики број приватних и државних организација има ову хијерархијску структуру. Такође, важна карактеристика таквих система је ланац командовања. У глобалу, постоји јасно поштовање ланца, где се комуникација врши по устаљеним правилима и без прескакања. То значи да запослени у сектору не може да комуницира са шефом сектора или директором, а да претходно није обавестио свог непосредног руководиоца.

У сваком сектору или одељењу у функционалној организацији руководиоци су одвојени и сваки сектор подлеже различитом степену контроле. Особе које раде у истом сектору или одељењу деле сличне карактеристике. Теоријски, лакше је водити групу људи који имају слично знање и искуство. Због тога људе са приближним квалификацијама треба груписати. На тај начин, постиже се већа ефикасност и учинак него када су сличне карактеристике "расуте" по целој организацији. Менаџери сектора обично имају највише

знања и искуства у извршавању задатака свог сектора, где имају прилику да најбоље управљају активностима и развојем својих радника у оквиру сектора. Ово пружа адекватно контролисање рада и стиче се могућност напредовања свакој особи у сектору. Важно је нагласити да функционална организација има и своје недостатке. Може се рећи да је један од највећих недостатака тај што менаџер пројекта има врло мало формалне моћи. То не значи нужно да су пројектни менаџери осуђени на неуспех у функционалним структурама. Функционалне организације врло успешно реализују велики број пројеката, уз помоћ велике посвећености и добре комуникације и међуљудских вештина менаџера пројекта (PMI, 2017).

У организацијама које су функционалне, пројекти се могу изводити у деловима. Када сектор истраживања и развоја уради свој део посла, након тога, на пример, сектор маркетинга преузима пројекат. Након завршетка свог дела, пројекат се наставља, на пример, у производњи итд. Одређени пројекти захтевају од чланова из различитих сектора да истовремено раде на различитим аспектима пројекта. У овом случају, чланови пројектног тима ће остати лојални свом функционалном менаџеру, а не менаџеру пројекта. То се дешава зато што функционални менаџер саставља извештаје о учинку, а њихове шансе за напредовање и каријеру су и даље везане за сектор, а не за пројекат. Истицање лидерских вештина и мотивисање чланова пројектног тима могу значајно помоћи у превазилажењу проблема и стварању заједничког интереса и циља. Пожељно је да руководилац пројекта, заједно са функционалним, учествује у писању извештаја о успешности запослених.

Када се у функционалној организацији реализује више пројеката, карактеристична је борба за ресурсе и приоритете између различитих сектора. То је због недовољног износа финансијских и људских ресурса за реализацију свих пројеката. Постоје сектори који ће увек наглашавати важност својих пројеката и покушати да их спроведу пре других. Ово даље доводи до фрустрација и организационих надметања, а потребно је много вештине и дипломатских активности да би се сви пројекти одржали на правом путу. Без обзира на то што менаџери пројеката имају мању моћ у функционалним организацијама, коришћењем одговарајућих вештина и способности могу значајно утицати на успех пројекта.

2.3.3.2 Пројектна организациона структура

Пројектна организациона структура је скоро потпуна супротност функционалној структури. Фокус ове врсте организације је сам пројекат. Основни мотив за успостављање пројектне организације је развој лојалности и оријентације према пројекту, а не према функционалном менаџеру. Слика 7 приказује типичну пројектну организациону структуру.



Слика 7. Пројектна организациона структура

У чисто пројектно оријентисаном предузећу, сви ресурси су у потпуности подређени пројектима и њиховој примени. Менаџери пројеката у таквој структури готово увек имају апсолутну моћ да управљају пословањем и подносе извештаје директно највишим органима управе, односно директору. У чистој пројектно оријентисаној организацији, одељења као што су финансије и људски ресурси извештавају директно менаџеру пројекта. Менаџери пројекта су одговорни за доношење свих одлука у вези са добијањем и трошењем средстава за реализацију пројекта. Они такође имају овлашћење, да ангажују људске ресурсе из других делова организације или ван организације ако је потребно. Ако

нема довољно средстава за ангажовање додатних људских или материјалних ресурса, менаџер пројекта треба да пронађе начин да превазиђе ово ограничење (Griffard, 2002).

У предузећу са пројектно оријентисаном структуром, формирају се тимови за сваки пројекат, који се обично налазе на истој физичкој локацији. Чланови ових пројектних тимова извештавају директно менаџера пројекта, а не менаџера из функционалног сектора. Један од кључних изазова у вези са организацијом пројекта је што чланови тима могу остати без послова по завршетку пројекта. Неки од њих који нису потребни у функционалним секторима након завршетка пројекта могу бити привремено склоњени на листу чекања, чекајући на следећи пројекат или могу одлучити да напусте организацију. Оваква организациона структура може довести до неефикасности у управљању ресурсима, посебно када се у неким фазама пројекта захтевају специфичне вештине и знања која су неупотребљива у осталим фазама пројекта. Основне карактеристике пројектне организационе структуре су (Ives, 2005):

- менаџери пројекта имају апсолутну власт над пројектом;
- примарни фокус организације су пројекти;
- сваки од организационих ресурса је у служби пројектних активности;
- чланови пројектног тима деле исту локацију;
- чланови тима су лојални менаџеру пројекта, а не функционалном менаџеру;
- сваки од пројектних тимова се распушта након завршетка пројекта.

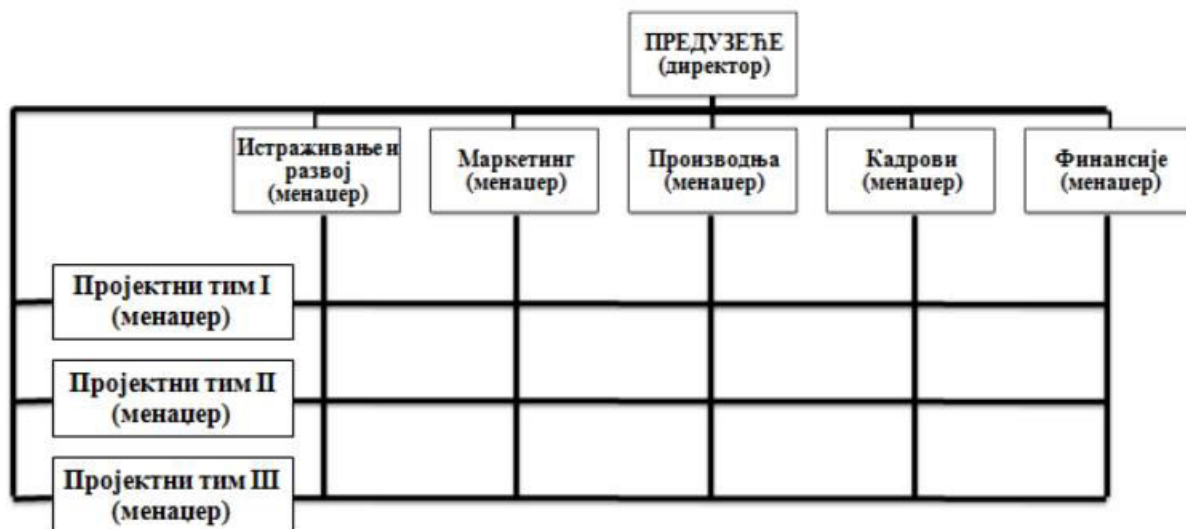
2.3.3.3 Матрична организациона структура

Матрична организациона структура (Слика 8) претендује да умањи недостатке и разлике, а уједно и да искористи предности пројектних организационих и функционалних структура. У основи матричне структуре лежи комбинација претходне две, обједињујући њихове најбоље карактеристике. Матрична организациона структура подразумева задржавање постојеће организационе структуре уз остваривање постављених пројектних циљева техникама управљања пројектима.

Запослени који обављају посао унутар матричне организационе структуре, делегирани су од стране најмање једног пројектног руководиоца и једног функционалног руководиоца. У смислу надзора и контроле, запослени може да извештава неколико пројектних

руководилаца, јер је могуће да буде у ангажману на више пројеката у исто време. Функционални менаџери имају више улога и задатака: нпр. у администрацији, да врше селекцију запослених, те да прате њихове перформансе. С друге стране, пројектни руководиоци су директно одговорни за реализацију пројекта, али и врше делегирање задатака у односу на предвиђене пројектне активности. Функционални и пројектни руководиоци тимски састављају извештај о перформансама сваког запосленог (Giri, 2019).

Руководиоци пројеката у матрично организованим компанијама су фокусирани на управљање пројектом и свима његовим аспектима, што је слично структури у пројектно оријентисаним организацијама. Ипак, све активности морају бити прегледне и функционалном руководиоцу, који одабира одговарајуће раднике за учешће на пројекту. У случају када је потребан специјализовани кадар, пројектни руководилац прво ће се консултовати са функционалним руководиоцем да види да ли је такав радник расположив. Ако није, онда ће се применити промене у временским роковима и активностима како би се адаптирала на дату ситуацију.



Слика 8. Матрична организациона структура

2.3.3.4 Дивизиона организациона структура

Дивизиона организациона структура представља повољан модел за велике организације са више стотина хиљада запослених. У овом моделу долази до јасног издвајања врха организације и релативно самосталних делова дивизије, чиме се наглашава значај заједничког интереса у поређењу са чврстим јединством (централизацијом) организације. Овај модел спроводи децентрализацију планирања, надзора и доношења одлука (Foray et al., 2021).

Формирање дивизионе структуре често произилази из процеса раста организације, који укључује напуштање претходне организационе структуре, обично функционалне, и преусмеравање ка новим тржиштима. Ова промена се обично дешава због потребе да се организација усмери ка одређеној категорији клијената. Кључни аспекти дивизионог модела укључују јасно дефинисану поделу одговорности, што омогућава већу аутономију различитим деловима организације. Таква структура олакшава прилагођавање различитим тржишним условима и потребама специфичних сегмената клијената.

Децентрализација у дивизионој структури такође стимулише локално прилагођавање и иновације унутар појединачних дивизија, што повећава флексибилност организације. Ипак, изазови могу настати из потенцијалне несинхронизованости и могућег недостатка комуникације између различитих дивизија. Управљање овим изазовима је битно, али упркос њима, дивизиона структура се често примењује у великим корпорацијама, где постоји потреба за прилагођавањем различитим тржиштима и великим обимима пословања.

2.3.3.5 Модел паукове мреже

Модел паукове мреже представља концепт који се одликује несталношћу, будући да се мрежа формира и распада у складу са завршеним организационим задатком. Овај модел често функционише као *ad hoc* организација, што значи да се привремено ствара, како би се ефикасно решио одређени проблем или изазов. Организација паукове мреже често се примењује у оквиру организације, где је хијерархија постављена директно према потребама корисника. У овом моделу, нагласак је на хоризонталној хијерархији, која се креће од самог корисника, у неуобичајеној вертикалној структури.

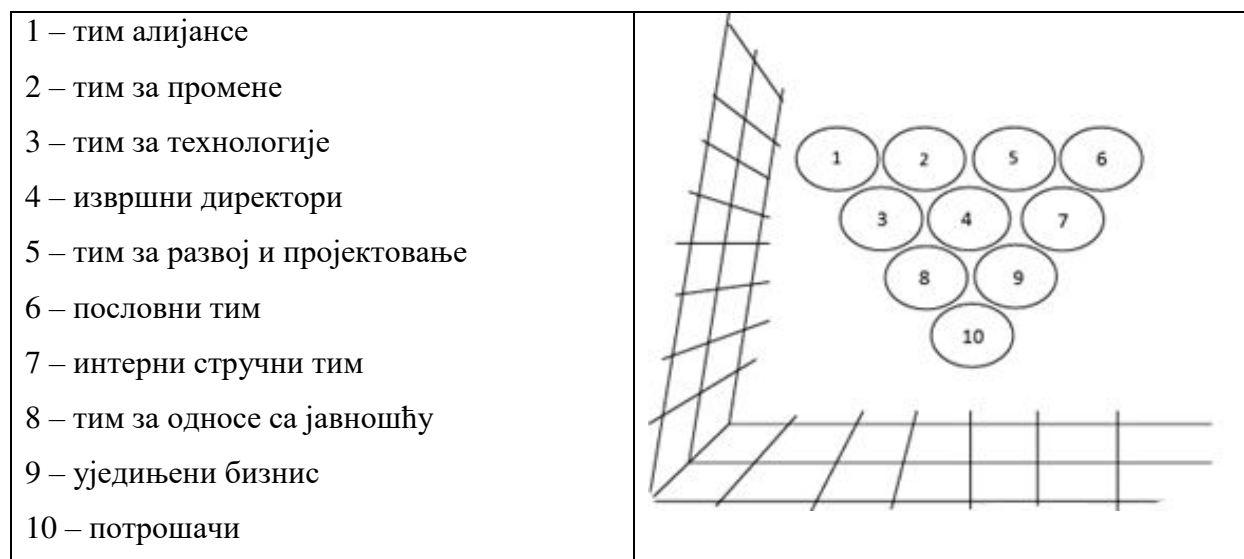
У контексту виртуелне организације, модел паукове мреже се често користи у ситуацијама када фирме желе ангажовати најбоље стручњаке за одређене професионалне послове. Ова врста организације се брзо формира, прилагодљива је потребама тренутног задатка, а након завршетка ангажмана, лако се распада. У суштини, модел паукове мреже, у виртуелној организацији омогућава брзу мобилизацију ресурса, како би се ефикасно одговорило на специфичне захтеве пројекта или задатка.

2.3.3.6 Модел грозда

Модел грозда или кластера представља још један тип виртуелне организације који се карактерише груписањем ресурса према одређеним принципима, како би се формирао кластер, стварајући тако тродимензионални облик сфере. Овај модел организације функционише на начин да се ресурси окупљају и групишу на специфичан начин, формирајући децентрализовану структуру организације.

У оквиру модела грозда, свакако „зрно“ грозда (односно сваки појединачни ресурс) усмерено је према спољњем окружењу. Целокупна организација, односно грозд, брзо се креће међу конкурентима, користећи већ успостављеној хијерархији поделе моћи и са јасно дефинисаним границама према спољном окружењу. Кластер организација, као облик виртуелне организације, често је усмерен ка глобализацији, тежи интернационализацији и ефикасном деловању на глобалном тржишту.

Упркос децентрализацији, кластер организација поседује структуру, која омогућава брзу реакцију на промене у околини. Ова врста виртуелне организације има способност прилагођавања динамичким изазовима тржишта, задржавајући истовремено усмереност ка конкуренцији и глобалном пословању. Основна карактеристика кластер организације јесте способност брже мобилизације и координације ресурса, чиме се постиже ефикасност у остваривању циљева.



Слика 9. Илустрација модела организационе структуре - грозд

2.3.3.7 Савремени модел организационе структуре

Виртуелна организација представља иновативни облик организације који није везан за централну географску локацију, већ своје постојање темељи на напретку информационо-комуникационих технологија (Walker, 2006). Овај концепт организације може да се посматра као привремена мрежа независних предузећа, која је повезана информационо-комуникационим везама. Ова мрежа дели знања, вештине, искуства и трошкове како би заједно учествовала на глобалном тржишту и остварила циљеве свих учесника.

Потреба за формирањем виртуелних организација произилази из жеље да се организације приближе клијентима, уз истовремено испуњавање захтева за иновативним приступом менаџмента. Кључни фокус ове организације усмерен је ка знању и способности стварања нових вредности, чиме се постиже агилност и ефикасност у одговарању на потребе клијената и других заинтересованих страна (House et al., 2002).

Ова врста организације омогућава флексибилност и брзу реакцију на динамична тржишта, где се акценат ставља на агилност и иновативност. Кроз дељење ресурса и сарадњу међу независним предузећима, виртуелна организација постиже синергијске ефекте, омогућавајући свим учесницима да остваре своје циљеве. Осим тога, захваљујући информационо-комуникационим технологијама, комуникација и координација између

чланова ове организационе структуре једноставнија су и ефикаснија, без обзира на њихову географску удаљеност.

2.3.4 Модел карактеристика посла

Било је много покушаја истраживача у литератури о организационом понашању да се утврди, да ли су дизајн посла, односно карактеристике посла, повезани са понашањем запослених. Хекман и Ловлер (Hackman & Lawler, 1971) су сугерисали да одређене карактеристике посла, као што су разноврсност посла, идентитет задатка, аутономија и повратне информације мотивишу запослене у њиховом радном учинку. Развој теорије карактеристика посла (Hackman & Oldham, 1980) базирана је на поменутих налазима.

Теорија карактеристика посла претпоставља да специфичне карактеристике посла, морају бити присутне у радним окружењима, како би створиле „резултате“ посла високог задовољства, високих перформанси и ниских трошкова. У свом моделу карактеристика посла Хекман и Олдхам (Hackman & Oldham, 1980) су мерили како карактеристике посла, као што су разноврсност вештина, идентитет задатка, значај задатка, аутономија и повратне информације.

Разноврсност вештина је степен, у ком посао захтева различите врсте активности у обављању посла, који подразумева употребу броја различитих вештина и талената личности за успешан исход. Идентитет задатка је степен, у ком посао захтева завршетак са видљивим исходом (Hackman & Oldham, 1980). Значај задатка је степен у ком посао, има значајну улогу на животе других људи, било да су ти људи у непосредној организацији. Аутономија је степен до којег посао пружа суштински слободу, независност и дискрецију појединца у заказивању рада и у одређивању поступака, који ће се користити у његовом спровођењу. Виши ниво аутономије, доводи до већег осећаја личне одговорности на раду. Напори да се повећа аутономија, могу довести до обогаћивања посла. Давање више слободе и овлашћења да би запослени могао да обавља посао и повећа одговорност запосленог за рад смањењем екстерне контроле су нека од средстава везаних за активности, које повећавају аутономију. Повратна информација је степен у ком се за обављање радних активности које захтева посао пружају појединцу директне и јасне информације о ефикасности његовог или њеног учинка. Повратне информације су

мотивишуће, јер помажу запосленима да разумеју ефективност њиховог учинка и доприноси њиховом укупном знању о раду.

Смислен рад је резултат комбинације прве три димензије разноликости вештина, идентитета задатка и значаја задатка. Према моделу Хекмана и Олдхама (Hackman & Oldham, 1980), када запослени знају (имају знање о резултатима), да су они на нивоу појединца добро извршили задатак који им је важан (доживљено значење), добијају интринзичне награде са мотивационе тачке гледишта.

С друге стране, теорија карактеристика посла Симса и сарадника (Sims et al., 1976) описује однос између одређених карактеристика посла и индивидуалних одговора на рад запослених и представља приступ дизајну посла. Симс и колеге (1976) су предложили модел карактеристика посла операционализован на основу 6 димензија - пријатељством, разноврсношћу вештина, аутономијом, повратним информацијама, идентитетом задатка и сарадњом. Димензија пријатељства указује на могућност изградње неформалних односа са колегама, а доживљава се као неговање окружења подршке, које повећава организационе исходе као што су организациона посвећеност и задовољство послом (Hackman & Lawler, 1971; Morgenson & Humphrey, 2008).

Разноврсност вештина је повезана са спектром активности и талената, које посао захтева и у позитивној је корелацији са смислом рада, задовољством послом, мотивацијом, укљученошћу у посао и са високим очекивањима од награда (Morgenson & Humphrey, 2008). Аутономија је ниво слободе коју радници могу добити у погледу метода и распореда у погледу обављања посла. Ментални проблеми и конфликти на послу значајно се смањују давањем веће аутономије запосленима, а ментално благостање позитивно утиче на перцепцију радне мотивације и задовољства послом (Park & Searcy, 2012). Следећа карактеристика посла је повратна информација која мери ниво информација које радник добија о свом учинку на одређеном послу (Humphrey et al., 2007). У смислу овог модела, пријатељство је повезано са нивоом нечије способности да гради неформалне односе на послу. Идентитет задатка указује на ниво јединствености и јасноћу задатка под претпоставком да се целокупни рад састоји од смислених делова (Grant et al., 2009). Последња карактеристика посла у моделу је сарадња са другима која мери степен у коме одређени посао захтева од запослених да се баве другим људима како би обавили посао од

почетка до краја. Карактеристике посла представљају значајан фактор који утиче на радну мотивацију запослених, постизањем специфичних психолошких стања (Fernet et al., 2015). Јахија (Yahia et al., 2016) наводи да поред оптималног нивоа примарних компетенција запослених потребних за обављање посла, у погледу знања, вештина, способности и понашања, важну улогу имају и контекстуални фактори, као што су карактеристике посла, подједнако су важне као и примарне компетенције запослених у обезбеђивању високог нивоа учинка. Стога су оба фактора динамичке природе и морају бити интегрисани на компатибилан начин, што је често веома изазовно у пракси управљања људским ресурсима.

2.3.5 Преглед истраживања карактеристика посла

Теорија карактеристика посла, истиче да основне карактеристике посла помажу члановима организације да доживе адаптивна психолошка стања (нпр. значај и одговорност према резултатима посла и свест о њима), што заузврат повећава мотивацију за рад и промовише позитивне ставове и понашања (Hackman & Oldham, 1980). Конкретно, свака основна димензија посла има различит, иако директан утицај на критична психолошка стања.

Особа чији посао подразумева висок ниво разноврсности вештина, значаја задатка и идентитета задатка искусиће смисао током обављања посла (Hackman & Oldham, 1980). Висок ниво аутономије доводи до тога да чланови организације верују да су одговорни за резултате посла, а високи нивои тенденција ка повратним информацијама помажу члановима организације да стекну информације о свом учинку.

Карактеристике посла су афективни фактори, који утичу на унутрашњу радну мотивацију запослених постизањем критичних психолошких стања (Chaudhry et al., 2015). Претходне емпиријске студије су откриле да модел карактеристика посла има значајан утицај на задовољство послом (Ozturk et al., 2014; Raihan, 2020). Војданов (Voydanoff, 2006) је истраживао везу између карактеристика посла и укупног задовољства послом међу мушкарцима и женама. Резултати указују посао мора бити дизајниран на одговарајући начин, са јединственим карактеристикама посла, да би запослени, различитих родних карактеристика били задовољни својим послом. Хекман и Олдхам (1976) су сугерисали да карактеристике посла, као што су разноврсност вештина, идентитет задатка, аутономија и повратне информације, доприносе мотивацији запослених и њихов радни учинак (Seqhobane et al., 2021; Shariffuddin et al., 2023).

Дизајн и природа послова унутар организација настављају да се развијају, под утицајем технолошког напретка, промене демографије радне снаге и промене организационих приоритета. Разумевање утицаја савремених карактеристика посла на искуства запослених и организационе исходе су кључни за ефикасно управљање.

Лонгитудинална студија Смита и Џонсона (Smith & Johnson, 2019) испитивала је утицај агилних радних пракси, као што су флексибилно распоређивање и вишефункционални

тимови, на карактеристике посла и резултате запослених. Налази су открили да су организације које примењују агилне праксе доживеле су побољшања у аутономији посла, разноврсности задатака и механизмима повратних информација. Ове промене су биле повезане са вишим нивоом задовољства послом, ангажованостју и учинком међу запосленима, наглашавајући важност прилагођавања карактеристика посла како би се задовољили захтеви динамичног радног окружења.

Чен и Ву (Chen & Wu, 2020) су истраживали однос између рада на даљину и аутономије задатака на учинак запослених. Студија је открила да је рад на даљину, када је праћен високим нивоом аутономије задатака, био позитивно повезан са учинком запослених. Међутим, предности рада на даљину зависиле су од фактора као што су сложеност посла, кохезија тима и технолошка подршка.

Ли и Парк (Lee & Park, 2021) су спровели студију на више нивоа како би истражили утицај карактеристика посла на радно ангажовање међу запосленима. Дизајн посла на нивоу тима био је позитивно повезан са тимским учинком и кохезијом. Ови налази наглашавају важност оснаживања запослених да обликују своје радне улоге и окружење, како би побољшали свој ангажман и учинак.

Ванг и Лиу (Wang & Liu, 2018) су испитивали посредничку улогу унутрашње мотивације у односу између значаја задатка и учинка запослених. Студија је открила да су запослени који су своје задатке доживљавали као значајне интринзишно мотивисани, што је довело до виших нивоа учинка. Интринзична мотивација је делимично посредовала у односу између значаја задатка и учинка, истичући њен значај као мотивационог механизма на радном месту.

Занг и Ли (Zhang & Li, 2019) су истраживали утицај културе повратних информација на креативност запослених у организацијама. Студија је открила да организације са снажном културом повратних информација, коју карактеришу отвореност, транспарентност и праксе повратних информација, негују креативно радно окружење.

Гарсија и Мартинез (Garcia & Martinez, 2021) су испитали модерирајућу улогу подршке супервизора у односу између иницијатива за равнотежу између посла и приватног живота и разноврсности задатака. Студија је открила да су запослени који су исказали висок ниво

подршке супервизора, имали вишу разноврсност задатака и флексибилност у балансирању између посла и личних одговорности. Даље је утврђено да је подршка супервизора ублажила негативне ефекте високих захтева и разноврсности задатака, што је довело до побољшања добробити и учинка запослених. Ови налази су такође нагласили подржавајуће лидерство, у успостављању равнотеже, између посла и приватног живота – обогаћивањем посла.

Ванг и Зу (Wang & Zhou, 2019) су истраживали лонгитудинални однос између несигурности посла, социјалне подршке и задовољства послом међу запосленима. Студија је открила да је социјална подршка колега и супервизора имала заштитни ефекат на смањење перципиране несигурности посла и повећање задовољства послом током времена. Запослени који су приметили виши ниво социјалне подршке, искусили су веће задовољство послом, чак и када је у питању била неизвесност посла.

Хуанг и Чен (Huang & Chen, 2020) су спровели међукултуралну студију како би испитали однос између сложености задатка и учинка у различитим културним контекстима. Студија је открила да је однос између сложености задатка и учинка варирао у различитим културама, при чему су индивидуалистичке културе показале јаче позитивне асоцијације у поређењу са колективистичким културама.

2.4 Емпиријско утемељење модела

Организациони фактори везани за здравље утичу на ситуације запослених, које доводе до апсентизма. Ови фактори укључују перцепцију запослених о здрављу, тренутном и претходном здравственом стању, здравствено понашање, услове рада и задовољство послом (Whitaker, 2001; Mänty et al., 2017).

Поремећаји менталног здравља су најчешћи разлог боловања, а у многим случајевима, дисфункционално радно окружење са неадекватним условима рада доприноси обољењима у вези са радом. Поред повећаног апсентизма, неповољни услови рада, такође, повећавају презентизам (тј. рад са смањеном продуктивношћу због болести), флукуацију запослених и губитак продуктивности, што ствара велики економски терет, како за послодавца, тако и за целокупно друштво.

Стрес и ментално здравље на послу су водећи узроци дуготрајног одсуства са боловања у Великој Британији, при чему хронично лоши услови рада утичу на физиолошко и психичко здравље запослених (Ravalier et al., 2020).

Висока контрола посла појавила се као најизраженији фактор у промоцији здравља и у смањењу презентизма и апсентизма (Dias et al., 2023). Контрола посла као ресурс смањује оптерећење на послу, смањује притиске, што има позитиван ефекат на здравље и благостање и смањује потребу за презентизмом и апсентизмом. Утврђено је да су колегијална и супервизорска подршка повезане са презентизмом на неколико начина. Подржавајуће окружење ублажава напрезање на послу и нарушено здравље и повећава вероватноћу замене у случају болести, што смањује потребу за презентизмом болести (Miraglia & Johns 2016). Имати однос поверења са својим надређеним и колегама који пружају подршку може смањити осећај запослених да је њихово одсуство због болести неоправдано. Ово тумачење значи да је подршка послу ресурс за посао (MacGregor et al., 2008).

Модел који комбинује високе психосоцијалне захтеве и ниску контролу на послу развили су Карасек и Теорел (Karasek & Theorell, 1990), а његов утицај на здравље и дужину боловања је испитан у неколико студија (Mortensen et al., 2017).

Студије, на узорку запослених, различитих занимања су такође откриле да комбинација различитих аспеката физичког и психосоцијалног оптерећења утичу на здравље и дужину боловања, али у многим случајевима ови ефекти интеракције су различити међу женама и мушкарцима (Voss et al., 2001; Inoue et al., 2020).

На здравље и благостање снажно утичу фактори везани за рад (Fujishiro et al., 2021). Деценијама су у фокусу били физичко окружење и заштита на раду. Како су се радни задаци, стандарди рада и урођени смисао рада променили у Европској унији, ментално здравље на радним местима, а самим тим и друштвено и организационо радно окружење, постало је важније за унапређење здравља и превенцију болести (Eurofound 2019).

У Европи су структурне неједнакости и разлике у погледу пола, страног порекла, статуса запослења и занимања и даље важне за квалитет посла и услове рада (Eurofound, 2017). Дакле, појединци, радна места и сектори су различити, па је здравље радно активног становништва на различите начине погођено. Штетни и бројни негативни здравствени ефекти рада, а посебно стрес на послу, главни су узрок боловања, а самим тим и пропуштених прихода, губитка продуктивности и трошкова здравствене заштите (Hassard et al., 2018; Matilla-Santander, 2020).

Различити општи психосоцијални фактори ризика, као што су захтеви, ресурси за посао и организациона правда, повезани су са нивоом боловања (Nilsen et al., 2017; Mutambudzi et al., 2019). Међутим, смањење негативног утицаја ових генеричких фактора није довољно да се спречи нарушено здравље, услед стреса на послу, јер постоји индивидуална варијабилност у истом организационом и друштвеном окружењу (Lazarus & Folkman, 1987). Стога се морају бавити и потребама, вредностима и способностима појединца и захтевима, циљевима и ресурсима који су својствени специфичном контексту занимања, како би се разумели механизми стреса у вези са радом и пронашле корисне мере (Edwards & Cooper, 1990).

Фактори као што су повећана незапосленост, повећање обима посла, смањење броја запослених и смањење плата су повезани са раним почецима поремећаја расположења, анксиозности, депресије, дистимије и самоубиства, и дубоко су утицали на опште здравље радника. Запослени у предузећу суочени са економским кризама или рецесијом, могу да

перципирају ту кризу као претњу повезану са потенцијалним губицима, што доводи до психичког напрезања као што су узнемиреност, анксиозност и депресија (Mucci et al., 2016).

3. ЕМПИРИЈСКО ИСТРАЖИВАЊЕ

3.1 Проблем истраживања

Литература на тему управљања људским ресурсима сматра радни апсентизам стратешки релевантним проблемом, у организацијама различитих карактеристика, које послују у различитим секторима (Bucio, 1992, Nowak et al., 2021).

Апсентизам је један од најзначајнијих изазова у организацијама широм света, па тако и код нас. Апсентизам је сложена појава, која има вишеструке индивидуалне, друштвене и финансијске утицаје и сматра се организационим понашањем, које доводи до широког спектра контрапродуктивних исхода, на нивоу појединца и организације (Čikeš et al., 2018). С друге стране, боловање, као ужа категорија апсентизма, односи се на одсуство са посла, због здравствених тегоба (Rosenberg et al., 2019).

Досадашња истраживања су показала јасну и недвосмислену везу између апсентизма и одређених аспеката здравља (Fried & Ferris, 1987; Parent-Thirion, 2017; Bouville et al., 2018; Taibia et al., 2021). Такође, у организационом контексту, утврђено је да различите карактеристике посла, значајно утичу на ниво апсентизма (Gustafsson & Marklund, 2011; Scuffham et al., 2013; Gosselin et al., 2013; Parent-Thirion et al., 2017; Wang et al., 2020). Претходна истраживања су показала, да велика предузећа имају виши ниво апсентизма, у поређењу са малим предузећима (Barmby, 2000). Овај однос између апсентизма и величине предузећа, може се објаснити чињеницом, да велика предузећа имају ниже јединичне трошкове изостанка. Поред тога, претпоставља се, да већа предузећа представљају погоднији контекст за апсентизам, због високо развијених процедура и правила, где је више радника специјализовано за један посао, док у мањим предузећима то често није случај, стога посао страда, а често и престаје. С друге стране, сматра се да проблеми менталног здравља утичу на мала предузећа, у много већој мери, него на велика предузећа. Због своје величине и мањег броја ресурса, мала и средња предузећа, не могу себи приуштити да запослени не раде пуним капацитетом. Докази из многих земаља показују, да запослени у јавном сектору, имају знатно веће стопе апсентизма, од запослених у приватном сектору (Mastekassa, 2020). С друге стране, налази указују да запослени у приватном сектору имају виши ниво менталног здравља, од својих колега у јавном сектору (Narayanan & Zafer, 2011).

3.2 Циљеви истраживања

Циљ истраживања је идентификовање узрока и последица феномена апсентизма, разумевањем и идентификовањем здравствених одлика испитаника, укључујући физичке, менталне и персоналне факторе запослених, карактеристике посла и ситуационе детерминанте предузећа. Дакле, потребно је утврдити да ли одређене социо-демографске варијабле и организациони контексти предодређују ниво апсентизма код запослених. На крају, циљ је проширити номолошку мрежу апсентизма, чији би сродни конструкти, у овом случају различити аспекти здравља и карактеристике посла, послужили као полазна основа за дизајнирање посла и формирање програма за унапређење пословних перформанси предузећа, у складу са различитим профилима запослених и карактеристика предузећа.

3.3 Хипотезе истраживања

У складу са циљем истраживања и теоријским основама дефинисане су општа и специфичне хипотезе.

Општа хипотеза

Хо: Различити аспекти здравља и карактеристике посла су статистички значајни корелати апсентизма на послу.

Специфичне хипотезе

Х1: Постоје статистички значајне разлике између запослених различитог пола, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

Х2: Постоји статистички значајна корелација између старости и различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

Х3: Постоје статистички значајне разлике између запослених различитог образовног нивоа, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

X4: Постоји статистички значајна корелација између старости и различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

X5: Постоје статистички значајне разлике између различитих процена материјалног статуса запослених, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

X6: Постоји статистички значајна корелација између учесталости промене посла, у претходних 5 година и менталног здравља, карактеристика посла и апсентизма.

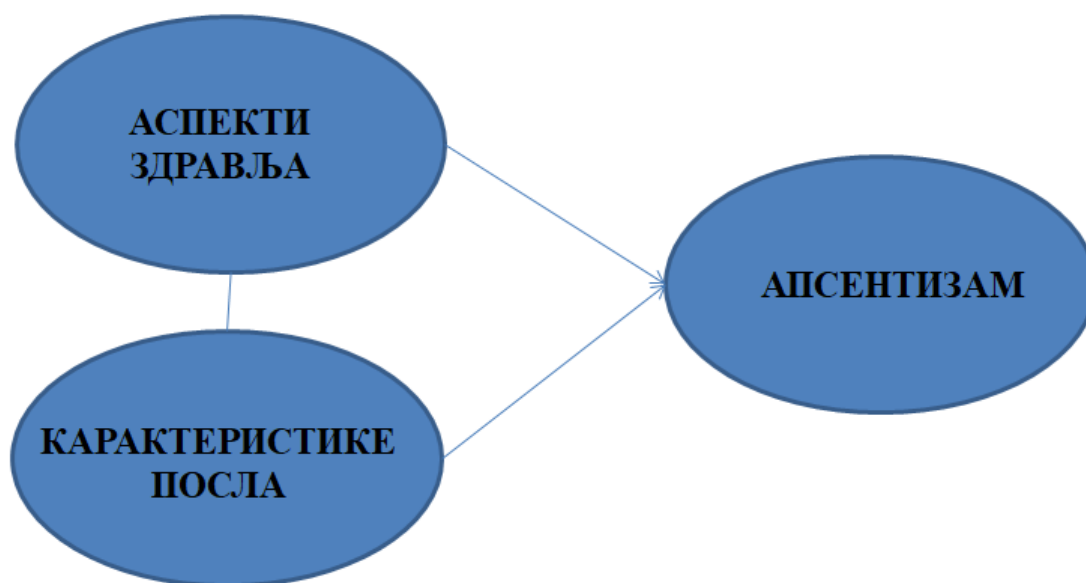
X7: Различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајно предиктују апсентизам на узорку запослених који раде у различитим секторима.

X8: Постоје статистички значајне разлике између запослених који раде у предузећима различите величине, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

X9: Постоје статистички значајне разлике између запослених који раде, у приватном и државном сектору, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

X10: Постоје статистички значајне разлике између запослених са различитим врстама уговора, у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.

На основу дефинисаног истраживачког проблема и постављених хипотеза, предлаже се следећи хипотетички модел, илустрован на Слици 10 испод текста.



Слика 10. Предложени модел апсентизма

3.4 Узорак истраживања

Истраживање је спроведено на популацији запослених испитаника. Истраживањем је обухваћено 730 испитаника различитих социо-демографских обележја и карактеристика предузећа у којима раде.

Структура узорка према полу дефинисана је на мушку и на женску категорију. Фреквентном анализом утврђено је, да је у истраживање укључено 275 (37,7%) испитаника мушког пола и 455 (62,3%) испитаника женског пола. Структура узорка према полним категоријама је приказана је у Табели 1 испод текста.

Табела 1.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама пола

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Мушки	275	37,7	37,7	37,7
Женски	455	62,3	62,3	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 1. Графички приказ структуре узорка према полу



У Табели 2 испод текста дат је приказ дескриптивне статистике две нумеричке варијабле из групе социо-демографских обележја испитаника – старост и радни стаж. Старост испитаника кретала се у опсегу од 18 до 65 година, а просечна старост испитаника износила је око 39 година ($SD = 11,044$). Опсег радног стажа испитаника кретао се од 1 до 43 године. Просечан радни стаж испитаника је 13,85 ($SD = 10,449$). Резултати дескриптивне статистике за варијабле старост и радни стаж приказане су у Табели 2 испод текста.

Табела 2.

Дескриптивна статистика варијабли старост и радни стаж испитаника

	Минимум	Максимум	Аритметичка средина	Стандардна девијација
Старост	18,00	65,00	39,05	11,044
Радни стаж	1,00	43,00	13,85	10,449

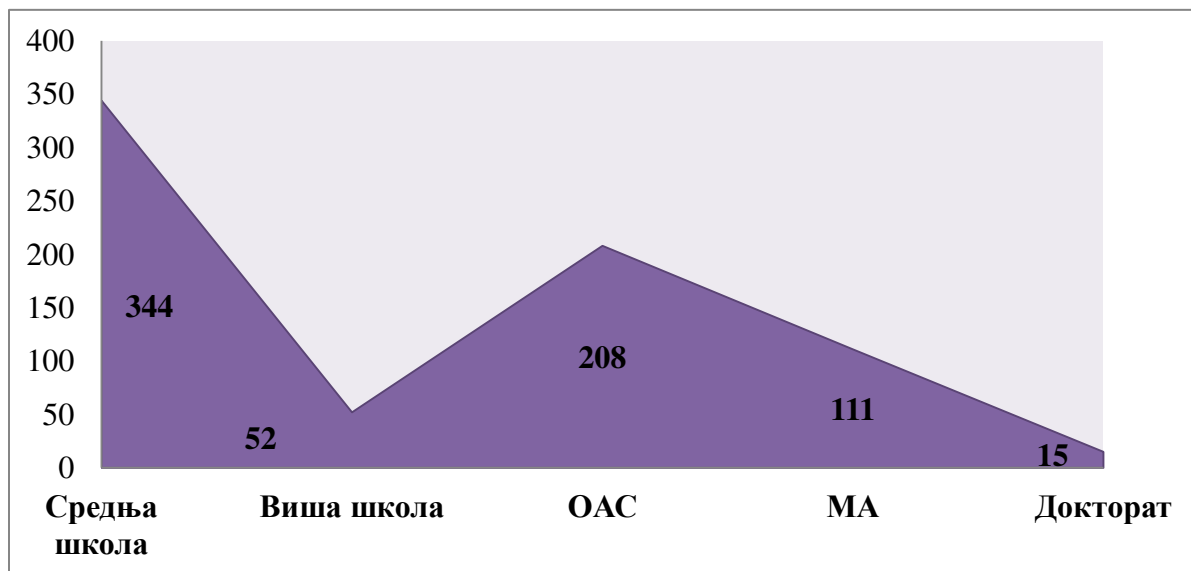
Табела 3 испод текста приказује структуру категорија образовања која укључује испитанике са завршеном средњом школом, вишом школом, основним – академским студијама, мастер студијама и докторатом. Истраживањем је обухваћено 344 (47,1%),

испитаника са завршеном средњом школом, 52 (7,1%) испитаника са завршеном вишом школом, 208 (28,5%) испитаника са завршеним основно-академским студијама, 111 (15,2%) испитаника са завршеним мастер студијама и 15 (2,1%) испитаника са завршеним докторским студијама. Структура узорка према образовним категоријама приказана је у Табели 3 испод текста.

Табела 3. Структура узорка испитаника укључених у истраживање према образовним категоријама

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Средња школа	344	47,1	47,1	47,1
Виша школа	52	7,1	7,1	54,2
Основне-академске студије	208	28,5	28,5	82,7
Мастер студије	111	15,2	15,2	97,9
Докторат	15	2,1	2,1	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 2. Графички приказ образовних категорија испитаника



У Табели 4 испод текста дат је приказ структуре узорка испитаника укључених у истраживање према образовном усмерењу. Резултати указују да је истраживањем обухваћено 241 (33%) испитаник техничко-технолошког усмерења, 32 (4,4%) испитаника

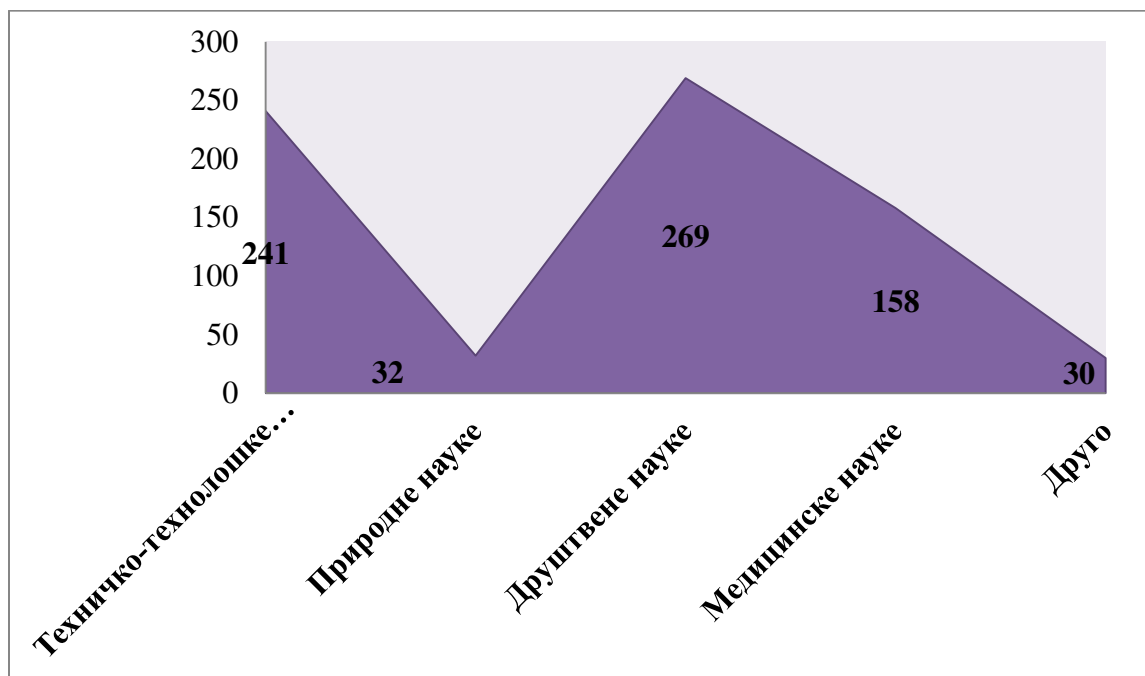
чије је образовно усмерење у природним наукама, 269 (36,8%) испитаника образовног усмерења у друштвеним наукама, 158 (21,6%) испитаника образовног усмерења у медицинским наукама, а 30 (4,1%) испитаника је другог образовног усмерења, у односу на понуђене категорије одговора. Резултати структуре узорка према образовном усмерењу приказане су у Табели 4 испод текста.

Табела 4.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према образовном усмерењу

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Техничко-технолошке науке	241	33,0	33,0	33,0
Природне науке	32	4,4	4,4	37,4
Друштвене науке	269	36,8	36,8	74,2
Медицинске науке	158	21,6	21,6	95,9
Друго	30	4,1	4,1	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 3. Графички приказ образовног усмерења испитаника



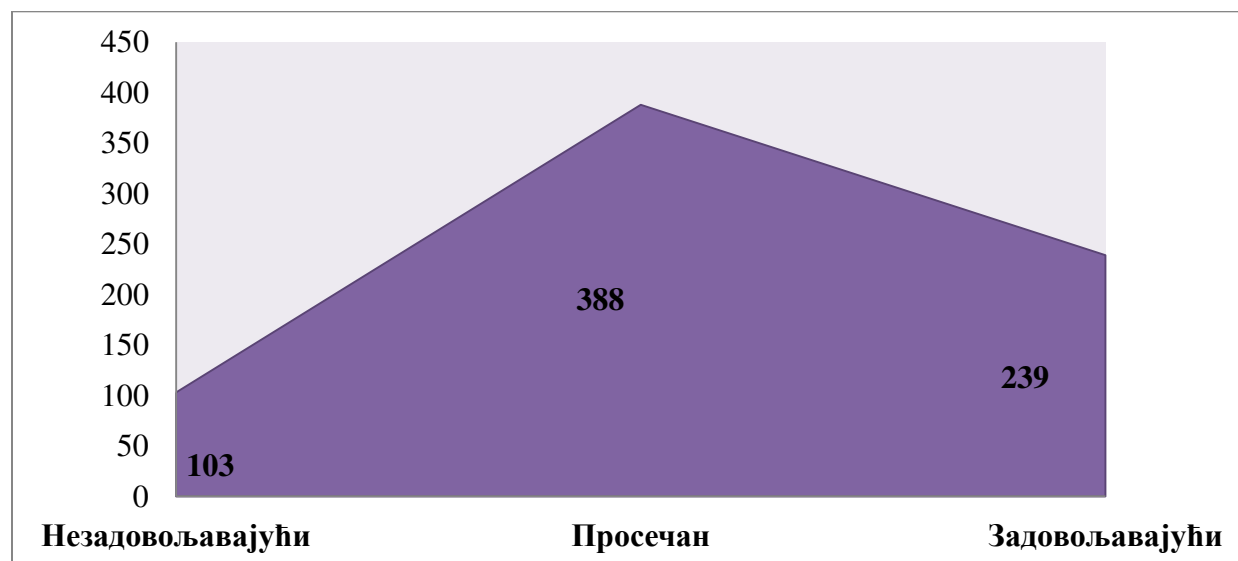
У Табели 5 испод текста дата је структура узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама перцепције властитог материјалног статуса. Истраживањем је обухваћено 103 (14,1%) испитаника, који процењују свој материјални статус као незадовољавајући, 388 (53,2%) испитаника процењује свој материјални статус као просечан, а 239 (32,7%) процењује свој материјални статус као задовољавајући. Резултати фреквентне анализе структуре узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама процене материјалног статуса приказани су у Табели 5 испод текста.

Табела 5.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама процене материјалног статуса

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Незадовољавајући	103	14,1	14,1	14,1
Просечан	388	53,2	53,2	67,3
Задовољавајући	239	32,7	32,7	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 4. Графички приказ структуре узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама процене материјалног статуса



У Табели 6 испод текста дат је приказа структуре узорка према уговору по основу ког су ангажовани. Истраживањем је обухваћено 550 (75,3%) испитаника који су радно ангажовани на неодређено, 122 (16,7%) испитаника су ангажовани на одређено, 55 (7,5%) испитаника је ангажовано на привремено – повременим пословима, 2 (0,3%) испитаника су ангажована по уговору о делу, а 1 (0,1%) испитаник је ангажован по ауторском уговору. Структура узорка испитаника укључених у истраживање према врсти уговора радног ангажовања приказана је у Табели 6 испод текста.

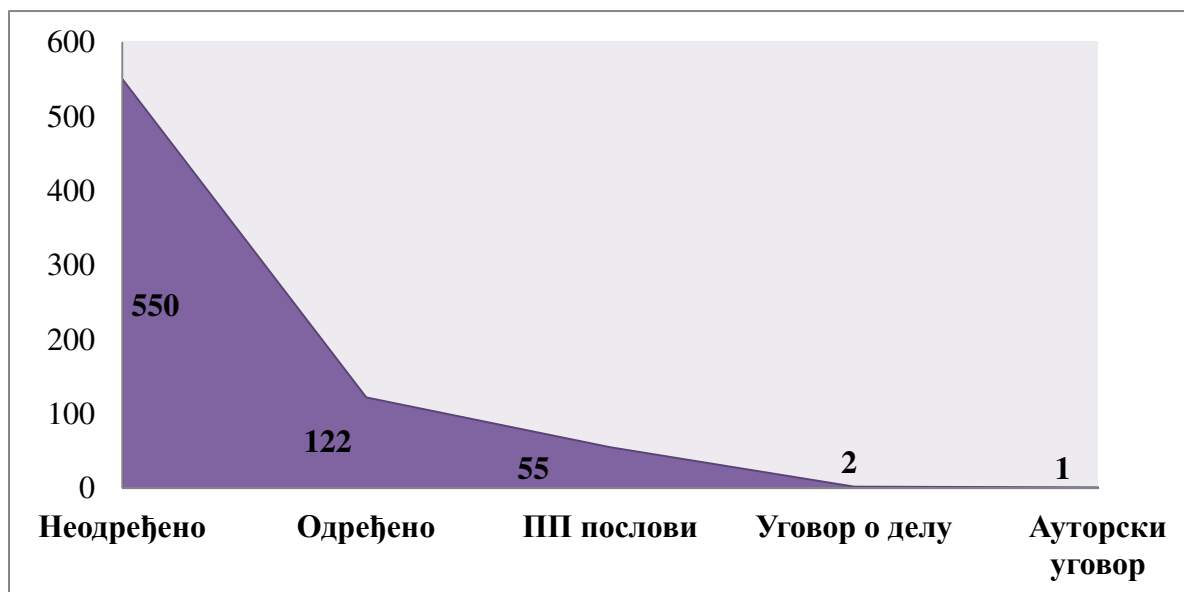
Табела 6.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према врсти уговора радног ангажовања

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Неодређено	550	75,3	75,3	75,3
Одређено	122	16,7	16,7	92,1
ПП послови*	55	7,5	7,5	99,6
Уговор о делу	2	,3	,3	99,9
Ауторски уговор	1	,1	,1	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

*ПП послови – привремено-повремени послови

Графикон 5. Графички приказ структуре узорка испитаника укључених у истраживање према врсти уговора радног ангажовања



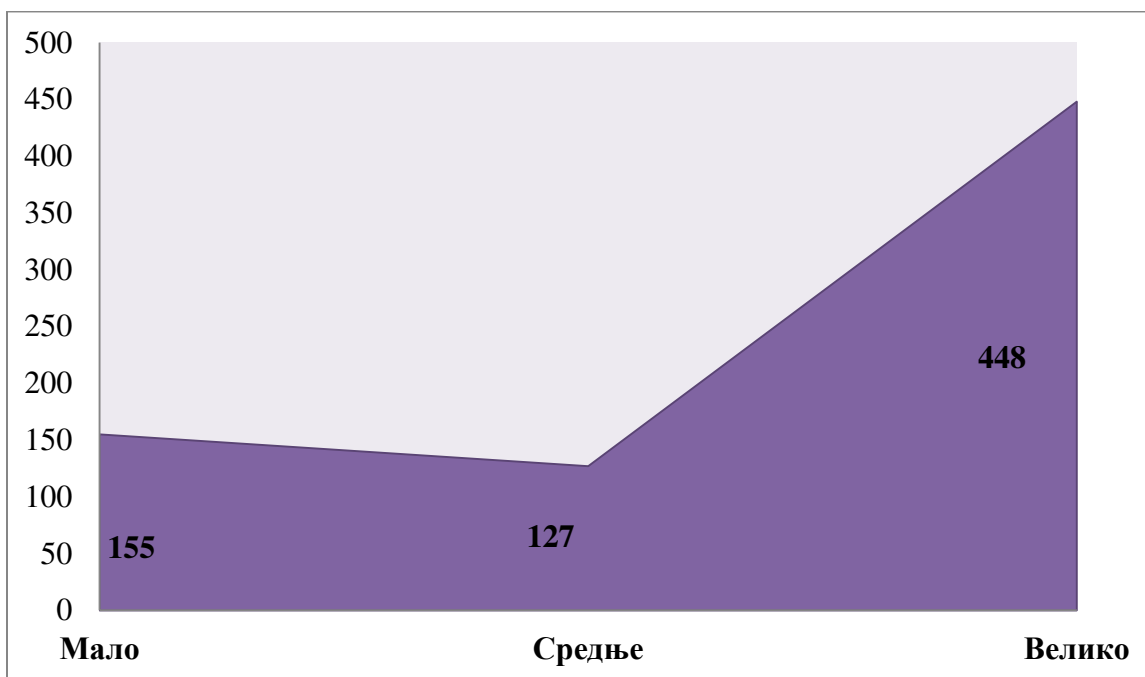
У Табели 7 испод текста дат је приказ фреквентне анализе узорка према величини предузећа. Истраживањем је обухваћено 155 (21,2%) испитаника који раде у малом предузећу, 127 (17,4%) испитаника који раде у средњем предузећу и 448 (61,4%) запослених који раде у великом предузећу. Структура узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама величине предузећа у којем запослени ради приказана је у Табели 7 испод текста.

Табела 7.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама величине предузећа у којем запослени ради

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Мало	155	21,2	21,2	21,2
Средње	127	17,4	17,4	38,6
Велико	448	61,4	61,4	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 6. Графички приказ структуре узорка испитаника укључених у истраживање према категоријама величине предузећа у којем запослени ради



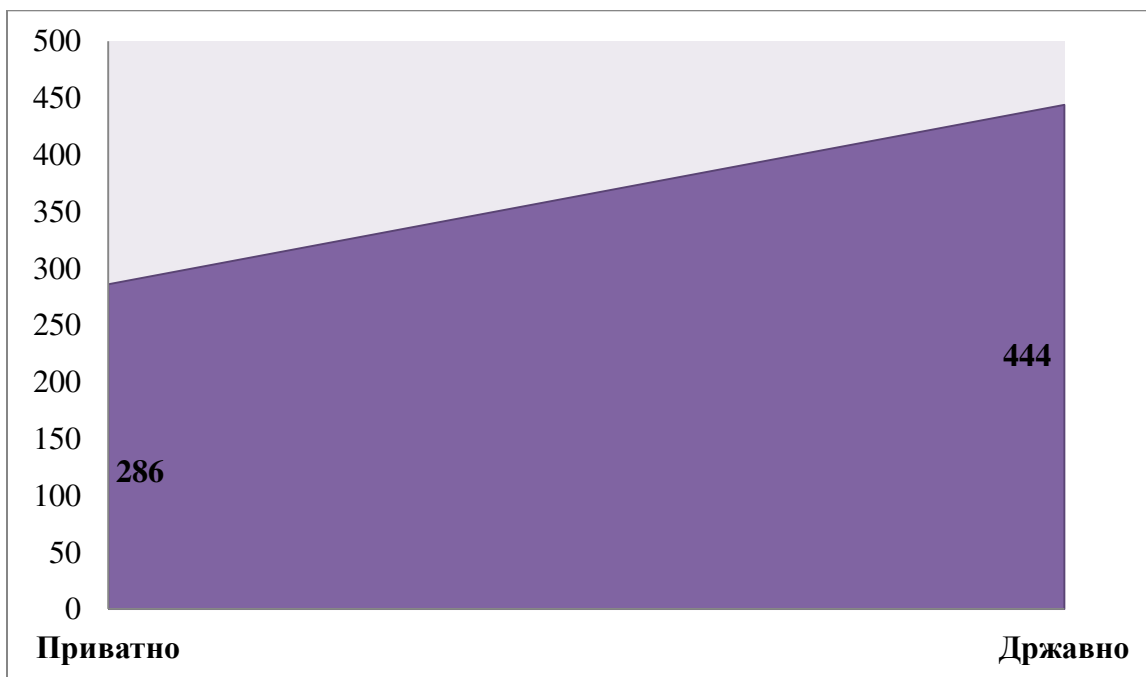
Структура узорка према типу власништва предузећа у коме запослени раде, приказани су у Табели 8 испод текста. Истраживањем је обухваћено 286 (39,2%) испитаника који раде у приватном предузећу и 444 (60,8%) испитаника, који раде у државном предузећу. Резултати структуре узока запослених према категоријама типа власништва предузећа у коме запослени раде приказани су у Табели 8 испод текста.

Табела 8

Структура узорка запослених према типу власништва предузећа у којима запослени раде

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Приватно	286	39,2	39,2	39,2
Државно	444	60,8	60,8	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 7. Графички приказ структуре узорка запослених према типу власништва предузећа у којима запослени раде



У Табели 9 испод текста дат је приказ структуре узорка запослених према сектору организације у којој раде запослени. У истраживање је укључено 171 (23,4%) испитаник из сектора угоститељства, 170 (23,3%) испитаника из здравства, 175 (24%) испитаника из

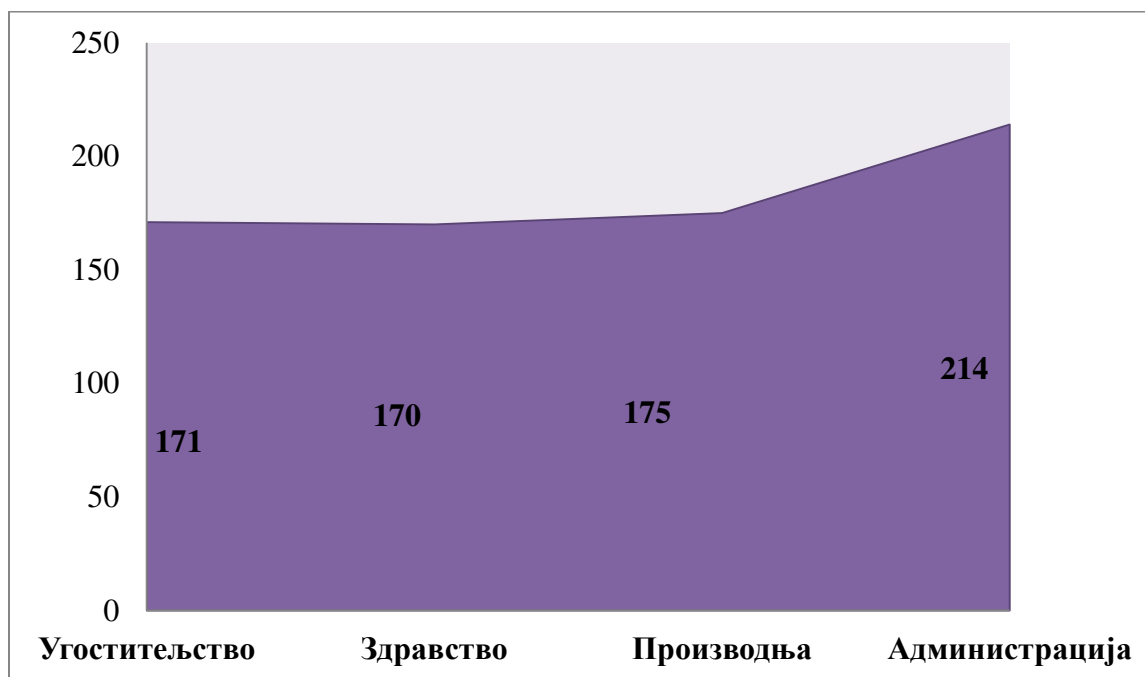
производње и 214 (29,3%) испитаника из администрације. Резултати структуре узорка испитаника укључених у истраживање према сектору предузећа у којем запослени ради приказани су у Табели 9 испод текста.

Табела 9.

Структура узорка испитаника укључених у истраживање према сектору предузећа у ком запослени ради

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Угоститељство	171	23,4	23,4	23,4
Здравство	170	23,3	23,3	46,7
Производња	175	24,0	24,0	70,7
Администрација	214	29,3	29,3	100,0
Укупно	730	100,0	100,0	

Графикон 8. Графички приказ структуре узорка испитаника укључених у истраживање према сектору предузећа у којем запослени ради



3.5 Инструменти и варијабле

Операционализација латентних варијабли вршила се помоћу батерије тестова, која се састојала од три упитника самопроцене (*Mental Health Inventory – MHI - 5; Berwick et al., 1991; The General Health Questionnaire – GHQ-12, Goldberg & Hillier, 1979; Job Characteristic Inventory - JCI, Sims et al., 1976*) и питања за процену апсентизма на радном месту. Засебан део упитника је пружио информације о социо-демографским обележјима испитаника укључених у истраживање. Социо-демографске варијабле у истраживању су се користиле у сврху описа структуре узорка, али и приликом анализе индивидуалних разлика према постављеним хипотезама, а оне су следеће:

- Пол - дефинисан на две категорије - мушки и женски;
- Старост – дефинисана као нумеричка варијабла кроз број година;
- Степен образовања – дефинисан кроз следеће категорије: средња школа, основне академске студије, мастер студије и докторат;
- Образовно усмерење - дефинисано кроз следеће категорије: техничко – технолошке науке, природне науке, друштвене науке, медицинске науке и остале;
- Дужина радног стажа - дефинисана као нумеричка варијабла кроз број година;
- Процена материјалног статуса – дефинисана кроз следеће категорије – незадовољавајући, просечан, задовољавајући;
- Врста уговора на тренутном послу – дефинисана кроз следеће категорије: неодређено, одређено, привремено-повремени послови, уговор о делу, ауторски уговор;
- Власничка структура предузећа – дефинисана на приватну и државну својину;
- Величина предузећа – дефинисана кроз категорије: микро, мало, средње и велико;
- Делатност предузећа – дефинисана кроз категорије: услужна, здравствена, производна и администрација;
- Учесталост промене посла у претходних 5 година – дефинисана као нумеричка варијабла кроз број промена радног ангажовања, у претходних 5 година.

Упитник менталног здравља (*Mental Health Inventory – 5; MHI-5; Berwick et al., 1991*) користио се за операционализацију варијабле ментално здравље. Упитник садржи 5

питања, са оригиналним форматом ставки шестостепених уређених категорија (1 = већину времена; 6 = нимало времена). Укључује питања која се односе и на позитивне и на негативне аспекте менталног здравља.

Упитник општег здравља (*The General Heath Questionnaire – GHQ-12; Goldberg & Hillier, 1979*) се користио за мерење општег здравља испитаника. GHQ-12 је верзија упитника, изведена из оригиналног Упитника општег здравља од 60 ставки (*The General Heath Questionnaire – GHQ, Goldberg, 1978*). Упитник се састоји од 12 ајтема петостепене скале Ликертовог типа (1 = у потпуности се не слажем; 5 = у потпуности се слажем) и мери укупно здравствено стање испитаника.

Апсентизам на радном месту је операционализован питањем: “Током протеклих 12 месеци, колико дана сте укупно били одсутни са посла из било ког разлога?” и „Током протеклих 12 месеци, колико дана сте укупно били одсутни са посла због болести?“ Мерење апсентизма кроз самоизвештавање за период од 12 месеци, може се сматрати валидном методом. У сагласности са претходним студијама, Фери и сарадници (Ferrie et al., 2005) су утврдили да је поклапање мера између самопријављеног одсуства због болести и одсуства евидентираних у регистру послодаваца прихватљиво, као и да се повезаност између дана одсуства на годишњем нивоу, услед здравствених проблема поклапају са онима у евиденцији послодавца (Rees & Cooper 1993; Burdorf et al., 1996; Ferrie et al., 2005).

Упитник карактеристика посла (*Job Characteristics Inventory, Sims et al., 1976*) користио се као мера перцепције запослених о карактеристикама њиховог посла. Упитник се састоји од 30 ставки, петостепених, уређених категорија, Ликертовог типа, које мере шест подскала, а то су: разноврсност посла, аутономија, повратна информација, сарадња са другима, идентитет задатка и пријатељство. За ставке 1-13, формати одговора су 1 = у потпуности се не слажем, 3 = нисам сигуран и 5 = у потпуности се слажем. За ставке 14-30, формат ставки је 1 = минимална количина, 3 = умерена количина и 5 = максимална количина.

3.6 Поступак истраживања

Прикупљање података има значајну улогу у добијању крајњих резултата и њиховој интерпретацији. Приликом спровођења истраживања постоје различите методе које се користе за прикупљање информација, а све оне спадају у две широке категорије, односно примарне и секундарне податке. Примарни подаци су они које истраживач прикупља први пут, док су секундарни подаци који су их други већ прикупили или објавили. Примарни подаци у овом истраживању прикупљени су дистрибуирањем батерије тестова, док су секундарни подаци, они који обухватају преглед научне литературе, у виду научних чланака, књига, уџбеника, званичних извештаја итд. Претраживање литературе вршило се помоћу КОБСОН-а (Конзорцијум библиотека Србије за обједињену набавку). Дистрибуција упитника се вршила помоћу неколико “стратегија”: папир – оловка, групно и лицем у лице, затим онлајн, као и техником снежне кугле. Дистрибуција упитника се вршила у неколико етапа, како би се обезбедили јасни увиди у структуру узорка, на основу чега се даље циљао узорак, како би се обезбедила његова хомогеност и како би критеријуми о структури узорка приликом провере хипотеза били обезбеђени.

3.7 Анализа података

Статистичка обрада података се вршила у програму SPSS 24 (*Statistical Package for Social Sciences v24*) + AMOS.

Након кодирања и уноса података у матрицу, анализа података се вршила помоћу:

- фреквентне анализе, којом се приказала структура узорка према категоријалним варијаблама;
- дескриптивне статистике, којом су се описале нумеричке варијабле социо-демографских обележја узорка помоћу мера централне тенденције као и мера варијабилности, као и латентних варијабли добијених кроз мере сумационих скорова са упитника;
- методе интерне конзистенције (кронбахова алфа), која се користила за проверу поузданости скала и њихових димензија;
- пирсонове корелације која се користила за утврђивање корелација између варијабли модела;

- вишеструке регресионе анализе којом се се утврђивала предиктивност постављеног модела;
- Студентовог t -теста којим су се утврђивале разлике у изражености нумеричких варијабли у односу на групишуће (2 категорије);
- *MANOVA*-е којом су се утврђивале разлике у изражености нумеричких варијабли, у односу на групишуће (3 и више категорија).

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1 Дескриптивна статистика

У Табели 10 испод текста дат је приказ мера централне тенденције – аритметичка средина и мере дисперзије – стандардна девијација, скјунис и куртозис за нумеричке варијабле анализирани у моделу истраживања. Према резултатима добијених на основу дескриптивне статистике утврђује се да укупни апсентизам испитаника у просеку износи $M = 25,92$ ($SD = 12,91$; $Sk = 1,789$; $Ku = 1,866$), док просечна стопа боловања износи $M = 6,93$ ($SD = 9,31$; $Sk = 1,567$; $Ku = 1,005$). Просечан скор на скали менталног здравља износи $M = 4,86$ ($SD = 0,85$; $Sk = -,433$; $Ku = -,558$), док је просечан скор општег здравља износио $M = 2,79$ ($SD = 0,79$; $Sk = ,727$; $Ku = 1,112$). У контексту карактеристика посла, испитаници су имали највећи просечан ниво слагања са карактеристиком посла – Пријатељство ($M = 4,10$; $SD = 0,70$; $Sk = -,733$; $Ku = ,116$), док су најниже преференције испитаници исказали са карактеристиком посла – Аутономија ($M = 2,82$; $SD = 0,67$; $Sk = -,220$; $Ku = ,315$).

Табела 10.

Дескриптивна статистика нумеричких варијабли укључених у предложени модел истраживања

Варијабле	M	SD	Sk	Ku
Боловање	6,93	9,32	1,567	1,005
Укупни апсентизам	25,92	12,91	,789	1,866
МНИ-5	4,86	0,85	-,433	-,558
ГНЉ-12	2,79	0,79	,727	1,112
Разноврсност посла	4,07	0,61	-,740	,721
Аутономија	2,82	0,67	-,220	-,315
Повратна информација	3,72	0,88	-,523	-,339
Сарадња са другима	4,00	0,73	-,837	,541
Идентитет задатка	3,96	0,78	-,741	,299
Пријатељство	4,10	0,70	-,733	,116

4.2 Поузданост инструмената

Поузданост инструмената добијена је путем методе интерне конзистенције, базиране на интеркорелацијама ставке са предметом мерења. Поузданост инструмената је представљена Кронбаховим алфа коефицијентом са доњом границом прихватљивости од 0,60 (Фајгељ, 2012). Поузданост скале менталног здравља изражене преко коефицијента Кронбахове алфе менталног здравља износи $\alpha = ,796$, док је скала општег здравља са прихватљивом поузданошћу Кронбахове алфе $\alpha = ,621$. Поузданости димензија скале карактеристика посла варијала је у опсегу од $\alpha = ,627$ за димензију Аутономија до $\alpha = ,820$ за димензију Повратна информација. Услед дефинисања предмета мерења укупног апсентизма и боловања кроз једну тврдњу, није изведена поузданост скала, услед нужног услова укључивања више тврдњи у скалу, за примену методе интерне конзистенције. Коефицијенти поузданост скала, укључених у истраживање, изражених преко Кронбаховог коефицијента приказане су у Табели 11 испод текста.

Табела 11.

Поузданост скала које операционализују варијабле укључене у предложени модел истраживања

Варијабле	α
Боловање	/
Укупни апсентизам	/
МНИ-5	,796
GHQ-12	.621
Разноврсност посла	.677
Аутономија	.627
Повратна информација	.820
Сарадња са другима	.689
Идентитет задатка	.663
Пријатељство	.810

4.3 Општа хипотеза

У нареднедном делу, дат је приказ резултата опште хипотезе истраживања која претпоставља да различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајно остварују корелацију са радним апсентизмом. За проверу ове хипотезе у првом кораку, анализе коришћена је Пирсонова корелација, као предуслов предиктивних односа између варијабли, које се испитују у наредним сегментима анализе.

У Табели 12 испод текста, дат је приказ резултата Пирсонове корелације, између варијабли боловања и укупног апсентизма запослених у протеклих дванаест месеци, скорова менталног здравља, општег здравља испитаника као и шест карактеристика посла – Разноврсност посла, Аутономија, Повратна информација, Сарадња са другима, Идентитет задатка и Пријатељство.

На основу добијених резултата утврђена је статистички значајна негативна корелација на нивоу значајности ,05 између скорова на скали менталног здравља (МНН-5) и боловања ($r = -.084$, $p = .023$) и између две карактеристике посла - Сарадња са другима ($r = -.082$; $p = .026$), Пријатељство ($r = -.085$; $p = .021$) са укупним апсентизмом запослених.

Резултати Пирсонове корелације приказани су у Табели 12 испод текста.

Табела 12.

Повезаност одсуства услед здравствених тегоба, укупног апсентизма и скорова на скалама МНН-5, GHQ-12 и JCI

		Боловање	Укупан апсентизам
МНН-5	Пирсонова корелација	-,084*	,022
	Значајност	,023	,562
GHQ-12	Пирсонова корелација	,005	-,057
	Значајност	,885	,124
Разноврсност посла	Пирсонова корелација	-,021	-,061
	Значајност	,578	,098
Аутономија	Пирсонова корелација	,068	,038
	Значајност	,067	,305
Повратна информација	Пирсонова корелација	-,019	-,067
	Значајност	,601	,069
Сарадња са другима	Пирсонова корелација	-,038	-,082*
	Значајност	,304	,026
Идентитет задатка	Пирсонова корелација	-,008	-,005
	Значајност	,832	,889
Пријатељство	Пирсонова корелација	-,058	-,085*
	Значајност	,116	,021

4.4 Специфичне хипотезе

У наредној Табели 13, испод текста, дат је приказ резултата провере прве специфичне хипотезе, која претпоставља да постоје статистички значајне разлике између запослених различитог пола у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма. За проверу хипотезе коришћен је Студентов t -test, на нивоу закључивања статистичке значајности ,05.

На основу тестирања хипотезе, утврђено је да пол представља значајан фактор разлика, у изражености нивоа боловања ($t = -3,518$; $p = ,000$), укупног апсентизма у протеклих 12 месеци ($t = -3,248$; $p = ,001$), менталног здравља ($t = 3,190$; $p = ,000$) и преференцијама ка једној карактеристици посла, а то је Повратна информација ($t = 2,456$; $p = ,014$). Укупни апсентизам и боловање израженије су више на нивоу подузорка женског пола, у односу на

мушки. Ментално здравље и карактеристика посла - Повратна информација су се показале као израженије, на мушком подузорку. Резултати тестирања полних разлика, у односу на варијабле из модела приказани су у Табели 13 испод текста.

Табела 13.

Утицај пола на израженост варијабли укључених у предложени модел истраживања

Варијабле	Пол	Број испитаника	M	SD	t	p
Боловање	Мушки	275	5,38	8,03	-3,518	,000
	Женски	455	7,86	9,91		
Укупни апсентизам	Мушки	275	23,94	12,03	-3,248	,001
	Женски	455	27,12	13,29		
МНН-5	Мушки	273	19,95	3,96	3,190	,001
	Женски	455	18,93	4,35		
GHQ-12	Мушки	268	33,07	4,86	-1,875	,061
	Женски	449	33,76	4,67		
Разноврсност посла	Мушки	275	20,14	3,09	-1,627	,104
	Женски	455	20,51	2,99		
Аутономија	Мушки	275	16,83	4,04	-,364	,716
	Женски	455	16,94	3,99		
Повратна информација	Мушки	275	19,11	4,21	2,456	,014
	Женски	455	18,29	4,51		
Сарадња са другима	Мушки	275	12,15	2,28	1,547	,122
	Женски	455	11,89	2,13		
Идентитет задатка	Мушки	275	15,71	3,17	-,758	,449
	Женски	455	15,89	3,12		
Пријатељство	Мушки	275	29,11	4,90	1,621	,105
	Женски	455	28,50	4,95		

Следећа специфична хипотеза претпоставља да постоје статистички значајна корелација између испитаника различите старости и различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма. За проверу хипотезе коришћена је Пирсонова корелација на нивоу статистичког закључивања ,05.

Према добијеним резултатима, утврђује се, да постоји статистички значајна, позивна корелација између старости и укупног апсентизма ($r = ,197$; $p = ,000$), менталног здравља ($r = ,098$; $p = ,008$). Са две карактеристике посла – Аутономија ($r = ,164$; $p = ,000$) и

Идентитет задатка ($r = ,241$; $p = ,000$) старост остварује позитивну корелацију, док статистички значајну, негативну корелацију, старост остварује са карактеристиком посла - Пријатељство ($r = -,084$; $p = ,024$). Резултати тестирања значајности корелација између веријабле старости и варијабли укључених у предложени модел истраживања приказане су у Табели 14 испод текста.

Табела 14.

Повезаност старости и варијабли укључених у предложени модел истраживања

		Старост
Боловање	Пирсонова корелација	,053
	Значајност	,149
Укупан апсентизам	Пирсонова корелација	,197**
	Значајност	,000
МНИ-5	Пирсонова корелација	,098**
	Значајност	,008
GHQ-12	Пирсонова корелација	,027
	Значајност	,475
Разноврсност посла	Пирсонова корелација	,063
	Значајност	,090
Аутономија	Пирсонова корелација	,164**
	Значајност	,000
Повратна информација	Пирсонова корелација	,053
	Значајност	,153
Сарадња са другима	Пирсонова корелација	,016
	Значајност	,671
Идентитет задатка	Пирсонова корелација	,241**
	Значајност	,000
Пријатељство	Пирсонова корелација	-,084*
	Значајност	,024

Трећа специфична хипотеза претпоставља да постоје статистички значајне разлике између запослених различитог нивоа образовања у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма. Пре провере хипотеза вршена је трансформација категорија образовања, услед малих обухвата испитаника у категоријама више школе и испитаника који имају завршен докторат.

Наиме, у односу на иницијално добијену структуру учесталости испитаника према групама, извршена је трансформација категорија на начин, у којем су испитаници са завршеним основним академским студијама, обједињени са испитаницима, са завршеном вишом школом, док су испитаницима са завршеним мастер студијама, додати испитаницима са завршеним докторатом.

Структура узорка која је ушла у анализу ефекта нивоа образовања на израженост варијабли које граде предложени модел приказане су у Табели 15 испод текста. Према резултатима трансформације, прву категорију је чинило 344 (47,1%) испитаника са завршеном средњом школом, затим, другу категорију је чинило 260 (35,6%) испитаника са завршеним основним академским студијама и вишом школом, а последњу категорију чинила је група од 126 (17,3%) испитаника са завршеним мастер, односно докторским студијама.

Табела 15.

Трансформисана структура узорка испитаника према категоријама образовања

	Број испитаника	Проценат	Валидни проценат	Кумулативни проценат
Средња школа	344	47,1	47,1	47,1
Основне академске студије и виша школа	260	35,6	35,6	82,7
Мастер студије и докторат	126	17,3	17,3	100,0

Након трансформације категорија образовања код испитаника, за проверу постављене хипотезе, коришћена је Мултиваријатна анализа варијансе (енгл. *Multivariate analysis of variance* - *MANOVA*). Према резултатима у Табели 16 испод текста, утврђује се да образовање има статистички значајан, умерен ефекат на варијабле укључене у предложени модел ($Wilks' \Lambda = ,875$; $F_{20,1406} = 4,835$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,064$). Резултати Мултиваријатне анализе варијансе приказани су у Табели 16 испод текста.

Табела 16.

Приказ резултата мултиваријатних тестова – ефекат образовања

Ефекат	Вредност	F	df	Error df	p	η_p^2
Образовање Pillai's Trace	,126	4,753	20,000	1408,000	,000	,063
Wilks' Lambda	,875	4,835 ^b	20,000	1406,000	,000	,064
Hotelling's Trace	,140	4,918	20,000	1404,000	,000	,065
Roy's Largest Root	,122	8,607 ^c	10,000	704,000	,000	,109

У Табели 17 испод текста приказани су резултати Левиновог теста једнакости варијанси. На основу представљених вредности и значајности утврђује се хомогеност прикупљених података ($p > ,05$), упркос фреквентних неуједначености група.

Табела 17.

Левинов тест једнакости варијанси

	F	p
Боловање	1,646	,194
Укупан апсентизам	1,317	,269
MHI-5	1,333	,264
GHQ-12	1,507	,222
Разноврсност посла	1,815	,107
Аутономија	1,906	,123
Повратна информација	1,145	,319
Сарадња са другима	2,907	,055
Идентитет задатка	2,018	,134
Пријатељство	,062	,940

На основу прегледа резултата појединачних ефеката, утврђује се да образовање испитаника, има значајан ефекат на укупан апсентизам ($F_{2, 2107.645} = 13,104$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,036$), као и на ниво менталног здравља ($F_{2, 178.220} = 10,094$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,028$) и општег здравља ($F_{2, 178.424} = 8,327$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,023$). Резултати значајности ефекта образовања на појединачне варијабле приказани су у Табели 18 испод текста.

Табела 18.

Ефекат образовања испитаника на појединачне варијабле укључене у модел

Извор	Зависна варијабла	Type III Sum of					
		Squares	df	MS	F	p	η_p^2
Образовање	Боловање	68,563	2	34,282	,390	,677	,001
	Укупан апсентизам	4215,289	2	2107,645	13,104	,000	,036
	MHI-5	356,440	2	178,220	10,094	,000	,028
	GHQ-12	356,847	2	178,424	8,327	,000	,023
	Разноврсност посла	8,762	2	4,381	,488	,614	,001
	Аутономија	62,449	2	31,224	1,934	,145	,005
	Повратна информација	97,716	2	48,858	2,492	,084	,007
	Сарадња са другима	26,911	2	13,456	2,833	,060	,008
	Идентитет задатка	49,163	2	24,581	2,505	,082	,007
	Пријатељство	27,059	2	13,530	,553	,575	,002

На основу резултата из Табеле 19 испод текста, на основу интергрупног поређења Шефеевог теста (енгл. *Scheffe Test*) закључује се да је укупан апсентизам израженији код испитаника са вишим нивоима образовања, дакле код испитаника са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом бележи се виши ниво апсентизма у односу на запослене са завршеном средњом школом. Слични ефекти добијени су и на варијабли менталног здравља, испитаници са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом бележе се виши ниво менталног здравља, у односу на запослене са завршеном средњом школом. Опречно овоме опште здравље испитаника више је код испитаника са завршеном средњом школом и основним академским студијама/вишом школом у односу на испитаника који су завршили мастер/докторат.

Табела 19.

Резултати интегрупног поређења скорова образовних категорија варијабли укључених у модел

Укупан апсентизам	ОАС	средња	4,01*	,001
	МА	средња	6,00*	,000
МНН – 5	ОАС	средња	1,15*	,005
	МА	средња	1,76*	,000
GHQ-12	средња	МА	1,97*	,000
	ОАС	МА	1,35*	,027

Следећа специфична хипотеза гласи претпоставља да постоје статистички значајне разлике између запослених различите дужине радног стажа у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма. За проверу хипотезе коришћена је Пирсонова корелација на нивоу статистичког закључивања ,05. Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између старости и укупног одсуства ($r = ,192$; $p = ,000$), менталног здравља ($r = ,088$; $p = ,000$) и три карактеристике посла – Аутономија ($r = ,111$; $p = ,003$) и Идентитет задатка ($r = ,172$; $p = ,000$), док старост остварује статистички значајну, негативну корелацију са карактеристиком посла - Пријатељство ($r = -,114$; $p = ,002$).

Табела 20.

Повезаност дужине радног стажа и варијабли укључених у предложени модел истраживања

		Стаж
Боловање	Пирсонова корелација	,032
	Значајност	,382
Укупан апсентизам	Пирсонова корелација	,192**
	Значајност	,000
МНН-5	Пирсонова корелација	,088*
	Значајност	,018
GHQ-12	Пирсонова корелација	,021
	Значајност	,582
Разноврсност посла	Пирсонова корелација	,026
	Значајност	,483
Аутономија	Пирсонова корелација	,111**
	Значајност	,003
Повратна информација	Пирсонова корелација	,046
	Значајност	,212
Сарадња са другима	Пирсонова корелација	-,009
	Значајност	,802
Идентитет задатка	Пирсонова корелација	,172**
	Значајност	,000
Пријатељство	Пирсонова корелација	-,114**
	Значајност	,002

Следећи део резултата проверавао је хипотезу, која претпоставља да постоје статистички значајне разлике између различитих процена нивоа материјалног статуса запослених у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.“ Постављена хипотеза проверавана је Мултиваријатном анализом варијансе (МАНОВА). Према резултатим у Табели 21 испод текста, утврђује се да материјални статус испитаника нема статистички значајан ефекат на варијабле укључене у предложени модел (Wilks' Lambda = ,971, $F_{20,1406} = 1,050$, $p = ,398$; $\eta_p^2 = ,015$). Резултати Мултиваријатне анализе варијансе приказани су у Табели 21 испод текста.

Табела 21.

Мултиваријатни тестови

Ефекат		Вредност	F	df	Error df	p	η_p^2
Величина	Pillai's Trace	,029	1,051	20,000	1408,000	,397	,015
	Wilks' Lambda	,971	1,050 ^b	20,000	1406,000	,398	,015
	Hotelling's Trace	,030	1,049	20,000	1404,000	,400	,015
	Roy's Largest Root	,017	1,202 ^c	10,000	704,000	,286	,017

На основу добијених резултата теста ефеката између субјеката, утврђује се да не постоји статистички зназначајан ефекат материјалног статуса испитаника на варијабле укључене у модел. На основу резултата утврђује се да није добијен ниједан значајан ефекат на укљученим варијаблама ($p < .05$).

Табела 22.

Тест ефеката између субјеката

Извор	Зависна варијабла	Сума квадрата		MS	F	p	η_p^2
		– тип III	df				
Материјални статус	Боловање	84,353	2	42,177	,480	,619	,001
	Укупни апсентизам	700,808	2	350,404	2,114	,122	,006
	MHI-5	11,642	2	5,821	,852	,427	,002
	GHQ-12	36,339	2	18,170	,831	,436	,002
	Разноврсност посла	33,282	2	16,641	1,720	,180	,005
	Аутономија	10,531	2	5,266	,269	,764	,001
	Повратна информација	70,789	2	35,395	1,802	,166	,005
	Сарадња са другима	7,448	2	3,724	,779	,459	,002
	Идентитет задатка	13,944	2	6,972	,707	,493	,002
	Пријатељство	53,159	2	26,579	1,088	,337	,003

Следећа специфична хипотеза гласи: „Постоји статистички значајна корелација између учесталости промене посла у претходних 5 година и менталног здравља, карактеристика посла и апсентизма“. За проверу хипотезе коришћена је Пирсонова корелација на нивоу статистичког закључивања ,05. Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између учесталости промене посла и карактеристике посла Сарадња са другима ($r = ,073$; $p = ,050$).

Табела 23.

Повезаност учесталости промене посла у претходних пет година и варијабли укључених у предложени модел истраживања

		Промена посла
Боловање	Пирсонова корелација	,040
	Значајност	,282
Укупни апсентизам	Пирсонова корелација	,029
	Значајност	,434
MHI-5	Пирсонова корелација	,024
	Значајност	,512
GHQ-12	Пирсонова корелација	-,025
	Значајност	,496
Разноврсност посла	Пирсонова корелација	-,063
	Значајност	,089
Аутономија	Пирсонова корелација	,008
	Значајност	,820
Повратна информација	Пирсонова корелација	,063
	Значајност	,087
Сарадња са другима	Пирсонова корелација	,073*
	Значајност	,050
Идентитет задатка	Пирсонова корелација	,024
	Значајност	,510
Пријатељство	Пирсонова корелација	,050
	Значајност	,178

У наредном одељку испитано је да ли различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајно предиктују апсентизам на узорку запослених који раде у различитим секторима.

Резултати у наставку испитују да ли ниво менталног здравља и карактеристике посла значајно предвиђају изостанак на узорку запослених у организацијама различитих сектора. Дефинисана су четири регресиона модела, по један за сваки сектор – угоститељство ($R^2=.107$, $F_{(7,89)} = 2.58$, $p < .05$), здравство ($R^2 = .083$, $F_{(7,95)} = 1.24$, $p > .05$), производњу ($R^2 = .147$, $F_{(7,80)} = 2.15$, $p < .05$) и администрацију ($R^2 = .121$, $F_{(7,206)} = 4.38$, $p < .05$). У погледу боловања нису утврђени значајни међусекторски ефекти ($R^2=.034$, $F_{(7,89)} = 0.58$, $p > .05$), здравство ($R^2 = .075$, $F_{(7,95)} = 1.19$, $p > .05$), производњу ($R^2 = .089$, $F_{(7,80)} = 1.31$, $p > .05$) и администрацију ($R^2 = .083$, $F_{(7,206)} = 1.26$, $p > .05$).

Резултати вишеструке линеарне регресије су утврдили да су ментално здравље и опште здравље стабилни негативни предиктори апсентизма, међу организацијама у угоститељству, здравству и производњи, док је у администрацији позитиван предиктор. Предвиђање изостанака са посла у контексту карактеристика посла даје нешто другачију слику. Аутономија је позитиван предиктор изостанака у угоститељском сектору, повратна информација је негативан предиктор изостанака у администрацији, док је пријатељство негативан предиктор изостанака у сектору администрације.

Табела 24.

Предвиђање изостанака са посла у контексту карактеристика посла и менталног здравља међу различитим секторима.

	Угоститељство			Здравство			Производња			Администрација		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
Разноврсност	.21	1.66	.104	-.05	-.477	.638	-.10	-.746	.456	.14	1.789	.073
Аутономија	.28	1.954	.045	-.03	-.277	.785	.08	.541	.592	.04	.649	.516
Повратна и.	.14	31.173	.248	.01	.046	.963	.13	1.146	.258	-.11	-1.662	.041
Сарадња	-.10	.724	.463	.10	.745	.461	.01	.013	.787	-.04	-.613	.547
Идентитет з.	-.11	.866	.386	.15	1.176	.242	-.13	-.864	.393	.12	1.458	.143
Пријатељство	-.03	.181	.854	-.10	-.720	.474	-.34	-2.670	.007	.05	.880	.382
MHI-5	-.31	-2.112	.039	-.22	-1.984	.049	-.32	-2.577	.014	.19	2.431	.030
GHQ-12	-.28	-2.065	.046	-.23	-2.022	.043	-.35	-2.587	.016	.20	2.541	.021

Наредна специфична хипотеза гласи: „Различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајно предиктују апсентизам на узорку запослених који раде предузећима различите величине“. Постављена хипотеза проверена је Мултиваријатном анализом варијансе (МАНОВА). Према резултатим у Табели 25 испод текста, утврђује се да величина предузећа има статистички значајан ефекат на варијабле укључене у предложени модел ($Wilks' \Lambda = ,866$, $F_{20,1406} = 5,252$, $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,070$). Резултати Мултиваријатне анализе варијансе приказани су у Табели 25 испод текста.

Табела 25.

Мултиваријатни тестови – величина предузећа

Ефекат		Вредност	F	df	Error df	p	η_p^2
Величина	Pillai's Trace	,136	5,133	20,000	1408,000	,000	,068
	Wilks' Lambda	,866	5,252 ^b	20,000	1406,000	,000	,070
	Hotelling's Trace	,153	5,371	20,000	1404,000	,000	,071
	Roy's Largest Root	,139	9,769 ^c	10,000	704,000	,000	,122

У Табели испод текста приказани су резултати Левиновог теста једнакости варијанси. На основу представљених вредности и значајности утврђује се хомогеност прикупљених података.

Табела 26.

Левинов тест једнакости варијанси

	F	p
Боловање	,146	,864
Укупан апсентизам	,107	,899
MHI-5	2,680	,110
GHQ-12	2,676	,109
Разноврсност посла	,491	,612
Аутономија	,537	,585
Повратна информација	2,776	,109
Сарадња са другима	2,698	,112
Идентитет задатка	2,950	,087
Пријатељство	,173	,841

На основу добијених резултата теста ефеката између субјеката, утврђује се да постоји статистички значајан ефекат величине предузећа на варијабле укључене у модел. На основу резултата утврђује се да је добијен значајан ефекат на укупном апсентизму ($F = 11,899$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,032$), менталном ($F = 15,244$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,041$) и генералном здрављу ($F = 8,199$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,023$) и три карактеристике посла – Разноврсност посла ($F = 9,714$; $p = ,000$; $\eta_p^2 = ,027$), Сарадња са другима ($F = 6,860$; $p = ,001$; $\eta_p^2 = ,019$) и Пријатељство ($F = 3,248$; $p = ,039$; $\eta_p^2 = ,009$).

Табела 27.

Тест ефеката између субјеката

Извор	Зависна варијабла	Сума квадрата					
		– тип III	df	MS	F	p	η_p^2
Величина предузећа	Боловање	25,422	2	12,71	,145	,865	,000
	Укупни апсентизам	3840,070	2	1920,03	11,899	,000	,032
	MHI-5	530,830	2	265,41	15,244	,000	,041
	GHQ-12	351,489	2	175,74	8,199	,000	,023
	Разноврсност посла	169,989	2	84,99	9,714	,000	,027
	Аутономија	23,865	2	11,93	,737	,479	,002
	Повратна информација	24,255	2	12,12	,615	,541	,002
	Сарадња са другима	64,448	2	32,22	6,860	,001	,019
	Идентитет задатка	5,871	2	2,93	,297	,743	,001
	Пријатељство	157,698	2	78,89	3,248	,039	,009

На основу резултата интегрупног поређења утврђује се да је укупан апсентизам израженији код малих и средњих предузећа у односу на велика. У контексту менталног здравља утврђено је да је испитаници који раде у мањим пословним системима, имају израженије здравље, у односу на испитанике из средњих и великих организација. Опште ментално здравље израженије је код испитаника у великим предузећима у односу на мало. Две карактеристике посла – Разноврсност посла и сарадња са другима израженији су у великим предузећима у односу на мала и средња предузећа.

Табела 28.

Резултати интергрупног поређења – величина предузећа

Зависна варијабла	(I) велиина	(J) величина	(I-J)	p
Укупни апсентизам	мало	велико	5,39 [*]	,000
	средње	велико	3,69 [*]	,016
МНН-5	мало	средње	1,22 [*]	,050
		велико	2,13 [*]	,000
GHQ-12	велико	мало	1,74 [*]	,000
Разноврсност посла	велико	мало	,90 [*]	,005
		средње	1,09 [*]	,001
Сарадња са другима	велико	мало	,55 [*]	,024
		средње	,67 [*]	,009

У наредној Табели 29 испод текста дат је приказ резултата провере претпоследње специфичне хипотезе која гласи „Постоје статистички значајне разлике између запослених који раде у приватном и државном сектору у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.“. За проверу хипотезе коришћен је Студентов t -test на нивоу закључивања статистичке значајности ,05. На основу тестирања хипотезе, утврђено је да тип власништва представља значајан фактор разлика у изражености ниво одсуства усред здравствених тегоба ($t = -2,146$; $p = ,032$), укупног одсуства са посла у протеклих 12 месеци ($t = -9,989$; $p = ,000$), менталног здравља ($t = -3,568$; $p = ,000$), општем здрављу испитаника ($t = 5,031$; $p = ,000$) и преференцијама ка четири карактеристике посла посла – Аутономија ($t = 2,240$; $p = ,025$), Повратна информација ($t = 2,811$; $p = ,005$), Сарадња са другима ($t = 3,011$; $p = ,003$) и Пријатељство ($t = 3,510$; $p = ,000$). Ниво боловања, укупан апсентизам, ментално здравље израженији су код испитаника, који раде у државним предузећима, док је опште здравље више код испитаника који раде у приватном сектору. Све статистички значајне разлике добијене на карактеристикама посла карактеристичније су за предузећа у приватној својини. Резултати тестирања хипотезе дати су у Табели 29 испод текста.

Табела 29.

Резултати разлика између испитаника који раде у приватном и државном предузећу у израженост варијабли укључених у предложени модел

	Тип власништва	N	M	SD	t	p
Боловање	Приватно	286	6,01	9,07	-2,146	,032
	Државно	444	7,52	9,45		
Укупни апсентизам	Приватно	286	20,34	12,57	-9,989	,000
	Државно	444	29,52	11,82		
МНИ-5	Приватно	284	18,62	4,38	-3,568	,000
	Државно	444	19,75	4,08		
GHQ-12	Приватно	274	34,62	5,70	5,031	,000
	Државно	443	32,81	3,90		
Разноврсност_посла	Приватно	286	20,45	3,12	,586	,558
	Државно	444	20,32	2,97		
Аутономија	Приватно	286	17,31	4,12	2,240	,025
	Државно	444	16,63	3,91		
Повратна информација	Приватно	286	19,17	4,29	2,811	,005
	Државно	444	18,23	4,45		
Сарадња са другима	Приватно	286	12,29	2,23	3,011	,003
	Државно	444	11,80	2,14		
Идентитет задатка	Приватно	286	15,79	3,17	-,271	,786
	Државно	444	15,85	3,12		
Пријатељство	Приватно	286	29,52	4,94	3,510	,000
	Државно	444	28,22	4,87		

У наредној Табели 30 испод текста дат је приказ резултата провере претпоследње специфичне хипотезе која гласи „Постоје статистички значајне разлике између запослених са различитим врстама уговора у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма.“. За проверу хипотезе коришћен је Студентов *t*-test на

нивоу закључивања статистичке значајности .05. На основу тестирања хипотезе, утврђено је да тип власништва представља значајан фактор разлика у изражености општег нивоа здрављу испитаника ($t = 2,095$; $p = ,037$) и преференцијама ка три карактеристике посла посла а то су – Аутономија ($t = 3,582$; $p = ,025$), Идентитет задатка ($t = 3,268$; $p = ,001$) и Пријатељство ($t = -2,354$; $p = ,019$). Ниво општег здравља, Аутономија и Идентитет задатка су виши код испитаника који су запослени у односу на уговор на одређено, док је Пријатељство карактеристичније код испитаника који су запослени на одређено време. Резултати тестирања хипотезе дати су у Табели 30 испод текста.

Табела 30.

Резултати разлика између испитаника који имају различит тип уговора у израженост варијабли укључених у предложени модел

	Тип уговора	N	M	SD	t	p
Боловање	Неодређено	550	7,27	9,95	1,715	,087
	Одређено	180	5,89	7,01		
Укупни апсентизам	Неодређено	550	25,85	13,73	-,266	,790
	Одређено	180	26,14	10,06		
МНИ-5	Неодређено	548	19,23	4,25	-,936	,350
	Одређено	180	19,57	4,17		
GNQ-12	Неодређено	540	33,71	4,97	2,095	,037
	Одређено	177	32,85	3,95		
Разноврсност посла	Неодређено	550	20,41	3,05	,512	,609
	Одређено	180	20,27	2,96		
Аутономија	Неодређено	550	17,20	3,91	3,582	,000
	Одређено	180	15,98	4,16		
Повратна информација	Неодређено	550	18,46	4,39	-1,446	,149
	Одређено	180	19,01	4,46		
Сарадња са другима	Неодређено	550	12,03	2,16	,727	,467
	Одређено	180	11,89	2,26		
Идентитет задатка	Неодређено	550	16,04	3,03	3,268	,001
	Одређено	180	15,17	3,38		
Пријатељство	Неодређено	550	28,48	5,08	-2,354	,019
	Одређено	180	29,48	4,37		

5. ДИСКУСИЈА

Апентизам је појава, која има значајне импликације на продуктивност и добробит на нивоу запосленог и организације (Cocker et al., 2013). Ослањајући се на широк спектар емпиријских студија и теоријских оквира, овај рад наглашава значај апсентизма, као и његове интеракције са организационим факторима и здравственим исходима. Разумевањем основних механизма, који воде ка апсентизму, послодавци могу да спроведу циљане интервенције у управљању одсуством запослених, како би ублажили његове негативне ефекте, а уједно и створили здравије и продуктивније радно окружење.

Апсентизам, дефинисан као често, или уобичајено одсуство запослених са посла, је изазов са којим се суочавају организације, у различитим индустријама (Banjade & Paudel, 2023). Док су повремена одсуства неизбежна због болести, личних разлога или хитних случајева, дугорочни апсентизам, има штетне ефекте, како на појединачне запослене, тако и на целокупно друштво. Последњих година, све више се препознаје потреба за проактивним решавањем проблема апсентизма, о чему сведочи, све већи број истраживачких студија и организационих иницијатива, усмерених на разумевање његових узрока и последица, као и на мера превенције.

Утврђено је да бројни фактори доприносе апсентизму, почев од индивидуалних карактеристика до организационих променљивих, па све до спољних утицаја (Borgogni et al., 2013; Akgeyik, 2014; Grigore, 2020; Baе, 2021). Једно од истраживања сугерисало је да су здравствени проблеми, укључујући хроничне болести и поремећаје менталног здравља, међу водећим узроцима изостајања са посла (Johns, 2010), међутим у истраживањима, приликом утврђивања међусобних релација, често нису узете у обзир специфичне карактеристике појединца и организације у којима раде, за које је такође показано да значајно утичу на апсентизам.

Стрес везан за посао, незадовољство и сагоревање назначени су као једни од водећих детерминанти апсентизма запослених (Kivimäki et al., 2015). Организациони фактори, као што су неадекватно управљање, недостатак флексибилности и неадекватни системи подршке, такође су се у истраживањима навели као значајни за апсентизам (Biron & Saksvik, 2009). На крају и горепоменути екстерни фактори, као што су проблеми у

транспорту, породичне обавезе итд. такође повећавају стопу апсентизма запослених (Martocchio & Harrison, 1993).

Важно је разумети последице апсентизма на више нивоа, дакле, на нивоу појединца и целокупне организације. Висок ниво апсентизма може пореметити ток посла, повећати обим посла за преостале запослене и довести до смањене кохезије тима (Hemp, 2004). Ово за последицу има негативне релације са задовољством посла, ангажованошћу и организационом посвећеношћу запослених, што је и емпиријски потврђено (Michey & Williams, 2003).

Са ширег, економског становишта, апсентизам резултира директним трошковима повезаних са губитком продуктивности и трошковима прековременог рада запослених који су присути, као и индиректним трошковима, који се односе на запошљавање, обуку и флукуацију запослених (Gosellin et al., 2013).

Истраживања показују да је чест изостанак запослених, повезан са већим ризиком од развоја хроничних здравствених стања, као што су кардиоваскуларне болести, дијабетес и депресија (Virtanen et al., 2012). Такође, апсентизам може погоршати постојеће здравствене проблеме, али и допринети повећању трошкова здравствене заштите (Brouwer et al., 2011). Дакле, управљање апсентизмом посматрајући га и као организациони и индивидуални феномен, није само од суштинског значаја за одржавање продуктивности организације, већ и за унапређење здравља запослених и смањење трошкова, у сврху здравствене заштите.

Литература указује на недостатак доказа у предвиђању апсентизма, који је одређен статусом менталног здравља и карактеристикама посла, као предусловима одрживог и инклузивнијег радног окружења, у различитим секторима, узимајући у обзир персоналне карактеристике запослених и карактеристике предузећа у којима раде.

На основу недостатака у литератури, предлаже се модел апсентизма, као нове психосоцијалне перспективе, међу запосленима, који раде у различитим типовима организација, у смислу величине, власништва и занимања. Постављено истраживање одговара на радне изазове, тако што предлаже предиктивна и емпиријски утемељена решења заснована на доказима, у смислу смањења апсентизма, кроз дизајнирање радног

окружења и јачање - промоцију менталног здравља запослених, као иницијалних детерминанти пословне стратегије организације.

§§§

У односу на постављен проблем и предложен модел, у истраживању је постављена једна општа и десет специфичних хипотеза, које су провераване, одговарајућим статистичким анализама. У почетним одељцима резултата, дат је приказ анализе основног метријског својства инструмената укључених у истраживање – њихове поузданости, а потом је дат и приказ дескриптивних показатеља варијабли укључених у истраживање, мере централне тенденције (минимум, максимум, опсег, аритметичка средина) и мере варијабилности (стандардна девијација, скјунис и куртозис).

Поузданост је кључни аспект сваког мерног инструмента, јер указује на доследност и стабилност података, а уједно и означава да су прикупљени подаци адекватни за генерализацију података са узорка на популацију. У овој студији, поузданост је утврђена употребом Кронбаховог алфа коефицијента, на нивоу прихватљивости ,600 (Фајгел, 2012). Кронбахов алфа коефицијент процењује поузданост скала, методом интерне конзистенције, односно конзистентност сваког појединачног ајтема са предметом мерења – укупним скором, односно димензијом, када је реч о мултиполарним варијаблама, као што је конкретно, у овом истраживању случај са карактеристикама посла. За скалу менталног здравља (МНН-5, Berwick et al., 1991) утврђен је Кронбахов алфа коефицијент $\alpha = .796$, што указује на задовољавајући ниво унутрашње конзистентности, између појединачних ајтема и предмета мерења. На основу наведеног, истиче се да ајтеми, унутар скале менталног здравља, поуздано мере поменути конструкт. Скала општег здравља (GHQ-12, Goldberg & Hillier, 1991) такође има прихватљиву поузданост, са висином Кронбаховог алфа коефицијента од $\alpha = .621$. Иако је ово на доњој граници прихватљивости, ипак сугерише задовољавајући ниво унутрашње конзистентности. Слично, за димензије скале карактеристика посла (Job Characteristics Inventory, Sims et al., 1976), поузданост се кретала од $\alpha = .627$ до $\alpha = .820$ у зависности на посматране димензије. Највећи коефицијент поузданости добијен је за димензију карактеристика посла Повратне информације, супротно димензији Аутономија, која отвара могућност за ревидирање и поновну евалуацију инструмента на нашој популацији.

У дескриптивној статистици, просечна израженост нивоа апсентизма међу испитаницима је $M = 25,92$, што указује да су запослени у просеку одсуствовали око 26 дана у протеклих 12 месеци. Поред тога, просечна стопа боловања била је $M = 6,93$.

Просечни резултати на скали менталног здравља ($M = 4,86$) и скали општег здравља ($M = 2,79$) дају увид у укупно благостање испитаника. Виши просечан резултат на скали менталног здравља указује на боље ментално благостање испитаника, док просечан резултат на скали општег здравља указује на релативно нижи ниво самоперцепције општег здравља. Што се тиче карактеристика посла, испитаници су изразили највиши ниво слагања са димензијом Пријатељство, указујући да на свом радном месту примећују снажан осећај пријатељства или позитивне друштвене интеракције. Са друге стране, димензија Аутономије је добила најнижи ниво тенденције, што имплицира да се испитаници осећају мање оснаженим или независним у својим пословима.

Након почетних анализа, приступило се провери постављених хипотеза – општих и специфичних.

§§§

Општа хипотеза испитивала је претпоставку да су различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајни корелати апсентизма на послу. На основу добијених резултата утврђена је статистички значајна негативна корелација, на нивоу значајности ,05 између скорова на скали менталног здравља (МНИ-5) и боловања, као и са укупног апсентизма са две карактеристике посла - Сарадња са другима и Пријатељство. Неочекивано, ментално здравље се издвојио као статистички значајан индикатор, за ниво боловања, а не опште здравље испитаника, како се очекивало.

Последњих година дошло је до значајне промене парадигме у начину, на који друштва приступају концепту здравља на радном месту. Традиционално, политике боловања су се првенствено фокусирале на физичке болести или повреде, често занемарујући једнако важан аспект менталног здравља. Међутим, дошло је до све већег препознавања менталног здравља, као критичног фактора у коришћењу боловања. Индикатори психолошког дистреса, као што су депресија, анксиозност и стања повезана са стресом, постају све присутнија у данашњем друштву. Ови поремећаји могу утицати на појединце

у свим социо-демографским категоријама, значајно нарушавајући њихову способност да ефикасно функционишу у својим професионалним улогама. Симптоми као што су умор, потешкоће у концентрацији и отежано доношење одлука, могу ометати продуктивност и повећати ризик од грешака или незгода на радном месту. Стога је постало очигледно да ментално здравље, није само индивидуална брига већ и кључан организациони проблем који предодређује учинак на радном месту и укупну продуктивност. Напори да се смањи стигма повезана са менталним здрављем добила су замаха последњих година. Као резултат тога, више запослених се не осећа нужно непријатно откривајући своје проблеме са менталним здрављем и тражећи подршку када је то потребно. Препознавање менталног здравља као ваљаног разлога за боловање помаже у потврђивању ових искустава и подстиче запослене да дају предност свом благостању, без страха од пресуде или дискриминације.

Такође, расте разумевање за приступ здрављу где се наводи да оно није само одсуство болести, већ обухвата физичко, ментално и емоционално благостање. Признајући ментално здравље, као посебног индикатора боловања, послодавци показују посвећеност здрављу својих запослених. Ова промена је у складу са широм перспективом здравља и благостања на радном месту. У неким јурисдикцијама, дошло је до законодавних реформи које обавезују послодавце да удовоље потребама менталног здравља и пруже одговарајућу подршку запосленима, укључујући одлазак на боловање услед нарушеног менталног здравља. Ови правни оквири одражавају шире друштвено препознавање значаја менталног здравља и потребе да се то ефикасно решава на радном месту.

Утврђене значајне корелације су у складу са постојећом литературом која наглашава однос између менталног здравља и боловања. Ментално здравље се све више препознаје као критична детерминанта општег благостања и радног учинка (Keyes, 2005). Негативна корелација уочена у овом истраживању потврђују претходна истраживања, која показују да је мања вероватноћа да ће особе са бољим менталним здрављем доживети дужа одсуства са посла (Wang et al., 2005). Импликације сугеришу да би интервенције које имају за циљ промовисање менталног здравља и благостања потенцијално могле да допринесу смањењу стопе апсентизма у организацијама (Henderson et al., 2013).

Негативна корелација између менталног здравља и боловања је у складу са теоријским основама - Моделом карактеристика посла и сродним оквирима. Према овој теорији позитивно и мотивишуће радно окружење, које укључује факторе као што су аутономија, повратне информације и разноврсност вештина, могу побољшати психолошка стања, што доводи до побољшања благостања и смањеног изостајања са посла (Hackman & Oldham, 1980). Уочена негативна корелација наглашава значај разматрања менталног здравља као интегралне компоненте карактеристика посла, у складу са широм концептуализацијом дизајна посла. Организације које дају приоритет менталном здрављу, кроз подстицајна радна окружења, програме помоћи запосленима и кампање за подизање свести о менталном здрављу су примери добре праксе пада стопе апсентизма услед болести (Hemp, 2004; De Lange et al., 2004).

Негативна корелација између карактеристика посла и укупног апсентизма такође сугерише да су виши нивои сарадње и пријатељства повезани са нижим одсуством запослених. Ово је у складу са постојећом литературом која наглашава улогу позитивних друштвених односа и радног окружења за сарадњу у неговању добробити и задовољства запослених, чиме се смањује апсентизам. Резултати истичу важност неговања културе радног места која промовише тимски рад и позитивне међуљудске везе као потенцијалне стратегије за ублажавање изостанака.

§§§

Овај део дискусије резултата, односи се на испитивање да ли запослени мушког и женског пола пријављују различите нивое менталног здравља, општег здравља и тенденције ка одређеним карактеристикама посла. Истраживања у западним земљама су утврдила да је апсентизам виши међу женском популацијом запослених, у односу на мушку (Ichino & Morreti 2006; Keramst et al., 2020). У контексту менталног здравља, стереотипи о родним улогама значајно доприносе, да се проблем менталног здравља мушкараца и жена, посматра условно кроз перспективу социјалне призме, у смислу пријављивања потешкоћа у функционисању, али и у тражењу помоћи. У складу са родним стереотипима, може се рећи, да у нашој земљи и данас влада мишљење, да су жене осетљивије и рањивије услед вулнерабилнијег нервног система и ефеката васпитања, те да на проблем реагују са више емоција, у односу на мушкарце, што води и до бројних емоционалних блокада и основ је

за развијање различитих понашања, поготово из категорије неуротских. Остаје отворено питање, да ли је то стварно тако, да ли су жене уистину осетљивије, реактивије или су мушкарци спремнији да одиграју улогу из сценарија “мачо” културе, која је карактеристична за наше поднебље, не пријављујући потешкоће у функционисању?

На основу тестирања хипотезе, утврђено је да пол представља значајан фактор разлика у изражености стопе боловања, укупног одсуства са посла у протеклих 12 месеци, менталног здравља, и преференцијама ка једној карактеристици посла, а то је Повратна информација. Укупни апсентизам и боловање бележе више жене, у односу на мушкарце, ментално здравље се показало као израженије на мушком подзору.

Уочене родне разлике у нивоу боловања и укупног апсентизма у последњих 12 месеци су у складу са постојећом литературом, која наглашава родно повезане варијације у понашању у вези са здрављем и коришћењу здравствене заштите. Истраживања су показала да жене често пријављују више стопе изостајања са посла због здравствених проблема, на које потенцијално утиче низ фактора који укључују биолошке разлике, друштвена очекивања и одговорности за негу деце (Artazcoz et al., 2004; Mastekaasa, 2000).

Док су традиционално, студије истицале више стопе нарушеног менталног здравља међу женама, недавна истраживања су истакла значај недовољно пријављивања проблема мушке популације, услед друштвене стигме и табуа у нашој култури у односу на проблеме менталног здравља, односно истакли су и јединствене изазове, са којима се суочавају мушкарци у изражавању и тражењу помоћи за проблеме менталног здравља (Addis & Mahalik, 2003; Wong et al., 2011). Уочени образац у овом истраживању захтева даље истраживање специфичних стресора и механизма суочавања који могу допринети родно заснованим разликама, у менталном здрављу унутар организационог контекста.

Даље, у контексту карактеристика посла, утврђено је, да преференција према једној карактеристици посла - Повратној информацији, значајно варира у зависности од пола, при чему жене показују веће тенденције ка значају ове карактеристике. Овај налаз је у складу са истраживањима о утицају пола и радним преференцијама, сугеришући да жене придају већу вредност повратним информацијама и комуникацији на радном месту (Eagly

& Carli, 2007). Разумевање ових родно специфичних преференција је кључно за организације које имају за циљ да створе инклузивно радно окружење које задовољава различите потребе и очекивања њихове радне снаге.

Идентификоване родне разлике у одсуству са посла и менталном здрављу наглашавају потребу за родно осетљивим организационим политикама и механизмима подршке. На пример, иницијативе које промовишу свест о менталном здрављу и обезбеђују ресурсе за тражење помоћи можда ће морати да буду прилагођене за решавање јединствених изазова са којима се суочавају и мушки и женски запослени.

§§§

Наредни део резултата испитивао је утицај старости на варијабле менталног здравља, општег здравља, карактеристика посла, апсентизма са посебним освртом на категорију боловања. Према истраживањима, апсентизам је често негативно повезан са старошћу запослених (Birren, 2007; Bouville et al., 2018), као и у случају радног искуства, које се може довести у везу са вишим позицијама, примањима и вишим задовољством различитим аспектима посла. Изазови у одржавању оптималног нивоа менталног здравља варирају у односу на старост испитаника. Са старошћу, према истраживању расту тенденције ка депресивним симптомима и анксиозности (Kiely et al., 2019).

На основу добијених резултата, приликом провере хипотеза, утврђено је да постоји статистички значајна, позивна корелација између старости и апсентизма, менталног здравља и три карактеристике посла – Аутономијом и Идентитетом задатка са којом остварује позитивну корелацију и Пријатељство са којима остварује негативну.

Позитивна корелација између старости и укупног апсентизма је у складу са истраживањима која сугеришу потенцијалне релације између поменутих варијабли. Старији запослени, према истраживањима имају већу вероватноћу здравствених проблема или хроничних стања, што доприноси већој стопи апсентизма (Hasselhorn et al., 2004). Позитивна корелација између старости и апсентизма у супротности је са неким ранијим истраживањима, која сугеришу негативну или незнатну повезаност (Johns, 2011). Овај налаз подстиче преиспитивање традиционалних, емпиријски утемељених претпоставки,

да старији запослени могу да испоље мањи број изостанака, због свог искуства и стабилности. Једно уверљиво објашњење може бити повећана преваленција здравствених проблема (изузев менталних) или хроничних стања повезаних са старењем, што потенцијално доприноси већој стопи одсуства међу старијим испитаницима (Hasselhorn et al., 2004). Овај резултат наглашава важност препознавања старосних варијација, у обрасцима изостајања са посла и прилагођавања интервенција на радном месту у складу са тим.

Позитивна корелација између старости и менталног здравља отвара питања о специфичнијем односу ове две варијабле. Док неке студије предлажу да је старост повезана са вишим нивоима менталног здравља, услед акумулираних животних искустава и механизма суочавања (Pinquart & Sörensen, 2001), друге признају потенцијалне изазове, као што су стресори везани за узраст или когнитивни пад (Lachman, 2004). Други налази истичу, да је старење често повезано са повећаном осетљивошћу на проблеме менталног здравља (Fiske & Carstensen, 2011), уочена позитивна корелација доводи у питање овај налаз. Могућа објашњења могу укључити позитиван утицај акумулираног искуства, емоционалну регулацију и механизме суочавања са годинама (Carstensen, 1992).

Позитивна корелација старости са карактеристикама посла Аутономијом и Идентитетом задатка одражава потенцијалну промену радних преференција са годинама. Старији запослени према резултатима, дају приоритет аутономији и у складу су са својим радним улогама, тражећи могућности за самоизражавање и смислен допринос организацији (Koop et al., 2011). Ово је у складу са социо-емоционалним теоријама, које поставља у само средиште премису, да појединци дају више приоритет испуњеним и емоционално значајним искуствима, како бивају старији (Carstensen, 1992).

Позитивна корелација са карактеристиком посла Пријатељство, истиче друштвене аспекте рада и њихов значај у различитим старосним групама. Ово је у складу са истраживањем које наглашава улогу социјалне подршке и позитивних односа на радном месту у промовисању добробити запослених (Eisenberger et al., 1990). Налази сугеришу да неговање осећаја пријатељства и друштвене повезаности постаје све важније како запослени старе, дајући допринос позитивном и подржавајућем радном окружењу.

Наредни део резултата, испитивао је утицај образовања запослених на различите аспекте здравља, нивоа апсентизма са освртом на боловање и преференција ка карактеристикама посла.

Разумевање утицаја образовања запослених на различите аспекте као што су здравље, стопе изостанака са посла и карактеристике посла је од суштинског значаја за оптимизацију организационог учинка и неговање добробити запослених. Претпоставља се да образовање утиче на приступ здрављу и здравственој заштити која је директно повезана са стопама изостанка, при чему је високо образовање често у корелацији са бољим здравственим исходима и мањим изостанцима.

На основу анализе у овом истраживању, утврђено је да образовање има статистички значајан ефекат на варијабле укључене у предложени модел. На основу прегледа резултата појединачних ефеката утврђује се да образовање испитаника има значајан ефекат на укупан апсентизам, као и на ниво менталног и општег здравља. На основу резултата закључује се да је укупан апсентизам израженији код испитаника са вишим нивоима образовања, дакле код испитаника са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом. Слични ефекти добијени су и на варијабли општег здравља. Код испитаника са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом бележи се виши ниво менталног здравља у односу на запослене са завршеном средњом школом. Опречно овоме опште здравље испитаника више је код испитаника са завршеном средњом школом и основним академским студијама/вишом школом у односу на испитаника који су завршили мастер/докторат.

Уочени виши укупни апсентизам међу испитаницима са вишим нивоом образовања, као што су завршене основне академске студије, мастер и докторске студије, у поређењу са испитаницима са средњом школом, доводи у питање конвенционална очекивања. Иако је литература често повезивала високо образовање са бољим здравственим исходима и мањим стопама апсентизма (Artazcoz et al., 2004; Böckerman et al., 2011), ови налази указују на нешто другачију динамику утицаја. Могућа објашњења могу укључити захтеве

и стресоре повезане са вишим нивоима образовања, што може допринети повећању стопе апсентизма.

Утицај образовања на ментално здравље је у складу са очекивањима и претходним резултатима, које наглашавају позитивну везу, између високог образовања и менталног благостања (Mirowsky & Ross, 2003). Налази поткрепљују идеју да образовање, као детерминанта социо-економског статуса, може допринети развоју вештина суочавања и отпорности, имајући позитиван утицај на исходе менталног здравља (Cutler & Lleras-Muney, 2010).

Опште здравствено стање испитаника са завршеном средњом школом и основним академским/високим образовањем, супротно очекивањима, превазилази оне са завршеним магистарским/докторским студијама. Овај неочекивани резултат доводи у питање уобичајену претпоставку да се нивои високог образовања инхерентно претварају у боље опште здравље. Потенцијална објашњења могу укључивати сложене интеракције фактора животног стила, стресора и здравственог понашања у образовним категоријама.

§§§

Наредни део резултата, испитивао је утицај материјалног статуса на различите аспекте здравља, апсентизам и преференције ка карактеристикама посла.

Претпоставља се да ниво материјалног статуса запослених може значајно утицати на различите аспекте здравља, стопе изостанака и карактеристике посла због низа међусобно повезаних фактора. Прво, појединци из вишег материјалног статуса, често имају бољи приступ здравственим ресурсима, укључујући превентивну негу, опције лечења и здравствено образовање, што доводи до бољих укупних здравствених исхода у поређењу са онима из нижег социо-економског статуса, који се могу суочити са препрекама за приступ здравственој заштити. услуге. Поред тога, може утицати на факторе начина живота као што су исхрана, вежбање и нивои стреса, при чему особе са вишим нивоима материјалног статуса, генерално имају веће ресурсе и могућности да усвоје здравије понашање. На стопе изостанака са посла такође могу утицати социо-економски фактори, пошто се појединци са нижим материјалним статусом могу суочити са изазовима као што

су ограничен приступ плаћеном боловању, финансијски притисци или нестабилно радно окружење које доприноси већој стопи изостајања са посла.

Претходна истраживања су показала да је апсентизам у негативној корелацији са нивоима зарада, као и са хијерархијским нивоом запослених (Pfeifer, 2010). Нижи економски статус чешће је повезан са проблемима менталног здравља (Lorant et al., 2003). Позитиван ефекат економског статуса на ментално здравље може се објаснити низом ресурса које богатији појединци има да би се изборили са свакодневним животним изазовима и условима неизвесности, који могу довести до хроничног стреса и других исхода психолошког дистреса. Такође, као део социо-економског статуса запослених очекује се да материјални статус запослених предодређује обављање послова различитих карактеристика (Brand, 2015).

Резултати студије указују на уједначеност између различитих нивоа материјалног статуса запослених у испољавању различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма. Овај резултат је у складу са постојећом литературом, која сугерише да материјални статус можда није увек одлучујући фактор у одређивању здравствених исхода и понашања у вези са послом. Тврдња да материјални статус можда није увек одлучујући фактор у здравственим исходима и понашању у вези са послом је значајно одступање од традиционалних веровања да социо-економски статус игра кључну улогу у обликовању здравља и ставова појединца на радном месту. Овај налаз је у складу са постојећом литературом која све више доводи у питање идеју да само материјално богатство диктира различите аспекте здравља, одсуства и преференција карактеристика посла.

Иако социо-економски фактори несумњиво играју улогу у обликовању приступа ресурсима и могућностима, они не обухватају у потпуности утицаје на здравље и добробит. Фактори као што су социјална подршка, психолошка отпорност и избор начина живота такође значајно доприносе индивидуалним здравственим исходима. Дакле, појединци из различитих социо-економских средина могу показати сличне здравствене исходе ако поседују јаке друштвене мреже, учествују у здравом понашању и имају приступ адекватним здравственим услугама.

Слично томе, тврдња да материјални статус не диктира понашања везана за посао, као што су апсентизам и тенденције ка одређеним карактеристикама посла, наглашава се сложеност људске мотивације и понашања на радном месту. Појединци могу дати приоритет карактеристикама посла, које су у складу са њиховим вредностима, интересима и личним циљевима, без обзира на њихов материјални статус, док унутрашњи фактори, као што су задовољство послом и испуњеност могу надјачати, утицај екстринзичних награда у обликовању понашања везаног за посао (Marmot, 2004). Незнатне разлике уочене у овој студији подстичу ближе испитивање природе ових односа. Неопходно је признати да поред претпостављеног утицаја материјалног статуса на здравље и варијабле везане за посао могу утицати различити контекстуални фактори, укључујући организациону културу, мреже социјалне подршке и индивидуалне механизме суочавања (Bosma et al., 1997).

Недостатак статистички значајних разлика доводи у питање перспективу која повезује виши материјални статус са бољим здравственим стањем. Неке студије сугеришу да однос између социоекономског статуса и здравља може бити посредован психосоцијалним факторима, као што су напрезање на послу и социјална подршка, пре него да буде искључиво одређен економским ресурсима (Marmot, 2004). Ово имплицира да у оквиру проучаваног организационог контекста други фактори могу играти значајнију улогу у обликовању здравствених и радних искустава.

§§§

Претходна истраживања су показала везу између карактеристика посла и виших стопа апсентизма са тенденцијама ка напуштању радног места (Schalk & Rijckevorsel, 2007; Burmeister et al., 2019). Учесталост промене посла, може имати различите утицаје на ментално здравље људи, у зависности од њихових личних преференција, животних циљева и других фактора. Код неких људи, честа промена посла може довести до осећаја непрекидне несигурности, што може бити стресно и негативно утицати на ментално здравље. Непрестана адаптација на нове пословне околности, радне задатке, радно окружење и колеге може бити напорно и изазвати анксиозност. Са друге стране, код неких људи, промена посла може бити позитивна ствар која подстиче развој каријере, пружа нове изазове и одржава њихов интерес и мотивацију на високом нивоу. Често се

дешава да су људи који често мењају посао изложени већем броју различитих радних окружења, што их чини флексибилнијим и прилагодљивијим у пословном окружењу. Такође, истраживања су утврдила да су карактеристике посла и напуштање радног места била посредована менталним здрављем запослених (Zhang et al., 2014).

Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између учесталости промене посла и једне карактеристике посла Сарадња са другима. Утврђена корелација је у складу са идејом да појединци који често мењају посао могу развити побољшане интерперсоналне вештине и прилагодљивост. Промене посла често излажу појединце различитим радним окружењима, тимовима и сценаријима пословне сарадње (Ng & Feldman, 2012). Ова повећана изложеност може подстаћи развој ефикасне међуљудске комуникације и вештина сарадње, док се појединци крећу кроз различите организационе културе и структуре тима.

Литература о пословној мобилности је раније истакла потенцијалне користи од различитих радних искустава у стицању вештина и професионалном развоју (Lentz & Labov, 1989). Позитивна корелација уочена у овој студији сугерише да појединци који чешће мењају посао могу активно тражити улоге које наглашавају сарадњу и тимски рад. Ово је у складу са идејом да одређене карактеристике посла постају све привлачније појединцима са историјом мобилности за посао, потенцијално утичући на њихов избор каријере.

Поменути резултат такође може указивати на то да особе са склоношћу честим променама посла привлаче улоге, које су у складу са њиховом склоношћу ка сарадњи. Ово је у складу са Холандовом теоријом професионални усмерења, која сугерише да су појединци привучени радним окружењем, које допуњује њихове личне карактеристике и вредности (Holland, 1997). Уочена корелација наглашава важност разматрања индивидуалних преференција и тенденција у разумевању интеракције између флексибилности каријере, у смислу промене посма и специфичних карактеристика посла.

§§§

Даља анализа података, ишла је у правцу утврђивања значајних детерминанти апсентизма за сваки од укључених сектора – угоститељство, здравство, производња и

администрација. Сваки сектор представља јединствене изазове и захтеве за запослене, због чега је неопходно разумети специфичне карактеристике посла, факторе менталног здравља и опште здравствене индикаторе који доприносе апсентизму. У сектору угоститељства, где се запослени често суочавају са високим нивоом стреса и захтевним распоредом, идентификација предиктора као што су захтеви за послом, равнотежа између посла и приватног живота и емоционалног напора је кључна. Бавећи се овим факторима, угоститељске организације могу да ублаже изостанак, побољшају добробит запослених и повећају задовољство гостију, на крају јачајући своју репутацију и конкурентност у индустрији.

Даље, у здравственом сектору, где је квалитет неге пацијената најважнији, изостанак здравствених радника са посла може имати озбиљне последице. Препознавањем предиктора као што су задовољство послом, сагоревање и проблеми са менталним здрављем, здравствене организације могу да спроведу циљане интервенције како би подржале своје особље, смањиле изостанке и задржале високе стандарде неге. У производњи и администрацији, одсуствовање са посла може пореметити операције и утицати на продуктивност. Разумевање предиктора специфичних за ове секторе, као што су аутономија посла, разноврсност задатака и сигурност посла, омогућава организацијама да примене мере за оптимизацију радног окружења, повећање ангажовања запослених и минимизирање трошкова повезаних са одсуством.

Радна места која су веома физички захтевна, или у којима постоји велика могућност повреда или болести, могу довести до већег броја изостанака са посла (Lyttelton & Zang, 2021). Запослени који раде у таквим условима често су изложени стресу и ризику од повреда, што може утицати на њихово физичко и ментално здравље. Различите професије такође могу имати различите нивое стреса и психолошких захтева, што може утицати на ментално здравље запослених. Лоши услови рада, као што су лоша вентилација, бука, врућина или хладноћа, такође могу утицати на апсентизам. Радници који раде у таквим условима често се суочавају са здравственим проблемима, који их могу спречити да долазе на посао или утицати на њихову продуктивност.

Резултати вишеструке линеарне регресије су утврдили да су ментално здравље и опште здравље стабилни негативни предиктори апсентизма међу организацијама у угоститељству, здравству и производњи, док је у администрацији позитиван предиктор.

Предвиђање апсентизма у контексту карактеристика посла даје нешто другачију слику. Аутономија је позитиван предиктор изостанака у угоститељском сектору, Повратна информација је негативан предиктор изостанака у администрацији, док је пријатељство негативан предиктор изостанака у сектору производње.

Ментално здравље и опште здравље појављују се као стабилни негативни предиктори изостајања са посла у угоститељским, здравственим и производним секторима, у складу са постојећом литературом која наглашава утицај здравља запослених на одсуствовање (Johns, 2011; Aronsson et al., 2000). Негативан смер утицаја сугерише да организације које негују добробит и здравље запослених могу имати смањене стопе изостанака.

Насупрот томе, административни сектор показује позитивну предиктивну везу између здравља и одсуства са посла. Овај неочекивани резултат може се приписати природи административних улога, где на одсуствовање могу утицати фактори који су изван здравља, као што су оптерећење, задовољство послом или организациона култура. Даље истраживање је оправдано како би се открила специфична динамика која доприноси овој позитивној корелацији унутар административног сектора.

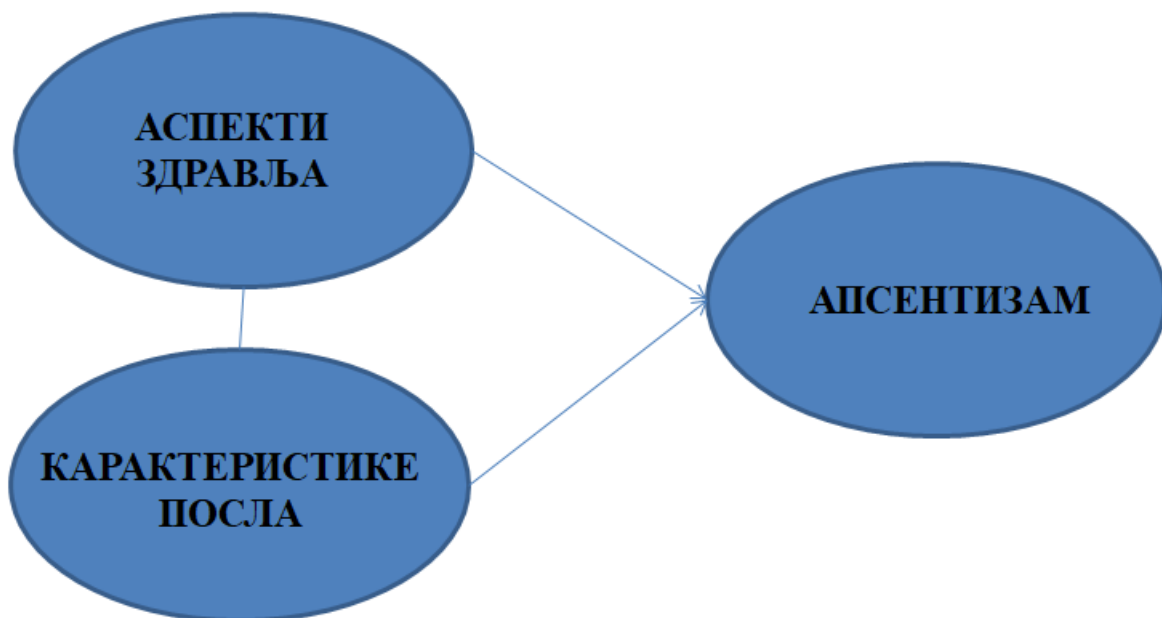
Испитујући карактеристике посла, аутономија се појављује као позитиван предиктор одсуства са посла у угоститељском сектору. Овај резултат доводи у питање конвенционална очекивања, пошто је аутономија често повезана са позитивним резултатима рада (Hackman & Oldham, 1976). Могућа објашњења могу укључивати претеране захтеве за послом или стресоре повезане са аутономијом у одређеним угоститељским улогама, наглашавајући потребу за секторским разумевањем дизајна посла.

Насупрот томе, повратна информација је негативан предиктор апсентизма у административном сектору. Ово је у складу са истраживањем које наглашава улогу

конструктивних повратних информација у повећању ангажовања запослених и смањењу одсуства (Gubler et al., 2017).

Пријатељство као негативан предиктор изостајања са посла у административном сектору наглашава значај друштвене подршке у обликовању исхода на радном месту (Eisenberger et al., 1990). Позитивни међуљудски односи могу допринети радном окружењу које пружа подршку, смањујући изостајање са посла. Овај резултат наглашава важност неговања осећаја пријатељства унутар административних тимова.

На основу постављеног модела, предлаже се модел апсентизма, илустрован на Слици 11 испод текста



Слика 11. Предиктивна солуција модела апсентизма

§§§

Пре више од две деценије утврђено је да велика предузећа имају више стопе одсуства у односу на мања (Barmby & Stephen, 2000). Овај однос између апсентизма и величине предузећа могао би се објаснити чињеницом, да велике компаније имају ниже јединичне трошкове одсуства. Поред овога, претпоставља се да већа предузећа представљају

погоднији контекст за одсуство са посла, услед високо развијених процедура и правила, где је више радника специјализовано за један посао, док у мањим предузећима то често није случај, стога директно посао трпи – а неретко и стаје. Претпоставља се да питања менталног здравља погађају мала предузећа у много већој мери него велика предузећа. Због своје величине и мање ресурса, мала и средња предузећа не могу приуштити да запослени не раде у пуном капацитету.

Интегрисани резултати поређења група у односу на величину предузећа пружили су увид у различите обрасце апсентизма, менталног здравља и карактеристика посла у различитим величинама организације—мала, средња и велика предузећа. Закључак да је апсентизам, али не и боловање израженији у малим и средњим предузећима у складу је са претходним истраживањима, која наглашавају јединствене изазове са којима се суочавају мање организације, као што су ограничени ресурси, већи захтеви за радним оптерећењем појединачних запослених и потенцијално мање робусни здравствени и веллнесс програми (Allen et al., 2013; van den Heuvel & Demerouti, 2017).

У контексту менталног здравља, резултати откривају специфичан образац. Испитаници који раде у мањим пословним системима показују израженије ментално здравље у поређењу са онима у средњим и великим организацијама. Овај налаз може сугерисати да мања организациона окружења пружају подстицајније и мање стресно окружење за ментално благостање, подстичући осећај заједнице и персонализовану подршку.

Насупрот томе, опште ментално здравље је израженије код испитаника у великим компанијама у поређењу са малим. Овај резултат се може приписати потенцијално обимнијим ресурсима и свеобухватним програмима менталног здравља који су доступни у већим организацијама, који подржавају свеукупно благостање њихових запослених (LaMontagne et al., 2014).

Анализирајући карактеристике посла, резултати указују да су два аспекта – Разноврснот посла и Сарадња са другима – израженија у великим предузећима у односу на мала и средња предузећа. Ово је у складу са литературом која наглашава потенцијалне предности већих организација у обезбеђивању различитих радних улога и неговању радних окружења за сарадњу (Humphrey et al., 2007; Morgeson & Humphrey, 2008). Налази

наглашавају улогу величине организације у обликовању карактеристика посла и сугеришу да већа предузећа могу понудити запосленима разноврснија радна искуства и искуства кооперативности.

§§§

Докази из многих земаља показују да запослени у јавном сектору имају знатно више стопе изостанака од запослених у приватном сектору (Mastekaasa, 2020). С друге стране, налази указују на то да запослени у приватном сектору имају боље ментално здравље од њихових колега у јавном сектору (Narayanan, 2011). На крају, претпоставља се да тип власништва предузећа такође обликује карактеристике посла код запослених у државном и јавном сектору.

На основу тестирања хипотезе, утврђено је да тип власништва представља значајан фактор разлика у изражености ниво одсуства усред здравствених тегоба, укупног одсуства са посла у протеклих 12 месеци, менталног здравља, општем здрављу испитаника и преференцијама ка четири карактеристике посла посла а то су – Аутономија, Повратна информација, Сарадња са другима и Пријатељство. Ниво одсуства услед здравствених тегоба, апсентизам, ментално здравље карактеристичнији израженији су код испитаника, који раде у државним предузећима, док је опште здравље више код испитаника који раде у приватном сектору. Све статистички значајне разлике добијене на карактеристикама посла карактеристичније су за предузећа у приватној својини.

Прво, стопа боловања, укупног апсентизма и менталног здравља су израженији код испитаника запослених у државним предузећима. Ово је у складу са претходним истраживањима која показују да се запослени у организацијама јавног сектора могу суочити са јединственим изазовима, као што су бирократски процеси и ограничена аутономија, што потенцијално доприноси већем изостајању са посла и проблемима менталног здравља (Perry & Porter, 1982; Boyne, 2002).

Опште здравствено стање је боље међу испитаницима који раде у приватном сектору. Овај резултат је паралелан са студијама које истичу потенцијалне предности запошљавања у приватном сектору, укључујући већу флексибилност, конкурентске предности и потенцијално модерније организационе структуре (Doherty et al., 2014).

Организације из приватног сектора могу дати приоритет здрављу и добробити запослених кроз свеобухватне програме и бенефиције, доприносећи бољим укупним здравственим исходима.

Испитујући карактеристике посла, статистички значајне разлике које фаворизују компаније из приватног сектора у погледу аутономије, повратних информација, сарадње са другима и пријатељства сугеришу да приватно власништво може да обезбеди повољније радно окружење у погледу ових аспеката посла. Ово је у складу са литературом која наглашава потенцијал приватних предузећа да понуде већу аутономију, повратне информације о учинку и културе рада сарадње (Datta et al., 2010; Thompson & Rissucci, 1998). Познато је да ове карактеристике позитивно утичу на задовољство запослених и организационе резултате.

§§§

На самом крају резултата, претпоставило се услови неизвесности под којим запослени ради утиче на његова персонална и организациона понашања (Rerstrepo & Salgado, 2013). На пример, запослени који раде са привременим, повременим или ауторским уговорима често су изложенији неизвесности у погледу будућности свог запослења, што може довести до стреса и незадовољства, а тиме и до повећаног апсентизма. Уговори о раду такође могу утицати на то да ли запослени имају право на боловање, плаћено одсуство и друге облике подршке када су болесни или се суочавају са личним проблемима. Радници са уговорима који не пружају ове врсте подршке могу се осећати незаштићено и мање мотивисано да долазе на посао, што може довести до повећаног апсентизма.

На основу тестирања хипотезе, утврђено је да тип уговора представља значајан фактор разлика у изражености општег нивоа здрављу испитаника и преференцијама ка три карактеристике посла посла а то су – Аутономија, Идентитет задатка и Пријатељство. Ниво општег здравља, Аутономија и Идентитет задатка су виши код испитаника који су запослени у односу на уговор на одређено, док је Пријатељство карактеристичније код испитаника који су запослени на одређено време.

Прво, ниво општег здравља је виши код испитаника запослених на одређено време. Овај налаз је у складу са студијама које наглашавају потенцијалне здравствене диспаритете између запослених на различитим типовима уговора, при чему они са уговорима на одређено време доживљавају већи ниво стреса и ниже опште здравље (De Cuypers et al., 2008; Virtanen et al., 2002). Несигурна природа запослења на одређено време може допринети повећаној здравственој забринутости, захтевајући циљане интервенције за подршку добробити запослених на таквим уговорима.

Испитујући карактеристике посла, и Аутономија и Идентитет задатка су израженији код испитаника са уговорима на одређено време. Овај резултат је у супротности са традиционалним очекивањима, пошто је запошљавање на одређено време често повезано са нижом аутономијом посла и идентитетом задатка због привремене и често специфичне природе таквих уговора (Kalleberg, 2000; De Cuypers et al., 2008). Неочекивана позитивна веза сугерише потенцијалне варијације у природи уговора на одређено време у различитим организационим контекстима, што захтева даље истраживање специфичних карактеристика дизајна послова повезаних са овим уговорима.

Занимљиво је да је Пријатељство карактеристичније међу испитаницима на одређено време. Овај резултат може одражавати појачан фокус на друштвене везе међу појединцима у уговорима о привременом запошљавању, могуће као механизам суочавања са неизвјесношћу запошљавања (De Cuypers et al., 2009). Организације треба да препознају важност неговања мрежа социјалне подршке за запослене са уговорима на одређено време како би се повећало задовољство послом и благостање.

6. ЗАКЉУЧАК

У раду је постављена једна општа и десет специфичних хипотеза. На основу њихове статистичке провере утврђени су следећи резултати:

Различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички су значајни корелати апсентизма на послу - На основу добијених резултата утврђена је статистички значајна негативна корелација на нивоу значајности ,05 између скорова на скали менталног здравља (МНН-5) и одсуства са посла услед здравствених тегоба (боловања) и са две карактеристике посла - Сарадња са другима и Пријатељство са укупним одсуством запослених. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајне разлике између запослених различитог пола у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - На основу тестирања хипотезе, утврђено је да пол представља значајан фактор разлика у изражености нивоа одсуства усред здравствених тегоба (боловање), укупног одсуства са посла у протеклих 12 месеци, менталног здравља, и преференцијама ка једној карактеристици посла, а то је Повратна информација. Укупни апсентизам и боловање бележе више жене у односу на мушкарци. Ментално здравље се показало као израженије на мушком подузorkу. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајне разлике између запослених различитих старосних категорија у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између старости и укупног одсуства, менталног здравља и три карактеристике посла – Аутономија и Идентитет задатка, док старост остварује статистички значајну, негативну корелацију са карактеристиком посла - Пријатељство. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајне разлике између запослених различитог образовног нивоа у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - На основу резултата утврђује се да образовање има статистички значајан ефекат на варијабле укључене у предложени модел. На основу прегледа резултата појединачних ефеката утврђује се да образовање испитаника има значајан ефекат на укупан апсентизам, као и

нивоа менталног и општег здравља. На основу резултата закључује се да је укупан апсентизам израженији код испитаника са вишим нивоима образовања, дакле код испитаника са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом бележи се виши ниво апсентизма у односу на запослене са завршеном средњом школом. Слични ефекти добијени су и на варијабли менталног здравља, испитаника са завршеним основним академским студијама, вишом школом, мастер студијама и докторатом бележи се виши ниво менталног здравља у односу на запослене са завршеном средњом школом. Опречно овоме опште здравље испитаника више је код испитаника са завршеном средњом школом и основним академским студијама/вишом школом у односу на испитаника који су завршили мастер/докторат. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајна корелација између дужине радног стажа и различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између старости и укупног одсуства, менталног здравља и три карактеристике посла – Аутономија и Идентитет задатка, док старост остварује статистички значајну, негативну корелацију са карактеристиком посла – Пријатељство. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајне разлике између различитих процена материјалног статуса запослених у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Резултати студије указују на уједначеност између различитих нивоа материјалног статуса запослених у испољавању различитих аспеката здравља, карактеристика посла и изостанака са посла. Овај налаз је у складу са неком постојећом литературом, која сугерише да материјални статус можда није увек одлучујући фактор у одређивању здравствених исхода и понашања у вези са послом. Хипотеза се одбацује.

Постоји статистички значајна корелација између учесталости промене посла у претходних 5 година и менталног здравља, карактеристика посла и апсентизма - Према добијеним резултатима утврђује се да постоји статистички значајна, позивна корелација између учесталости промене посла и карактеристике посла Сарадња са другима. Резултати студије утврђују статистички значајну корелацију између учесталости промене посла и карактеристика посла Сарадња са другима. Овај налаз доприноси постојећој литератури

која истражује динамику између радне мобилности и специфичних карактеристика посла. Хипотеза је потврђена.

Различити аспекти здравља и карактеристике посла статистички значајно предиктују апсентизам на узорку запослених који раде у различитим секторима - Резултати вишеструке линеарне регресије су утврдили да су ментално здравље и опште здравље стабилни негативни предиктори изостажња са посла међу организацијама у угоститељству, здравству и производњи, док је у администрацији позитиван предиктор. Предвиђање изостанака са посла у контексту карактеристика посла даје нешто другачију слику. Аутономија је позитиван предиктор изостанака у угоститељском сектору, повратна информација је негативан предиктор изостанака у администрацији, док је пријатељство негативан предиктор изостанака у сектору администрације. Хипотеза је потврђена.

Постоје статистички значајне разлике између запослених који раде у предузећима различите величине у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Укупни апсентизам израженији у малим и средњим предузећима у складу је са претходним истраживањима која наглашавају јединствене изазове са којима се суочавају мање организације. Испитаници који раде у мањим пословним системима показују израженије ментално здравље у поређењу са онима у средњим и великим организацијама. Насупрот томе, опште ментално здравље је израженије код испитаника у великим компанијама у поређењу са малим. Анализирајући карактеристике посла, резултати указују да су два аспекта – Разноликост посла и Сарадња са другима – израженија у великим предузећима у односу на мала и средња предузећа.

Постоје статистички значајне разлике између запослених који раде у приватном и државном сектору у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Утврђено је да тип власништва представља значајан фактор разлика у изражености ниво одсуства усред здравствених тегоба, укупног одсуства са посла у протеклих 12 месеци, менталног здравља, општем здрављу испитаника и преференцијама ка четири карактеристике посла посла а то су – Аутономија, Повратна информација, Сарадња са другима и Пријатељство. Ниво одсуства услед здравствених тегоба, укупан апсентизам, ментално здравље карактеристичнији израженији су код испитаника који раде у државним предузећима, док је опште здравље више код испитаника који раде у

приватном сектору. Све статистички значајне разлике добијене на карактеристикама посла карактеристичније су за предузећа у приватној својини.

Постоје статистички значајне разлике између запослених са различитим врстама уговора у изражености различитих аспеката здравља, карактеристика посла и апсентизма - Утврђено је да тип уговора представља значајан фактор разлика у изражености општег нивоа здрављу испитаника и преференцијама ка три карактеристике посла посла а то су – Аутономија, Идентитет задатка и Пријатељство. Ниво општег здравља, Аутономија и Идентитет задатка су виши код испитаника који су запослени у односу на уговор на одређено, док је Пријатељство карактеристичније код испитаника који су запослени на одређено време.

Одсуствовање са посла представља значајне изазове за организације које желе да одрже продуктивност и промовишу добробит запослених. Разумевањем основних узрока и последица изостајања са посла, послодавци могу да спроведу циљане интервенције како би ефикасно решили ово питање. Неговањем подстицајног радног окружења, промовисањем здравља и благостања запослених и применом проактивних пракси управљања, организације могу да смање изостајање и створе продуктивнију и отпорнију радну снагу.

6.1 Ограничења

Упркос бројним резултатима из ове студије, мора се признати неколико ограничења како би се обезбедило јасније тумачење налаза.

Прво, студија се ослања на податке самопроцене што отвара могућност за пристрасност одговора. Учесници могу дати друштвено пожељне одговоре или погрешне информације, што утиче на тачност података. Будућа истраживања би могла да обухвате објективне мере или да користе више извора података како би се повећала поузданост налаза.

Друго, дизајн попречног пресека студије ограничава могућност утврђивања узрочности између варијабли. Лонгитудиналне студије би пружиле свеобухватније разумевање динамичких односа између здравља, карактеристика посла и изостајања са посла током времена.

Треће, генерализација студије може бити ограничена због специфичних сектора или индустрија укључених у узорак. Налази можда нису универзално применљиви и треба бити опрезан када се закључци проширују на различите организационе контексте.

Што се тиче проблема мерења апсентизма, ослањање на податке о одсуству које су сами пријавили може довести до пристрасности при сећању. Запослени се можда неће тачно сетити или пријавити свој изостанак, што доводи до потцењивања или прецењивања стварних стопа изостанака. Будућа истраживања би могла да истраже алтернативне методе, као што је коришћење организационих записа или система за праћење времена, како би се добиле објективније и тачније мере изостајања са посла.

Студија се не бави потенцијалним утицајем организационе културе, стилова руковођења или политике радног места на одсуствовање. Ови контекстуални фактори могу играти кључну улогу у обликовању понашања и благостања запослених, а њихово изостављање представља ограничење.

6.2 Будући трендови истраживања

У сталном развоју организационе психологије и управљања људским ресурсима, одсуствовање са посла остаје критична област проучавања са бројним могућностима за будућа истраживања. Један обећавајући тренд је истраживање утицаја нових трендова на радном месту, као што су рад на даљину и флексибилни распореди, на обрасце изостајања са посла. Како организације све више усвајају флексибилност омогућен технологијом, разумевање како ове промене утичу на здравље запослених, задовољство послом и изостанак са посла постаје значајно. Истраживања у овој области би могла да истраже јединствене изазове и предности повезане са виртуелним радним окружењима, нудећи увид у дизајн ефективних политика рада на даљину и интервенција за управљање одсуством у контексту еволуирајућих радних структура.

Још један значајан пут за истраживање укључује повезивање добробити запослених, карактеристика посла и одсуства са посла у оквиру одрживих радних места. Како организације широм света препознају важност стварања окружења које даје приоритет и физичком и менталном здрављу запослених, истраживање би могло да се бави дизајном и применом одрживих радних пракси. Истраживање како карактеристике посла, као што су

аутономија, повратне информације и сарадња, доприносе одрживом радном окружењу и утичу на стопе изостанака са посла, могло би да води развој стратегија заснованих на доказима за неговање добробити запослених и оперативне отпорности. Овај истраживачки тренд је у складу са све већим нагласком на стварању радних места која не само да покрећу економски раст, већ и дају приоритет холистичком здрављу и задовољству радне снаге.

7. ЛІТЕРАТУРА

- Aarstad J, Kvitastein OA. (2023). Effect of Long-Term Absenteeism on the Operating Revenues, Productivity, and Employment of Enterprises. *Administrative Sciences*, 13(6):156. <https://doi.org/10.3390/admsci13060156>
- Aarti R, Sekar K. Strengths perspective in mental health (evidence based case study) [Internet]. In: Strength Based Strategies - 2006. Dostupno na: <http://www.strengthbasedstrategies.com/PAPERS/16RanganFormatted.pdf>
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14.
- Adler, NE., Stewart J. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186:5-23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x. PMID: 20201865.
- Aflakseir, A. (2010). The Role of Social Support and Coping Strategies on Mental Health of a Group of Iranian Disabled War Veterans. *Iranian journal of psychiatry*. 5:102-7.
- Akgeyik, T. (2014). Factors affecting employee absenteeism (a study on a sample of textile workers). *European Journal of Management*, 14: 69-76. 10.18374/EJM-14-3.7.
- Akhtar, M. & Riaz, M. & Shaheen, H. (2021). Sense of Coherence, Quality of Life and Mental Health among Adults Identified with Different Levels of Depression. *Global Sociological Review*, 6: 188-193. 10.31703/gsr.2021(VI-I).22.
- Akparep, J., Jengre, E. & Mogre, Alisa. (2019). The Influence of Leadership Style on Organizational Performance at TumaKavi Development Association, Tamale, Northern Region of Ghana. *Open Journal of Leadership*, 08. 1-22. 10.4236/ojl.2019.81001.
- Allen, T., Johnson, R., Kiburz, K., Shockley, K. (2013). Work-Family Conflict and Flexible Work Arrangements: Deconstructing Flexibility. *Personnel Psychology*, 66, 345-376. 10.1111/peps.12012.

- Alonso-Nuez, M., Cañete Lairla, M., García, M, Lacruz, A., Gil, I. (2022). Corporate social responsibility and workplace health promotion: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 13. 10.3389/fpsyg.2022.1011879.
- Amnie AG. (2018). Emerging themes in coping with lifetime stress and implication for stress management education. *SAGE Open Medicine*, 6. doi:10.1177/2050312118782545
- Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Tomás, C. (2022). Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15276. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215276>
- Antaramian, S. P., Scott Huebner, E., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462–472. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x>
- Arena, M., Azzone, G., & Bengo, I. (2015). Performance measurement for social enterprises. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(2), 649-672.
- Aronsson J., Hagberg C., Björklund., Aboagye, Marklund, C. Leineweber · G. Bergström (2021). Health and motivation as mediators of the effects of job demands, job control, job support, and role conflicts at work and home on sickness presenteeism and absenteeism. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94:409–418 <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01591-w>
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958-966. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17>.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502–509.

- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., & Cortès, U. (2004). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(1), 52–59.
- Avey, J. B., Patera, J. L., & West, B. J. (2006). The Implications of Positive Psychological Capital on Employee Absenteeism. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(2), 42-60. <https://doi.org/10.1177/10717919070130020401>
- Bae, Y. H. (2021). Exploratory Analysis of Related Factors with Absenteeism and Presenteeism on Workers: Using the Fourth Korea Working Condition Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11214. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111214>
- Bae, Y. H., Lee, J. H., Yoo, H. J., Kim, D. E., Lee, B. R., Kim, Y. H., & Ha, H. G. (2012). Associations between work-related musculoskeletal pain, quality of life and presenteeism in physical therapists. *Journal of Korean Society of Occupational and Environmental Hygiene*, 22, 61–72.
- Bailey, C., Madden, A., Alfes, K., Fletcher, L., Robinson, D., Holmes, J., Buzzeo, J., & Currie, G. (2015). *Evaluating the evidence on employee engagement and its potential benefits to NHS staff: A narrative synthesis of the literature*. Southampton (UK): NIHR Journals Library. PMID: 26086062.
- Baker-McCleary, D., Greasley, K., Dale, J., & Griffith, F. (2010). Absence management and presenteeism: The pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resource Management Journal*, 20, 311–328.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215
- Banjade, S., & Paudel, S. (2023). Factors Affecting Employee Absenteeism in Nepalese Commercial Banks. *Journal of Business & Social Development (JBSD)*, 2(1).
- Bankert, B., Coberley, C., Pope, J. E., & Wells, A. (2015). Regional Economic Activity and Absenteeism: A New Approach to Estimating the Indirect Costs of Employee Productivity Loss. *Population Health Management*, 18, 47–53.
- Barmby, S. (2000). Worker Absenteeism: Why Firm Size May Matter? *Manchester School* 68(5):568 – 577.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., & Lindh, T. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 1179–1190. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0433-6>
- Bergstrom, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 629–638. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a8281b>
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2), 169–176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Birnbaum, H. (2005). Friction-Cost Method as an Alternative to the Human-Capital Approach in Calculating Indirect Costs. *Pharmacoeconomics*, 23, 103–104. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523020-00001>
- Biron, C., & Saksvik, P. Ø. (2009). *Sickness presenteeism and attendance pressure factors: Implications for practice*. In C. L. Cooper, J. C. Quick, & M. J. Schabracq (Eds.), *International handbook of work and health psychology* (3rd ed., pp. 77–96). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470682357.ch5>
- Birren, J. (2007). *Encyclopedia of gerontology*. Print Book, English. Edition: 2nd e;

- Blanco, A., & Díaz, D. (2007). Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Psychology in Spain, 11*, 61-71.
- Böckerman, P., Bryson, A., & Ilmakunnas, P. (2011). Does high involvement management improve worker well-being? *Journal of Economic Behavior & Organization, 78*(2), 311–329.
- Bolton, T. & Hughes, S. (2001). *Absence Management* - What is your gender? Chandos Publishing, Oxford.
- Borgogni, L., Dello Russo, M., Miraglia, M., & Vecchione. (2013). The role of self-efficacy and job satisfaction on absences from work. *European Review of Applied Psychology, 63*(3), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.007>
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., & Stansfeld, S. A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ, 314*(7080), 558–565.
- Bouville, G., Russo, S., Truxillo, D. (2018). The moderating role of age in the job characteristics–absenteeism relationship: A matter of occupational context? *Journal of Occupational and Organizational Psychology 91*(1):57-83.
- Boyas, J., & Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review, 32*, 380–388. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.10.009>
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: What's the difference? *Journal of Management Studies, 39*(1), 97–122.
- Brand, J. E. (2015). The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment. *Annual Review of Sociology, 41*, 359-375. doi: 10.1146/annurev-soc-071913-043237. PMID: 26336327; PMCID: PMC4553243.
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C., & Suleman, R. (2014). Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care

- research: A systematic review. *Health Expectations*, 17(5), 637-650. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00795.x. PMID: 22809132; PMCID: PMC5060910.
- Brooke, P. P., & Jr. (1986). Beyond the Steers and Rhodes Model of Employee Attendance. *Academy of Management Review*, 11(2), 345-361.
- Brouwer, W. B., Niessen, L. W., Postma, M. J., & Rutten, F. F. (2005). Need for differential discounting of costs and health effects in cost-effectiveness analyses. *BMJ*, 331(7514), 446-448. doi: 10.1136/bmj.331.7514.446. PMID: 16110075; PMCID: PMC1188116.
- Brun, Jean-Pierre, Biron, Caroline, & Cooper, Cary. (2006). *Absenteeism and presenteeism: Between sickness, workers' laziness, and professional responsibility*. Conference presentation at the British Academy of Management, Belfast, United Kingdom.
- Brynjolfsson, E., & McAfee, A. (2014). *The Second Machine Age: Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*. WW Norton & Company.
- Buble, M. (2006). *Organizacija*. Split: Ekonomski fakultet.
- Burmeister, E. A., Kalisch, B. J., Xie, B., Doumit, M. A. A., Lee, E., Ferraresion, A., Terzioglu, F., & Bragadóttir, H. (2019). Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 143-153. <https://doi.org/10.1111/jonm.12659>
- Burton, R. M., Lauridsen, J., & Obel, B. (2017). *Designing Organizations: 21st Century Approaches*. Springer.
- Buzeti, J. (2020). Association between field of work, years of service, and sickness absenteeism in public administration, *Organizacija*, 53(1): 53-67.
- Buzeti, J., Bilban, M., & Stare, J. (2015). Correlation between sickness absenteeism and temperament of employees in the public administration«. *Mednarodna revija za javno upravo*, 13(3-4), 27-66. <http://doi.org/10.17573/ipar.2016.2-3.07>
- Buzeti, J., Stare, J., Klun, M., & Kotnik, Ž. (2016). The Impact of Leader's Temperament on Work Absence. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 1: 23-37.

- Bycio, P. (1992). Job performance and absenteeism: A review and meta-analysis. *Human Relations*, 45(2), 193–220. <https://doi.org/10.1177/001872679204500206>
- Cairney J., Veldhuizen S., Wade T.J., Kurdyak P., Streiner D.L. (2007) Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 111–120.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. John Wiley & Sons.
- Campbell, R. J. (2004). *Campbell's Psychiatric Dictionary, eight edition*, Oxford University Press, Inc.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olff, M., Rijnen, B., & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS One*, 7(9), e44948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>
- Caron, J., & Liu, A. (2011). Factors associated with psychological distress in the Canadian population: A comparison of low-income and non low-income sub-groups. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 318-330. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9306-4>
- Carpenter, M. A., Sanders, W. M., & Gregersen, H. B. (2001). Bundling human capital with organizational context: The impact of international assignment experience on multinational firm performance and CEO pay. *Academy of Management Journal*, 44(3), 493-511
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and

- recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134. <https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x>
- Chaudhry, I., Maurice, J., & Tajuddin, M. (2015). Impact of job characteristics on employees' emotions & work-related outcomes in Pakistan. *International Journal of Business and Management*, 10(8), 233. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v10n8p233>
- Chen, J., & Wu, L. (2020). Investigating the relationship between telecommuting, task autonomy, and employee performance. *Journal of Organizational Behavior*, 41(5), 537-554.
- Cho, J. M., Kim, G. S., & Kim, M. H. (2009). Health problems and work impairment in nurses working at community health centers. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 23, 69–77.
- Cichocki, A., & Irwin, G. (2014). *Adaptive Business Intelligence*. Springer.
- Čikeš, V., Ribarić, H., Črnjar, K. (2018). The Determinants and Outcomes of Absence Behavior: A Systematic Literature Review. *Social Sciences*, 7(8):120.
- Cocker, F., Martin, A., Scott, J., Venn, A., & Sanderson, K. (2013). Psychological distress, related work attendance, and productivity loss in small-to-medium enterprise owner/managers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(10), 5062-5082. <https://doi.org/10.3390/ijerph10105062>
- Conway, P. M., Hogg, A., Rugulies, R., & Hansen, A. M. (2014). Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 595–603. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000177>
- Cooper, C., & Locke, E. (2007). *Industrial and organisational psychology*. Malden, MA: Blackwell Business.
- Courtenay, W.H. (2000) Engendering health: a social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours. *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1): 4–1)

- Cucchiella, F., Gastaldi, M., & Ranieri, L. (2014). Managing absenteeism in the workplace: The case of an Italian multiutility company. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 1157–1166.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28.
- Daft, R. L. (2015). *Organization theory and design*. Cengage Learning.
- Daft, R. L. (2018). *Management*. Cengage Learning.
- Dain, N. (1980). *Clifford W. Beers, Advocate for the Insane*. University of Pittsburgh Press.
- Dalgard, O., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P.-H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: Results from a nationwide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7, 20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-20>
- Datta, D. K., Guthrie, J. P., & Wright, P. M. (2010). Human resource management and labor productivity: Does industry matter? *Academy of Management Journal*, 53(4), 741–765.
- De Cuyper, N., De Witte, H., Kinnunen, U., & Nätti, J. (2008). The relationship between job insecurity and employability and well-being among Finnish temporary and permanent employees. *International Journal of Human Resource Management*, 19(11), 2119–2134.
- De Cuyper, N., Mäkikangas, A., Kinnunen, U., Mauno, S., & Witte, H. D. (2009). Cross-lagged associations between perceived external employability, job insecurity, and exhaustion: Testing gain and loss spirals according to the conservation of resources theory. *Journal of Organizational Behavior*, 30(6), 805–827.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., & Bongers, P. M. (2004). "The very best of the millennium": Longitudinal research and the demand–control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 282–305.
- de Oliveira, C., Saka, M., Bone, L., & Jacobs, R. (2023). The role of mental health on workplace productivity: A critical review of the literature. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 167–193. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00761-w>

- De Paola, M., Scoppa, V. & Pupo, V. (2014). Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of Changes in Sick Leave Policy. *Journal of Labor Economics*. 32(2), 337-360. <http://doi.org/10.1086/674986>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Denison, D. R., & Spreitzer, G. M. (2014). *Organizational culture and leadership*. John Wiley & Sons.
- Di Corrado, D., Muzii, B., Magnano, P., Coco, M., La Paglia, R., & Maldonato, N. M. (2022). The moderated mediating effect of hope, self-efficacy, and resilience in the relationship between post-traumatic growth and mental health during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*, 10(6), 1091. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061091>
- Dias, A., Hélio Rubens de Carvalho Nunes, Carlos Ruiz-Frutos, Juan Gómez-Salgado, & Melissa Sprösser (2023). The impact of disease changes and mental health illness on readapted return to work after repeated sick leaves among Brazilian public university employees. *Frontiers in Public Health*, 10, 1026053. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1026053>
- Dmitrijeva, J., Schroeder, A., Ziaee Bigdeli, A., & Baines, T. (2019). Context matters: How internal and external factors impact servitization. *Production Planning & Control*, 31, 1–21. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1699195>
- Doherty, A., Haugh, D., & Lyon, F. (2014). Social enterprises as hybrid organizations: A review and research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 16(4), 417–436.
- Dohrenwend, B., Shrout, P. E., Egri, G., et al. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- Donev, D. (2000). *Human health – definition, concept, and content. How the disease occurs and the natural course of disease*. Modern concept and definition of healthcare [In

- Macedonian]. In B. Nikodijevic (Ed.), *Contemporary diagnostics and therapy in medicine* (pp. 5-19). Skopje: Faculty of Medicine.
- Dong, H., Yim, B., & Zhang, J. J. (2020). Organizational structure, public-private relationships, and operational performance of large-scale stadiums: Evidence from local governments in China. *Sustainability*, 12(19), 8002. <https://doi.org/10.3390/su12198002>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Duchaine, C. S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., et al. (2020). Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 842–851.
- Eagly, A. H., & Carli, L. L. (2007). *Through the labyrinth: The truth about how women become leaders*. Harvard Business Review Press.
- Eaton, W. W., & Harrison, G. (1998). Epidemiology and social aspects of the human envirome. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 165-168.
- Edwards, J. R., & Cooper, C. L. (1990). The person environment fit approach to stress: Recurring problems and some suggested solutions. *Journal of Organizational Behavior*, 11(4), 293–307. <https://doi.org/10.1002/job.4030110405>
- Eisenbeiss, S. A., Knippenberg, D. V., & Boerner, S. (2008). Transformational leadership and team innovation: Integrating team climate principles. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1438-1446.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1990). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 75(4), 500–507.
- Elshout, R., Sherp, E., & Van Der Feltz-Cornelis, C. (2013). Understanding the link between leadrship style, employee satisfaction, and absenteeism: a mixed methods design

- study in a mental health care institution. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13(9), 823-837. <http://doi.org/10.2147/NDT.S43755>
- Eurofound (2017). *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report* (2017 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
- Eurofound (2019). *Eight European Working Conditions Survey – Overview report* (2019 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2005). *The European Commission Green Paper on Mental Health*.
- Evans, A., & Palmer, S. (2000). *From absence to attendance*. London: Chartered Institute of Personnel and Development – CIPD House.
- Фајгељ, С. (2012). *Метод и теорија психолошког мерења*. Београд: Друштво психолога Србије.
- Faramarzi, A., Javan-Noughabi, J., Tabatabaee, S. S., Najafpoor, A. A., & Rezapour, A. (2021). The lost productivity cost of absenteeism due to COVID-19 in health care workers in Iran: A case study in the hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. *BMC Health Services Research*, 21, 1169. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07200-x>
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.
- Fernet, C., Trépanier, S. G., Austin, S., Gagné, M., & Forest, J. (2015). Transformational leadership and optimal functioning at work: On the mediating role of employees' perceived job characteristics and motivation. *Work & Stress*, 29, 11–31.
- Fiske, A., & Carstensen, L. L. (2011). *Cognition and social behavior in old age*. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 153–165). Academic Press.

- Fitzgerald, S., Kirby, A., Murphy, A., & Fiona Geaney (2016). Obesity, diet quality and absenteeism in a working population. *Public Health Nutrition*, 19(18), 3287–3295. <http://doi.org/10.1017/S1368980016001269>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Forte, A., & Nicola, S. (2017). *Strategies for Reducing Employee Absenteeism for a Sustainable Future: A Bermuda Perspective*. Doctoral dissertations, Walden University.
- Fory, A. & Simamora, Benget & Nadeak, Salam & Nugraha, Safwandy & Prasetya, Indra & Hendriarto, Prasetyono. (2021). Decentralization, centralization and quality of organizational performance of human resources. *Academy of Strategic Management Journal*. 20, 1-12.
- Framke, E., Sørensen, J. K., Alexanderson, K., et al. (2021). Emotional demands at work and risk of long-term sickness absence in 1.5 million employees in Denmark: A prospective cohort study on effect modifiers. *The Lancet Public Health*, 6, e752–e759.
- Fried, Y., & Ferris, G. (1987). The validity of the job characteristics model: A review and meta-analysis. *Personnel Psychology*, 40(2), 287–322.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*.
- Fujishiro, K., Ahonen, E. Q., Gimeno Ruiz de Porras, D., Chen, I. C., & Benavides, F. G. (2021). Sociopolitical values and social institutions: Studying work and health equity through the lens of political economy. *SSM - Population Health*, 14, 100787.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Garcia, A., & Martinez, B. (2021). Supervisor support moderating the relationship between work-life balance initiatives and task variety. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(1), 89-104.
- Giga, S., Cooper, C., & Faragher, B. (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International*

- Journal of Stress Management*, 10(4), 280–296. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.4.280>
- Giri, O. (2019). Study on the role of project manager in improving the project performance. *Technical Journal*, 1, 133–139. <https://doi.org/10.3126/tj.v1i1.27711>
- Gjellestad, M., Haraldstad, K., Enehaug, H., & Helmersen, M. (2023). Women's health and working life: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1080. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021080>
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Gonäs, L., Wikman, A., Vaez, M., Alexanderson, K., & Gustafsson, K. (2019). Gender segregation of occupations and sustainable employment: A prospective population-based cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(3), 348–356. <https://doi.org/10.1177/1403494818785255>
- Gosselin, E., Lemyre, L., Corneil, W. (2013). Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18: 75–86.
- Grandey, A. A., Gabriel, A. S., & King, E. B. (2020). Tackling taboo topics: A review of the three M s in working women's lives. *Journal of Management*, 46, 7–35.
- Grant, A., Fried, Y., & Juillerat, T. (2009). *Work matters: Job design in classic and contemporary perspectives*. In APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 1, 417–453.
- Griffard, B. (2002). *Shortening the defense acquisition cycle: A strategic imperative*. Issues Paper 13-02. Carlisle Barracks, PA
- Grigore, O. (2020). Factors contributing to work-related absenteeism during the COVID-19 pandemic. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*, 8(3), 401–418. <https://doi.org/10.2478/mdke-2020-0026>

- Grmek, M., & Antun Budak. (1996). *Uvod u medicinu* [Introduction to Medicine, Third Revised and Expanded Edition]. Nakladni zavod Globus.
- Grob, G. (1994). *The Mad Among US, A history of the Care of America's Mentally Ill*, Macmillian Press.
- Grybauskas, A., Stefanini, A., Ghobakhloo, M. (2022). Social sustainability in the age of digitalization: A systematic literature Review on the social implications of industry 4.0. *Technology in Society*, 70, 101997
- Gubler, T., Larkin, I., & Pierce, L. (2017). Doing well by making well: The impact of corporate wellness programs on employee productivity. *Management Science*, 63(11), 3434–3457.
- Guðmundsdóttir, D. G. (2011). *Positive psychology and public health*. In R. Biswas-Diener (Ed.), *Positive Psychology as Social Change* (pp. 125–140). New York: Springer.
- Gulati, R., Wohlgezogen, F., & Zhelyazkov, P. (2012). The two facets of collaboration: Cooperation and coordination in strategic alliances. *The Academy of Management Annals*, 6, 1–53. <https://doi.org/10.1080/19416520.2012.691646>
- Gustafsson, K., Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24: 153–165.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250–279.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Addison-Wesley.
- Hackman, J.R., Lawler, E.E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55, 259–286.
- Hamka, H., Ni'matuzahroh, & Mein-Woei, S. (2020). Spiritual Well-Being and Mental Health of Students in Indonesia. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200120.032>

- Hammoudi Halat, D., Soltani, A., Dalli, R., Alsarraj, L., & Malki, A. (2023). Understanding and Fostering Mental Health and Well-Being among University Faculty: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 4425. <https://doi.org/10.3390/jcm12134425>
- Harrison, D. A., & Martocchio, J. J. (1998). Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of Management*, 24(3), 305–350. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(99\)80064-6](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(99)80064-6)
- Harrison, D., & Martocchio, J. J. (1998). Time for Absenteeism: A 20-Year Review of Origins, Offshoots, and Outcomes. *Journal of Management*, 24(1), 305–350.
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 1–17.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., & Tackenberg, P. (2004). *NEXT Scientific Report: Early retirement in the European Union*. NEXT Study Group.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work—But out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49–58.
- Henderson, M., Glozier, N., Holland Elliott, K., & Longley, W. (2013). Hotopf, M. (2013). Work and mental health in the UK. *BMJ*, 346, f2814.
- Heron, R. (2013). Investing in the health of working age people--good for individuals, business and the economy. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 63. 314-7. [10.1093/occmed/kqt064](https://doi.org/10.1093/occmed/kqt064).
- Hitt, M. A., Ireland, R. D., & Hoskisson, R. E. (2017). *Strategic management: concepts and cases: competitiveness and globalization*. Cengage Learning.
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., ... & Simon, N. M. (2017). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*, 262, 328-332.
- Holland, J. L. (1997). *Making Vocational Choices: A Theory of Careers*. Prentice Hall.

- House, R. J., Javidan, M., Hanges, P., & Dorfman, P. (2002). Understanding cultures and implicit leadership theories across the globe: An introduction to Project GLOBE. *Journal of World Business*, 37, 3–10. [https://doi.org/10.1016/S1090-9516\(01\)00069-4](https://doi.org/10.1016/S1090-9516(01)00069-4)
- Hout, W. V. D. (2009). The value of productivity: Human-capital versus friction-cost method. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, i89–i91. <https://doi.org/10.1136/ard.2009.117150>
- Huang, Y., & Chen, L. (2020). Cross-cultural examination of the relationship between task complexity and performance. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 51(3), 279-295.
- Humphrey, S. E., Nahrgang, J. D., & Morgeson, F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1332–1356.
- Ichino, A., & Riphahn, R. T. (2005). The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation. *Journal of the European Economic Association*, 3, 120–143.
- Inoue, A., Tsutsumi, A., Kachi, Y., Eguchi, H., Shimazu, A., & Kawakami, N. (2020). Psychosocial work environment explains the association of job dissatisfaction with long-term sickness absence: A one-year prospect study of Japanese employees. *Journal of Epidemiology*, 30(9), 390–395. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20190050>
- Insel, T., & Cuthbert, B. (2009). Endophenotypes: Bridging genomic complexity and disorder heterogeneity. *Biological Psychiatry*, 66(11), 988-989.
- Islam, M.S., Amin, M., Feranita, F. and Winterton, J. (2023). *Coming to work with an illness: the role of high-involvement work systems and individual competence on presenteeism*", *Employee Relations*. <https://doi.org/10.1108/ER-10-2022-0491>
- Ivanov, D. (2022). The Industry 5.0 framework: viability-based integration of the resilience, sustainability, and human-centricity perspectives. *International Journal of Production Research*. 61. 1-13. 10.1080/00207543.2022.2118892.
- Ives, M. (2005). Identifying the contextual elements of project management within organizations and their impact on project success. *Project Management Journal*, 36(1), 37–50.

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Janicijevic, Nebojsa. (2013). The mutual impact of organizational culture and structure. *Economic Annals*. 58. 35-60. 10.2298/EKA1398035J.
- Jenzer, T., Meisel, S. N., Blayney, J. A., Colder, C. R., & Read, J. P. (2020). Reciprocal processes in trauma and coping: Bidirectional effects over a four-year period. *Psychological Trauma*, 12(2), 207-218. <https://doi.org/10.1037/tra0000500>
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), 483–500.
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 483–500. <https://doi.org/10.1037/a0025153>
- Kalleberg, A. L. (2000). Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work. *Annual Review of Sociology*, 26, 341–365.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Keramat, S., Alam, K., Gow, J., & Biddle, S. (2020). Gender differences in the longitudinal association between obesity, and disability with workplace absenteeism in the Australian working population. *PLoS ONE*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233512>.
- Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D. E., Stang, P. E., & Ustun, T. B. (2004). Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6): S23-S37. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000126683.75201.c5>
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Behaviour Research*, 43, 207-222.

- Keyes, C. (2005). *Toward a science of mental health: Positivedirections in diagnosis and interventions*. U: C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-62). Oxford , England: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Kiely, K., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.010>
- Kirkcaldy, B., Furnham, A., & Shephard, R. (2009). *The Impact of Working Hours and Working Patterns on Physical and Psychological Health*. In Oxford Handbooks Online. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0013>
- Kirmayer, L. J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S., & Isaac, C. (2011). Community resilience: Models, metaphors and measures. *International Journal of Indigenous Health*, 7(1), 62-117.
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., ... Virtanen, M.; IPD-Work Consortium. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *The Lancet*, 386(10005), 1739-1746. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)
- Klein, J., Reini, K., & Saarela, J. (2021). Sickness absence and disability pension in the very long term: A Finnish Register-Based study with 20 years follow-up. *Frontiers in Public Health*, 9, 556648. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.556648>
- Kobau, R., Seligman, M. E., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300083>

- Kocakulah, M.C., Kelley, A.G., Mitchell, K.M., Ruggieri, M.P. (2016). Absenteeism problems and costs: Causes, effects & cures. *The International Business & Economics Research Journal*, 15(3), 89-96.
- Koch, T. & Windsperger, J. (2017). Seeing through the network: Competitive advantage in the digital economy. *Journal of Organization Design*. 6. 10.1186/s41469-017-0016-z.
- Kooij, D. T. A. M., de Lange, A. H., Jansen, P. G. W., Dijkers, J. S. E., & Bal, P. M. (2011). Older workers' motivation to continue to work: Five meanings of age: A conceptual review. *Journal of Managerial Psychology*, 26(2), 118–131.
- Koopmanschap, M. A., Rutten, F. F., Van Ineveld, B., & Van Roijen, L. (1995). The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics*, 14, 171–189. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(94\)00044-5](https://doi.org/10.1016/0167-6296(94)00044-5)
- Koren, Ela, Siegel, Alana, Shlezinger, Avital, Sher-Dotan, Maayan, & Dekel, Rachel. (2017). The contribution of mastery to mental health and purpose in life among female veterans with disabilities in Israel. *Health Care for Women International*, 39, <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397673>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893-1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305–331.
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., et al. (Eds.). (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Hamina, EC, Stakes, and the Ministry of Social Affairs and Health.
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., & Keegel, T. (2014). Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14, 131. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
- Lee, S., & Park, H. (2021). Impact of job characteristics on work engagement: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 106(3), 345-362.
- Leiter, M. P., Day, A., Oore, D. G., & Spence Laschinger, H. K. (2012). Getting better and staying better: Assessing civility, incivility, distress, and job attitudes one year after a civility intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(4), 425-434. <https://doi.org/10.1037/a0029540>
- Leitner, M., & Leitner, S. (2012). *Leisure in later life*. Urbana, IL: Sagamore Publishing.
- Lemus-Aguilar, I., Morales-Alonso, G., Ramirez-Portilla, A., & Hidalgo, A. (2019). Sustainable business models through the lens of organizational design: A systematic literature review. *Sustainability*, 11(19), 5379. <https://doi.org/10.3390/su11195379>
- Lentz, B. F., & Labov, J. B. (1989). The evolution of employee job change behavior. *The Review of Economics and Statistics*, 71(2), 268–276.
- Livanos, I., & Zangelidis, A. (2013). Unemployment, labor market flexibility, and absenteeism: A pan-European study. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 52, 492–515.
- Lohaus, F., & Habermann, W. (2019). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*, 29, 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
- Løkke, A.K. (2014) Past absence as a predictor of present absence: the case of a large Danish municipality. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(9), 1267-1280. <http://doi.org/10.1080/09585192.2013.831112>
- Løkke, A-K. (2016). Social capital and health and job related outcomes: the case of a large municipality. *International Journal of Workplace Health Management*, 9, 17–31. doi: 10.1108/IJWHM-12-2014-0055

- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182. PMID: 12522017.
- Lu, X., Yu, H., & Shan, B. (2022). Relationship between Employee Mental Health and Job Performance: Mediation Role of Innovative Behavior and Work Engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6599. doi: 10.3390/ijerph19116599. PMID: 35682185; PMCID: PMC9180763.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-85. doi: 10.1017/s0954579400004156. PMID: 11202047; PMCID: PMC1903337.
- Łyszczarz, B. (2019). Indirect costs and incidence of care-givers' short-term absenteeism in Poland, 2006–2016. *BMC Public Health*, 19(1). <http://doi.org/10.1186/s12889-019-6952>
- Lyttelton, T., Zang, E., & Musick, K. (2022). Parents' work arrangements and gendered time use during the COVID-19 pandemic. *Journal of Marriage and Family*. Advance online publication. doi: 10.1111/jomf.12897. PMID: 36718138; PMCID: PMC9877884.
- MacGregor, J. N., Barton Cunningham, J., & Caverley, N. (2008). Factors in absenteeism and presenteeism: life events and health events. *Management Research News*, 31, 607–615.
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., Álvarez-Fuentes, E., & Iraurgi, I. (2021). Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *PLOS ONE*, 16, e0252075. doi: 10.1371/journal.pone.0252075.
- Maciejczyk, A. (2016). Challenges of Control in Functional Organization Structures: Example of Outsourcing Sector. *Journal of Economics and Management*, 25, 48-62. doi: 10.22367/jem.2016.25.04.
- MacLean, A. D. B. (2008). The management of absence: Why it matters: An analysis of absence management issues, with a case study based in a UK academic library. *Library Management*, 29, 392-413. doi: 10.1108/01435120810869147.

- Maddux, J. (2014). Mental Health and Self-Esteem. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, 1525-1528. doi: 10.1002/9781118410868.wbehibs409.
- Makwana, G. (2022). *Mental Health is an Essential Component of General Health*. XXI. 12.
- Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H., & de Vries, N. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372. doi: 10.1093/her/cyg041.
- Mänty, M., Lallukka, T., Lahti, J., Pietiläinen, O., Laaksonen, M., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2017). Physical and mental health functioning after all-cause and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among ageing employees. *BMC Public Health*, 17, 114. doi: 10.1186/s12889-017-4051-z.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. USA: Blackwell Publishers.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Henry Holt and Company.
- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 124–130. <https://doi.org/10.1136/jech.49.2.124>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., & Bélair, S. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45(3), 475-504.
- Mastekaasa, A. (2000). *Parenthood, gender and sickness absence*. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1827–1842.
- Mastekaasa, A. (2020). Absenteeism in the Public and the Private Sector: Does the Public Sector Attract High Absence Employees? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 30(1) 60–76.

- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12-31.
- Mathisen, J., Nguyen, T. L., Jensen, J. H., Mehta, A. J., Rugulies, R., & Rod, N. H. (2022). *Impact of hypothetical improvements in the psychosocial work environment on sickness absence rates: a simulation study*.
- Matilla-Santander, N., González-Marrón, A., Martín-Sánchez, J. C., Lidón-Moyano, C., Cartanyà-Hueso, À., & Martínez-Sánchez, J. M. (2020). *Precarious employment and health-related outcomes in the European Union: a cross-sectional study*.
- Mauramo, E. E., Lallukka, T., Mänty, M., Sumanen, H., Pietiläinen, O., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2020). *Diagnosis-Specific Sickness Absence and Subsequent Common Mental Disorders: A Register-Linkage Cohort Study among Finnish Public Sector*.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. University of Ottawa. Oxford University Press.
- McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(Supplement 2), 17180-17185.
- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press.
- Medina-Garrido, J. A., Biedma-Ferrer, J. M., & Sánchez-Ortiz, J. (2020). I Can't Go to Work Tomorrow! Work-Family Policies, Well-Being and Absenteeism. *Sustainability*, 12, 5519. <https://doi.org/10.3390/su12145519>
- Melsom, A. M., & Mastekaasa, A. (2018). Gender, occupational gender segregation and sickness absence: Longitudinal evidence. *Acta Sociologica*, 61, 227–245.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing Work Related Psychosocial Ill Health and Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 3-9. <https://doi.org/10.1136/oem.60.1.3>

- Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: a meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), 261–283. <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). Education, Social Status, and Health. Aldine de Gruyter.
- Moksnes, Unni. (2021). *Sense of Coherence*. 10.1007/978-3-030-63135-2_4.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425.
- Montes, J., & Vázquez-Ordás, C. J. (2006). Human Resource Management as a Determining Factor in Organizational Learning. *Management Learning*, 37, 215-239. <https://doi.org/10.1177/1350507606063443>.
- Morgeson, F., & Humphrey, S. (2008). Job and team design: Toward a more integrative conceptualization of work design. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 27, 39–91.
- Mortensen, J., Dich, N., Lange, T., Alexanderson, K., Goldberg, M., Head, J., Kivimäki, M., Madsen, I., Rugulies, R., Vahtera, J., et al. (2017). Job strain and informal caregiving as predictors of long-term sickness absence: A longitudinal multi-cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43, 5–14.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. F., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 983–993.
- Mun, S., Moon, Y., Kim, H., & Kim, N. (2022). Current discussions on employees and organizations during the COVID-19 pandemic: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 13, 848778.
- Munch, P. K., Rasmussen, C. D. N., Jørgensen, M. B., & Larsen, A. K. (2021). Which work environment challenges are top of mind among eldercare workers and how would they

- suggest to act upon them in everyday practice? Process evaluation of a workplace health literacy intervention. *Applied Ergonomics*, 90, 103256.
- Mutambudzi, M., Theorell, T., & Li, J. (2019). Job strain and long-term sickness absence from work: A ten-year prospective study in German working population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(4), 278–284.
- Nadler, D. Tushman, M., & Nadler, M. B. (1997). *Competing by design*. New York, NY: Oxford University Press.10.1093/acprof:oso/9780195099171.001.0001
- Narayanan, R., Zafar, M. (2011). Mental health among private and public sector employees – A comparative study. *SRM Management digest*, 9.
- Nemet-Nejat, K. (1998). *Daily Life in Ancient Mesopotamia*. Daily Life. Santa Barbara, California: Greenwood. pp. 80–81. ISBN 978-0313294976.
- Ng, T. W. H., & Feldman, D. C. (2012). Evaluating six common stereotypes about older workers with meta-analytical data. *Personnel Psychology*, 65(4), 821–858.
- Nguyen, H., Groth, M., & Johnson, A. (2013). When the going gets tough, the tough keep working: Impact of emotional labor on absenteeism. *Journal of Management*, 42, 615-643. <http://doi.org/10.1177/0149206313490026>
- Nicholson, N., Colin A. B & J.K. Chadwick-Jones. (1982). Absence from Work and Personal Characteristics. *Journal Of Applied Psychology*, 62(3):pp. 319-327
- Niedhammer I, Chastang J-F, Sultan-Tai'eb H, et al. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *Eur J Public Health* 2013;23:622–9.
- Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, K. A., & Mykletun, A. (2017). Examination of the double burden hypothesis: A systematic review of work-family conflict and sickness absence. *European Journal of Public Health*, 27(3), 465–471.
- Noordik, E., Nieuwenhuijsen, K., Vrekamp, I., van der Klink, J. J., & van Dijk, J. F. (2011). Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially

- on long-term sick leave due to common mental disorders: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 33(17–18), 1625–1635.
- Nowak, J., Emmermacher, A., Wendsche, J., Döbler, A. S., & Wegge, J. (2022). Presenteeism and absenteeism in the manufacturing sector: A multilevel approach identifying underlying factors and relations to health. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03013-1>.
- Nutakor, J. A., Zhou, L., Larnyo, E., Addai-Danso, S., & Tripura, D. (2023). Socioeconomic status and quality of life: An assessment of the mediating effect of social capital. *Healthcare*, 11(5), 749.
- O'Kearney, C. R., Brown, G. A., Jelinek, S. L., Neate, K. T., Taylor, W., Bevens, A. M., De Livera, S., & Simpson, T. J. (2020). Mastery is associated with greater physical and mental health-related quality of life in two international cohorts of people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 38, 101481.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing; (2010). Available online at: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
- Ozturk, A., Hancer, M., & Im, J. (2014). Job Characteristics, Job Satisfaction, and Organizational Commitment for Hotel Workers in Turkey. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 23, 294–313.
- Parent-Thirion, A (2017). *Eurofound, Sixth European Working Conditions Survey—Overview Report*. J Publications Office of the European Union, Luxembourg

- Park, R., & Searcy, D. (2012). Job autonomy as a predictor of mental well-being: The moderating role of quality-competitive environment. *Journal of Business and Psychology*, 27(3), 305–316. <https://doi.org/10.1007/s10869-011-9244-3>
- Parker, S. K., Morgeson, F. P., Johns, G. (2017). One hundred years of work design research: Looking back and looking forward. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 403–420.
- Patel, Sonny & Rogers, Brooke & Amlôt, Richard & Rubin, G. (2017). What Do We Mean by ‘Community Resilience’? A Systematic Literature Review of How It Is Defined in the Literature. *PLoS Currents*. 10.1371/currents.dis.db775aff25efc5ac4f0660ad9c9f7db2..
- Patton, E., & Johns, G. (2012). Context and the social representation of absenteeism: Absence in the popular press and in academic research. *Human Relations*, 65, 217-240. <http://doi.org/10.1177/0018726711428819>
- Peristera, P., Stengård, J., Eib, C., Bernhard-Oettel, C., & Leineweber, C. (2023). Organizational injustice and sickness absence: The moderating role of locked-in status. *SSM - Population Health*, 23, 101427.
- Perry, J. L., & Porter, L. W. (1982). Factors affecting the context for motivation in public organizations. *Academy of Management Review*, 7(1), 89–98.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853–860.
- Pfeifer, C. (2010). Impact of wages and job levels on worker absenteeism. *International Journal of Manpower*, 31(1), 59-72. <http://doi.org/10.1108/01437721011031694>
- Pihl-Thingvad, S., Hansen, S. W., Winter, V., Hansen, M. S., & Willem, J. (2020). Public managers’ role in creating workplace social capital (WSC) and its effect on employees’ well-being and health: A protocol of a longitudinal cohort study (PUMA-WSC). *BMJ Open*, 10(10), e039027.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266.

- Pitts, Tammy & Clawson, James. (2010). Organizational Structure. *SSRN Electronic Journal*. 10.2139/ssrn.910385.
- PMI (2017). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)*. 6th Edition, Project Management Institute, Inc., Newtown Square.
- Pocock, S. J. (1973). Relationship between sickness absence and length of service. *British Journal of Industrial Medicine*, 30(1), 64–70. <https://doi.org/10.1136/oem.30.1.64>
- Preiser, C., Tsarouha, E., Weltermann, B., Junne, F., Seifried-Dübon, T., Hartmann, S., Bleckwenn, M., Rieger, M. A., & Rind, E. (2021). Psychosocial demands and resources for working time organization in GP practices: Results from a team-based ethnographic study in Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16, 47. doi:10.1186/s12995-021-00340-4
- Pulla, V. (2012). *What are strengths based practice all about?* In V. Pulla, L. Chenoweth, A. Francis, & S. Bakaj (Eds.), *Papers in strengths based practice* (pp. 1-18). New Delhi: Allied Publishers.
- Raihan, T. (2020). *Role of Job Characteristics Model on Employee Job Satisfaction - An Empirical Study*.
- Ravalier, J. M., Wainwright, E., Smyth, N., Clabburn, O., Wegrzynek, P., & Loon, M. (2020). Co-Creating and Evaluating an App-Based Well-Being Intervention: The HOW (Healthier Outcomes at Work) Social Work Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8730. doi:10.3390/ijerph17238730
- Restrepo, C., & Salgado, E. (2013). Types of contracts and worker absenteeism in Colombia. *Journal of Business Research*, 66(3), 401–408. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.04.006>
- Rhodes, S.R & Steers, R (1990). *Managing Employee absenteeism*. Addison Wesley Publishing company
- Rigby, D. K., Sutherland, J., & Takeuchi, H. (2016). Embracing agile. *Harvard Business Review*, 94(5), 40-50.

- Rippon, D., Josh Shepherd, Steve Wakefield, Ali Lee & Thomas V. Pollet (05 May 2022): The role of self-efficacy and self-esteem in mediating positive associations between functional social support and psychological wellbeing in people with a mental health diagnosis, *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2022.2069695
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2017). *Management*. Pearson.
- Rødland, A.W. (2018). *Hva Vet vi om Kvinnens Helse?* Kilden Kjønnforskning: Oslo, Norway.
- Rodrigues, F., Morouço, P., & Santos, T. (2023). Testing the Associations between Coping, Mental Health, and Satisfaction with Life in Portuguese Workers. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(7), 1245-1256. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13070092>
- Rosenberg, H., Løkke, A., Lykke, S. (2019). Long-Term Absenteeism From Work: Disentangling the Impact of Sector, Occupational Groups and Gender. *International Journal of Public Administration*, 42(8): 628-641.
- Rosmarin, D., & Koenig, H. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. Elsevier. ISBN 978-0-08-053371-1.
- Rugulies, R., Aust, B., & Pejtersen, J. H. (2010). Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen psychosocial questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 42-50. doi:10.1177/1403494809346873
- Rugulies, R., Hasle, P., Pejtersen, J. H., et al. (2016). Workplace social capital and risk of long-term sickness absence: are associations modified by occupational grade? *European Journal of Public Health*, 26, 328–333. doi:10.1093
- Rugulies, R., Sørensen, J. K., Madsen, I. E. H., et al. (2021). Can leadership quality buffer the association between emotionally demanding work and risk of long-term sickness absence? *European Journal of Public Health*, 31, 739–741.
- Ruotolo, F., Ruggiero, G., Cattaneo, Z., Arioli, M., Candini, M., Frassinetti, F., Pazzaglia, F., Fornara, F., Bosco, A., & Iachini, T. (2023). Psychological Reactions during and after a

- Lockdown: Self-Efficacy as a Protective Factor of Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(17), 6679. <https://doi.org/10.3390/ijerph20176679>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028. PMID: 22559117.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57.
- Sadri, G., & Lewis, M. (1995). Combatting Absenteeism in the Workplace. *Management Research News*, 18(1-2), 24-30.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. *Social Work*, 41, 296-305.
- Saruan, N. A., Mohd Yusoff, H., Mohd Fauzi, M. F., Wan Puteh, S. E., & Muhamad Robat, R. (2020). Unplanned Absenteeism: The Role of Workplace and Non-Workplace Stressors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6132. doi: 10.3390/ijerph17176132. PMID: 32846878; PMCID: PMC7504706.
- Sato, K., Sachiko K., Hideo O. (2020). Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods, *Social Science & Medicine*, 246, 112774, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112774>
- Savić, A., & Dobrijevic, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on work organization. *The European Journal of Applied Economics*, 19, 1-15. <https://doi.org/10.5937/EJAE19-35904>.
- Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Fuchs, A., Kotzur, M., Maahs, L., Michael, T., & et al. (2023). The relationship between sense of coherence and mental health problems from childhood to young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 325, 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.106>.
- Schalk, R., & van Rijckevorsel, A. (2007). Factors influencing absenteeism and intention to leave in a call centre. *New Technology Work and Employment*, 22(3), 260-274.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Schneider, B., Godfrey, E., Hayes, S., Huang, M., Lim, B., & Hisae, L. (2003). The Human Side of Strategy: Employee Experiences of Strategic Alignment in a Service Organization. *Organizational Dynamics*, 32, 122-141
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. 16(1):1-10.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2019). Self-Efficacy as a Mechanism Linking Daily Stress to Mental Health in Students: A Three-Wave Cross-Lagged Study. *Psychological Reports*, 122(6), 2074-2095. <https://doi.org/10.1177/0033294118787496>
- Schouten, L.S., Bültmann, U., Heymans, M.W., Joling, C.I., Twisk, J., & Roelen, C. (2016). Shortened version of the work ability index to identify workers at risk of long-term sickness absence. *European Journal of Public Health*, 26(2), 301-305. <http://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv198>
- Schultz A., Chen C., Edington D. The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: A review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 2009;27:365–378. doi: 10.2165/00019053-200927050-00002.
- Scuffham, P. A., Vecchio, N., Whiteford, H. A. (2013). Exploring the validity of HPQbased presenteeism measures to estimate productivity losses in the health and education sectors. *Medical Decision Making*, 34: 127–137.
- Seligman, M. E. (2018). Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

- Seow, L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders, 190*, 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>.
- Seqhobane, M., & Koko, D. (2021). *How do job characteristics influence the motivation of millennial hospitality employees?* SA Journal of Human Resource Management, 19.
- Severin, J., Svensson, M., & Akerstrom, M. (2022). Cost–Benefit Evaluation of an Organizational-Level Intervention Program for Decreasing Sickness Absence among Public Sector Employees in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5), 2998. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052998>
- Shariffuddin, S., Azhar, A., & Ahmad, H. (2023). Staff Perception on Job Characteristics, Motivation, Organizational Commitment and Productivity. *International Journal of Business and Technology Management, 5*, 327-336. doi: 10.55057/ijbtm.2023.5.4.29
- Simpson, J. A., & Weiner, E. S. C. (1989). *The Oxford English dictionary. 2nd ed.* / Oxford : New York, Clarendon Press. Oxford University Press.
- Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine, 161*, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Smith, A. B., & Johnson, C. D. (2019). Adapting Agile principles for healthcare. *International Journal of Agile Management Systems, 12*(3), 232-243.
- Smulders, P. W. (1980). Comments on Employee Absence/Attendance as a Dependent Variable in Organizational Research. *Journal of Applied Psychology, 65*(3), 368-371.
- Sockoll, I., Kramer, I., Bodeker, W., Association, F., & Funds, C.H.I. (2013). Effectiveness and Economic Benefits of Workplace Health Promotion and Prevention. Summary of the Scientific Evidence 2000 to 2006. Retrieved from https://healthgroup.dk/wp-content/uploads/2013/02/iga_report_13e.pdf

- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63, 391-407.
- Stengård, J., Peristera, P., Johansson, G., & Nyberg, A. (2021). The role of managerial leadership in sickness absence in health and social care: antecedent or moderator in the association between psychosocial working conditions and register-based sickness absence? A longitudinal study based on a Swedish cohort. *BMC Public Health*, 21, 2215.
- Taibia, Y., Metzler, Y., Bellingratha, S., Müllera, A. (2021). A systematic overview on the risk effects of psychosocial work characteristics on musculoskeletal disorders, absenteeism, and workplace accidents. *Applied Ergonomics* 95: 10343
- Tarro, L., Llauradó, E., Ulldemolins, G., Hermoso, P., & Solà, R. (2020). Effectiveness of Workplace Interventions for Improving Absenteeism, Productivity, and Work Ability of Employees: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1901. doi: 10.3390/ijerph17061901
- Teece, D. J. (2018). *Dynamic capabilities and strategic management: Organizing for innovation and growth*. Oxford University Press.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592.
- Thompson, J. D., & Riccucci, N. M. (1998). Work restructuring in the public sector: The rhetoric and reality of managerial reform. *Public Administration Review*, 58(6), 485–498.
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 30–44). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Tse, S., Tsoi, E. W., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., et al. (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *International Journal of Social Psychiatry*, 62, 281-291.
- Tushman, M. L., & Nadler, D. A. (1978). Information processing as an integrating concept in organizational design. *Academy of Management Review*, 3(3), 613-624.
- Tyrer, P., Steinberg, D. (1998). *Models for mental disorder. Conceptual models in psychiatry*. Third Edition. London, John Wiley & Sons.
- Unger, Jens & Rauch, Andreas & Frese, Michael & Rosenbusch, Nina. (2011). Human Capital and Entrepreneurial Success: A Meta-Analytical Review. *Journal of Business Venturing*. 26. 341-358. 10.1016/j.jbusvent.2009.09.004.
- van den Heuvel, M., & Demerouti, E. (2017). Where Do I Put My Coat? The Impact of Clutter on Employee Well-being and Workplace Satisfaction. *Applied Psychology*, 66(2), 151–173.
- Verma, R., Balhara, Y. P., & Gupta, C. S. (2011). Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial Psychiatry Journal*, 20(1), 4-10. doi: 10.4103/0972-6748.98407.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2002). Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 272–279.
- Voss, M., Floderus, B., & Diderichsen, F. (2001). Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: A study based on Sweden Post. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 178–184. doi: 10.1136/oem.58.3.178
- Voydanoff, P. (1980). Perceived Job Characteristics and Job Satisfaction Among Men and Women. *Psychology of Women Quarterly*, 5, 177-185. doi: 10.1111/j.1471-6402.1980.tb00954.x.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being?* London, UK: The Stationery Office.

- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), 28. doi: 10.1007/s11920-017-0780-z.
- Walker, H. (2006). *The virtual organisation: A new organisational form?*. *IJNVO*. 3. 25-41. 10.1504/IJNVO.2006.008783.
- Wang, H., & Zhou, C. (2019). Longitudinal effects of job insecurity and social support on job satisfaction: A study of Chinese employees. *Journal of Career Development*, 46(5), 635-651.
- Wang, J. L., Schmitz, N., Dewa, C., & Stansfeld, S. (2005). Changes in perceived job strain and the risk of major depression: Results from a population-based longitudinal study. *American Journal of Epidemiology*, 161(10), 1075–1083.
- Wang, K., Johnson, A., Nguyen, H., Goodwin, R., Groth, M. (2020). The Changing Value of Skill Utilisation: Interactions with Job Demands on Job Satisfaction and Absenteeism. *Applied psychology*, 69 (1): 30-58
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology*, 2(8).
- Wang, Y., & Liu, Q. (2018). The mediating role of intrinsic motivation in the relationship between task significance and employee performance. *Journal of Business and Psychology*, 33(2), 189-204.
- Ware, John & Kosinski, M. & Gandek, B.. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Warrick, D.D. & Gardner, D. (2021). Leaders Build Cultures: Action Steps for Leaders to Build Successful Organizational Cultures. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*. 18. 2021.

- Wasaki, S.I., Deguchi, Y., Hirota, T., Shirahama, Y., Nakamichi, Y., Okawa, Y., Uesaka, Y., & Inoue, K. (2023). Ten-year trends in long-term sickness absence among Japanese public servants: 2009–2018. *Industrial Health*, 61(1), 68–77. doi: 10.2486/indhealth.2021-0169.
- Wee, L.H., Yeap, L.L.L., Chan, C.M.H., Wong, J.E., Jamil, N.A., Swarna Nantha, Y., & Siau, C.S. (2019). Antecedent factors predicting absenteeism and presenteeism in urban area in Malaysia. *BMC Public Health*, 19(Suppl 4), 540. doi: 10.1186/s12889-019-6860-8.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P., & Kisthardt, W. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social Work*, 34, 350-354.
- Whitaker, S.C. (2001). The management of sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 420–424. doi: 10.1136/oem.58.6.420.
- Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: The role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14, 59-68. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00599.x.
- Whitehead, M. (2001). The Concept of Physical Literacy. *European Journal of Physical Education*, 6, 127-138. <https://doi.org/10.1080/1740898010060205>.
- WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the year 2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1992). *Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (1992). *World Health Report*. Geneva: WHO.
- WHO (2010). *World Health Report*. Geneva: WHO.
- Willem, A., Vos, A., & Buelens, M. (2010). Comparing Private and Public Sector Employees' Psychological Contracts. *Public Management Review*, 12, 275-302. doi: 10.1080/14719031003620323.

- Winefield, H., Gill, T., Taylor, A., & Pilkington, R. (2012). Psychological well-being and psychological distress: Is it necessary to measure both? *Psychology of Well-Being*, 2, 3. doi: 10.1186/2211-1522-2-3.
- Winkelmann, R. (1996). Markov Chain Monte Carlo Analysis of Underreported Count Data with an Application to Worker Absenteeism. *Empirical Economics*, 21(4), 575-587.
- Wolvetang, S., van Dongen, J.M., Speklé, E., Coenen, P., & Schaafsma, F. (2022). Sick Leave Due to Stress, What are the Costs for Dutch Employers? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 764-772. doi: 10.1007/s10926-022-10042-x.
- Wong, K., Chan, A.H.S., & Ngan, S.C. (2019). The Effect of Long Working Hours and Overtime on Occupational Health: A Meta-Analysis of Evidence from 1998 to 2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2102. doi: 10.3390/ijerph16122102.
- Wong, P.T. (2010). What is existential positive psychology? *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(1).
- World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *World Health Report*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva: World Health Organization (Fact sheet no. 220).
- World Health Organization (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- Xie, H., Yuan, P., Cui, S.S., & Yen, M.S. (2015). A Study to Examine the Uses of Personal Strength in Relation to Mental Health Recovery in Adults with Serious Mental Illnesses: A Research Protocol. *Health Psychology Research*, 3(2), 2209. doi: 10.4081/hpr.2015.2209.

- Yahya, D.K., Afiff, F., & Rufaidah, P. (2016). Core Competence on Real Estate Industry in Globalization Phenomenon: A Contemporary Approach. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 6, 14–19.
- Zhang, X., & Li, M. (2019). The impact of feedback culture on employee creativity: A study of organizational practices. *Journal of Applied Behavioral Science*, 55(4), 387-405.
- Zhenjing, G., Chupradit, S., Ku, K.Y., Nassani, A.A., & Haffar, M. (2022). Impact of Employees' Workplace Environment on Employees' Performance: A Multi-Mediation Model. *Frontiers in Public Health*, 10, 890400. doi: 10.3389/fpubh.2022.890400.

8. ПРИЛОЗИ

Поштовани,

Пред Вама је упитник који има за циљ да испита организационо понашање запослених. Одговори су потпуно анонимни. Не постоје тачни или погрешни одговори, па вас молим да одговорите што је могуће искреније. Резултати истраживања ће се користити у научне сврхе.

Сагласан сам да учествујем у истраживању (заокружи): а) да б) не

Пол (заокружити):

а) мушко б) женско

Старост: _____ (унесите број година)

Завршен степен (заокружи):

а) средња школа

б) виша школа

в) основне академске студије

г) мастер студије

д) докторат

ф) друго _____ (навести)

Ваша професија припада:

а) техничко-технолошке науке

б) природне науке

в) друштвене науке

г) медицинске науке

е) друго _____ (навести)

Дужина радног стажа: _____ (уписати број година).

Процена вашег финансијског стања:

а) Незадовољавајуће

б) Просечан

ц) Задовољавајући

Врста уговора на тренутном послу:

- а) на неодређено време
- б) на фиксној основи
- в) привремени послови
- г) уговор о раду
- д) ауторски уговор
- ђ) остало _____ (писати)

Величина компаније (заокружити):

- а) микро (до 10 запослених)
- б) мало (од 11 до 50 запослених)
- ц) средње (од 51 до 250 запослених)
- г) велико (преко 250 запослених)

Тип власништва предузећа:

- а) приватно б) државно

Активност компаније:

- а) услуга б) здравствена заштита
- в) консалтинг г) едукативни
- д) производни ђ) административни
- г) ИТ х) телекомуникације
- и) друго (навести које) _____

Колико често сте мењали посао у последњих 5 година? _____ (упиши колико пута)

У протеклих 12 месеци, колико дана сте укупно били одсутни са посла због болести? _____ (унесите број дана)

У протеклих 12 месеци, колико укупно дана сте били одсутни са посла из било ког разлога (одмор, боловање и сл.)? _____ (унесите број дана)

JCI

Молимо вас да оцените изјаве везане за ваш посао према следећим категоријама на скали од 1 до 5:

- 1 – Уопште се не слажем
- 2 – Делимично се не слажем
- 3 – Нисам сигуран
- 4 – Делимично се слажем
- 5 – Потпуно се слажем

1. Мој посао је разноврстан.	1	2	3	4	5
2. У обављању послова сам препуштен искључиво себи.	1	2	3	4	5
3. Сам завршим посао, до краја.	1	2	3	4	5
4. Имам повратне информације о томе колико добро радим на послу.	1	2	3	4	5
5. На послу имам прилику да упознам појединце са којима бих желео да развијем пријатељства.	1	2	3	4	5
6. Мој посао зависи од тога да могу да радим са другима.	1	2	3	4	5
7. Дужности на мом послу се понављају.	1	2	3	4	5
8. На послу делујем независно од претпостављеног у обављању радне функције.	1	2	3	4	5
9. Добијам информације од свог супервизора о свом учинку.	1	2	3	4	5
10. Имам прилику да неформално разговарам са другим запосленима док сам на послу.	1	2	3	4	5
11. Рад са људима је део мог описа посла.	1	2	3	4	5
12. Задаци које обављам током типичног радног дана су слични.	1	2	3	4	5
13. У стању сам да радим свој посао независно од других.	1	2	3	4	5

Молимо вас да оцените следеће изјаве везане за природу вашег посла на скали од 1 до 5 (од 1 = у најмањој мери до 5 = у највећој мери):

14. Имам довољно повратних информација од свог супервизора о томе колико добро радим свој посао.	1	2	3	4	5
15. На послу се дружим са колегама.	1	2	3	4	5
16. На послу разговарам са другима о радним задацима.	1	2	3	4	5
17. Радим на различитим активностима током радног времена.	1	2	3	4	5
18. На послу имам слободу да радим шта хоћу.	1	2	3	4	5
19. Често радим посао сам, од почетка до краја.	1	2	3	4	5
20. Правовремено добијам информације о томе колико добро радим свој посао.	1	2	3	4	5
21. Упознајем нове људе на послу.	1	2	3	4	5
22. Мој рад је разноврстан.	1	2	3	4	5
23. На послу размишљам и делујем самостално.	1	2	3	4	5
24. У стању сам да завршим посао који сам започео.	1	2	3	4	5
25. Квалитет извођења свог рада процењујем добро.	1	2	3	4	5
26. Имам прилику да развијем блиска пријатељства на свом послу.	1	2	3	4	5
27. Сусрећем друге људе док радим.	1	2	3	4	5
28. Имам контролу над темпом свог рада.	1	2	3	4	5
29. Радим свој посао самостално, од почетка до краја.	1	2	3	4	5
30. Имам адекватну количину повратних информација које добијам од колега.	1	2	3	4	5

GHQ

Пред вама су тврдње. Молимо вас да их оцените у континуитету од 1 до 5 према следећим категоријама:

- 1 – Уопште се не слажем
- 2 – Делимично се не слажем
- 3 – Нисам сигуран
- 4 – Делимично се слажем
- 5 – Потпуно се слажем

1. Осећам се добро и здраво.	1	2	3	4	5
2. Осећам да ми треба подстицај.	1	2	3	4	5
3. Осећам се исцрпљено и нисам у најбољем издању.	1	2	3	4	5
4. Мука ми је.	1	2	3	4	5
5. Осећам бол у глави	1	2	3	4	5
6. Осећам стезање и/или притисак у глави.	1	2	3	4	5
7. Осећам се као да имам температуру.	1	2	3	4	5
8. Губим превише сна због бриге	1	2	3	4	5
9. Тешко ми је да заспим када заспим.	1	2	3	4	5
10. Осећам се стално под стресом.	1	2	3	4	5
11. Осећам се нервозно и нерасположено.	1	2	3	4	5
12. Често сам уплашен и успаничен без разлога.	1	2	3	4	5

МНІ – 5

Пажљиво прочитајте свако питање и изаберите изјаву која најбоље описује ваше стање током прошлог месеца према следећим категоријама:

1 – Уопште се не слажем

2 – Делимично се не слажем

3 – Нисам сигуран

4 – Делимично се слажем

5 – Потпуно се слажем

1. Током протеклог месеца био сам срећан.	1	2	3	4	5
2. Током протеклих месец дана осећао сам се мирно и спокојно	1	2	3	4	5
3. Током протеклих месец дана био сам нервозан.	1	2	3	4	5
4. Током протеклог месеца осећао сам се тужно.	1	2	3	4	5
5. Током протеклих месец дана осећао сам се толико безвољно да ме ништа није могло орасположити.	1	2	3	4	5

План третмана података

Назив пројекта/истраживања
КАРАКТЕРИСТИКЕ ПОСЛА И ЗДРАВЉА ЗАПОСЛЕНИХ КАО ПРЕДИКТОРИ АПСЕНТИЗМА У ОРГАНИЗАЦИЈАМА
Назив институције/институција у оквиру којих се спроводи истраживање
Приватна и јавна предузећа на територији АПВ
Назив програма у оквиру ког се реализује истраживање
Истраживање се реализује у оквиру израде докторске дисертације
1. Опис података
1.1 Врста студије Студија је спроведена са циљем прикупљања квантитавних података који ће омогућити утврђивање релевантних фактора, који утичу на апсентизам запослених различитих социо-демографских обележја који раде у организацијама различитих карактеристика 1.2 Врсте података а) квантитативни б) квалитативни 1.3. Начин прикупљања података а) анкете, упитници, тестови б) клиничке процене, медицински записи, електронски здравствени записи в) генотипови: навести врсту _____ г) административни подаци: статистички подаци д) узорци ткива: навести врсту _____ ђ) снимци, фотографије: навести врсту _____ е) текст, навести врсту литературни извори ж) мапа, навести врсту _____ з) остало: описати _____ 1.3 Формат података, употребљене скале, количина података 1.3.1 Употребљени софтвер и формат датотеке: а) Excel фајл, датотека .xlsx б) SPSS фајл, датотека .sav в) PDF фајл, датотека _____ д) Текст фајл, датотека _____ е) JPG фајл, датотека _____

f) Остало, датотека _____

1.3.2. Број записа (код квантитативних података)

а) број **варијабли**: 60

б) број мерења (**испитаника**, процена, снимака и сл.) **730 запослених**

1.3.3. Поновљена мерења

а) да

б) **не**

Уколико је одговор да, одговорити на следећа питања:

а) временски размак између поновљених мера је _____

б) варијабле које се више пута мере односе се на _____

в) нове верзије фајлова који садрже поновљена мерења су именоване као _____

Напомене: _____

Да ли формати и софтвер омогућавају дељење и дугорочну валидност података?

а) **Да**

б) **Не**

Ако је одговор не, образложити _____

2. Прикупљање података

2.1 Методологија за прикупљање/генерисање података

2.1.1. У оквиру ког истраживачког нацрта су подаци прикупљени?

а) експеримент, навести тип _____

б) корелационо истраживање – **Пирсонова корелација, вишеструка регресиона анализа, анализа разлика у аритметичким срединама између различитог броја група (Студентов *t*-тест, *Scheffe's* тест, мултиваријатна анализа варијансе - **МАНОВА**).**

ц) анализа текста, навести тип _____

д) остало, навести шта _____

2.1.2 *Навести врсте мерних инструмената или стандарде података специфичних за одређену научну дисциплину (ако постоје).*

Методологија прикупљања података је креирана према принципима добре праксе. На основу тематског прегледа литературе, одабрани су мерни инструменти - Операционализација латентних варијабли вршила се помоћу батерије теста која се састоји од три упитника (Mental Health Inventory – MHI - 5; Berwick et al.,1991; The General Health Questionnaire – GHQ-12, Goldberg & Hillier, 1979; Job Characteristic Inventory - JCI, Sims et al. 1976) и питања за процену апсентизма на радном месту. Засебан део упитника је пружио информације о социо-демографским обележјима испитаника укључених у истраживање. Повољне метријске карактеристике су потврђене у претходним истраживањима. Упитници су испитаницима дистрибуирани електронским путем и у формату папир-оловка – индивидуално и групно.

2.2 Квалитет података и стандарди

2.2.1. Третман недостајућих података

а) Да ли матрица садржи недостајуће податке? Да **Не**

Ако је одговор да, одговорити на следећа питања:

- а) Колики је број недостајућих података? _____
б) Да ли се кориснику матрице препоручује замена недостајућих података? Да Не
в) Ако је одговор да, навести сугестије за третман замене недостајућих података

2.2.2. На који начин је контролисан квалитет података? Описати

Квалитет прикупљених података је контролисан већ приликом прикупљања података. Недостајуће вредности су замењене просечним скоровима на варијабли. Након прикупљања података тестиране су мере дисперзије у виду стандардне девијације, скјуниса и куртозиса, на основу којих је утврђена нормална расподела података – тзв. нормална дистрибуција. Поред овога, методом интерне конзистенције (Кронбахова алфа) утврђена је поузданост прикупљених података.

2.2.3. На који начин је извршена контрола уноса података у матрицу?

Коришћени google form аутоматски генерише матрицу података приликом увоза основне базе података у коју су аутоматски депоновани одговори испитаника при попуњавању упитника. Остали упитници су нумерисани.

3. Третман података и пратећа документација

3.1. Третман и чување података

3.1.1. Подаци ће бити депоновани у репозиторијум докторских дисертација на Универзитету у Новом Саду.

3.1.2. URL адреса <https://www.cris.uns.ac.rs/searchDissertations.jsf>

3.1.3. DOI _____

3.1.4. Да ли ће подаци бити у отвореном приступу?

- а) **Да**
б) Да, али после ембарга који ће трајати до _____
в) **Не**

Ако је одговор не, навести разлог _____

3.1.5. Подаци неће бити депоновани у репозиторијум, али ће бити чувани.
Образложење

3.2 Метаподаци и документација података

3.2.1. Који стандард за метаподатке ће бити примењен?

Стандард који примењује Репозиторијум Универзитета у Новом Саду.

3.2.1. Навести метаподатке на основу којих су подаци депоновани у репозиторијум.

Александра Ситаревих, Карактеристике посла и здравља запослених као предиктори апсентизма у организацијама

Ако је потребно, навести методе које се користе за преузимање података, аналитичке и процедуралне информације, њихово кодирање, детаљне описе варијабли, записа итд.

3.3 Стратегија и стандарди за чување података

3.3.1. До ког периода ће подаци бити чувани у репозиторијуму? **Неограничено**

3.3.2. Да ли ће подаци бити депоновани под шифром? Да **Не**

3.3.3. Да ли ће шифра бити доступна одређеном кругу истраживача? Да **Не**

3.3.4. Да ли се подаци морају уклонити из отвореног приступа после извесног времена? Да **Не**

Образложити

4. Безбедност података и заштита поверљивих информација

Овај одељак МОРА бити попуњен ако ваши подаци укључују личне податке који се односе на учеснике у истраживању. За друга истраживања треба такође размотрити заштиту и сигурност података.

4.1 Формални стандарди за сигурност информација/података

Истраживачи који спроводе испитивања с људима морају да се придржавају Закона о заштити података о личности (https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html) и одговарајућег институционалног кодекса о академском интегритету.

4.1.2. Да ли је истраживање одобрено од стране етичке комисије? Да **Не**

Ако је одговор Да, навести датум и назив етичке комисије која је одобрила истраживање

4.1.2. Да ли подаци укључују личне податке учесника у истраживању? Да **Не**

Ако је одговор да, наведите на који начин сте осигурали поверљивост и сигурност информација везаних за испитанике:

а) Подаци нису у отвореном приступу

- б) Подаци су анонимизирани
ц) Остало, навести шта

5. Доступност података

5.1. Подаци ће бити

а) **јавно доступни**

б) доступни само уском кругу истраживача у одређеној научној области

ц) затворени

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести под којим условима могу да их користе:

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести на који начин могу приступити подацима:

5.4. Навести лиценцу под којом ће прикупљени подаци бити архивирани.

Ауторство – некомерцијално

6. Улоге и одговорност

6.1. Навести име и презиме и мејл адресу власника (аутора) података

Александра Ситаревић, sicasanjasandra@hotmail.com

6.2. Навести име и презиме и мејл адресу особе која одржава матрицу с подацима

Александра Ситаревић, sicasanjasandra@hotmail.com

6.3. Навести име и презиме и мејл адресу особе која омогућује приступ подацима другим истраживачима

Александра Ситаревић, sicasanjasandra@hotmail.com