

Stres na radnom mjestu i njegovi učinci na zdravlje medicinskih sestara i tehničara

Debogović, Siniša

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:342452>

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

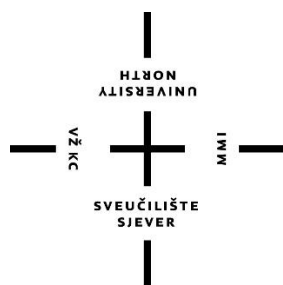
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-28**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br.543/SS/2015

**STRES NA RADNOM MJESTU I NJEGOVI UČINCI NA
ZDRAVLJE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA**

Siniša Debogović 4526/601

Varaždin, listopad 2015. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br.543/SS/2015

STRES NA RADNOM MJESTU I NJEGOVI UČINCI NA ZDRAVLJE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

Student

Siniša Debogović 4526/601

Mentor

prof.dr.sc.Dinko Puntarić

Varaždin, listopad 2015. godine

SAŽETAK

Stres je definiran kao kombinirana reakcija tijela na fizičke i mentalne zahtjeve koja se manifestira fiziološkim i psihološkim simptomima te simptomima u ponašanju pojedinca. Pojam stresa u užem smislu označava reakciju organizma na djelovanje vanskog stresora. Stres je naglašen u svakodnevnom radu medicinske sestre i tehničara. Profesionalna odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, organizacijski nedostaci, komunikacijski problemi, emocionalno iscrpljivanje te otežano usklađivanje radnih i obiteljskih obaveza su značajni profesionalni stresori. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika, medicinskih sestara i tehničara, od čega 57 muškaraca i 52 žene. Cilj ovog završnog rada je procijeniti emocionalna stanja u medicinskih sestara i tehničara intenzivne psihijatrijske skrbi Klinike za psihijatriju Vrapče te u medicinskih sestara i tehničara Ustanove hitne medicinske pomoći Zagreb.

Ključne riječi: stresori, stres, anksioznost, depresija, medicinske sestre i tehničari.

Popis korištenih kratica

HPA - hipotalamus.hipofiza-nadbubrežna žlijezda

CRF - kortikotropin-otpuštajući faktor

ACTH - adrenokortikotropni hormon

SADRŽAJ:

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 1.1. PATOFIZIOLOGIJA STRESA..... | 2 |
| 1.2. TEORIJE STRESA | 4 |
| 1.2.1. Selyeova teorija stresa..... | 4 |
| 1.2.2. Psihoanalitička teorija stresa..... | 6 |
| 1.2.3. Lazarusova teorija stresa..... | 7 |
| 1.2.4. Teorija “životnih zbivanja”..... | 8 |
| 1.3. VRSTE I UZROCI STRESA..... | 10 |
| 1.3.1. Velike životne promjene ili događaji..... | 12 |
| 1.3.2. Kronični stresni događaji..... | 13 |
| 1.3.3. Svakodnevni problemi..... | 13 |
| 1.3.4. Velike krizne situacije i traume..... | 14 |
| 1.4. SUOČAVANJE SA STRESOM..... | 15 |
| 1.5. REAKCIJA NA STRES..... | 16 |
| 1.6. PROFESIONALNI STRES..... | 17 |
| 1.7. PRVENCIJA STRESA..... | 19 |
| 2. CILJ ISTRAŽIVANJA..... | 20 |
| 3. ISPITANICI I METODOLOGIJA..... | 21 |
| 4. REZULTATI..... | 22 |
| 5. RASPRAVA | 27 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 29 |
| 7. LITERATURA..... | 30 |
| 8. PRILOG | 33 |

1. Uvod

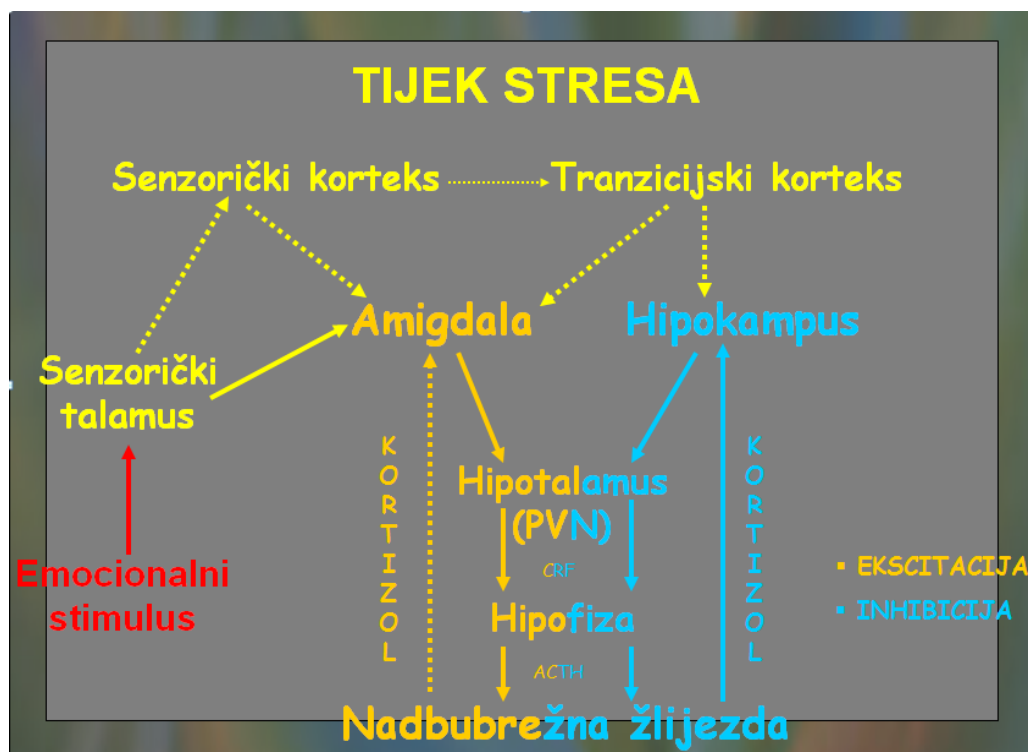
Latinska riječ *districtia*, kroz srednjovjekovnu francusku *destrece* i srednjovjekovnu englesku *distresses*, postala je engleska riječ *distress* odnosno skraćivanjem *stress*. Tijekom petnaestog stoljeća stres je označavao pritisak (u kontekstu mehanike o stresu se govori u značenju "sile" koja djeluje na neki materijal koji je pod opterećenjem), a tek u dvadesetom stoljeću se počinje koristiti u medicini i označava duševno ili tjelesno preopterećenje i iscrpljenost organizma. Kanadski liječnik H. Selye definira stresor kao vanjski podražaj ili stimulus, a stres kao stanje tjelesnog disekvilibrira uzrokovan stresorom.

Stres predstavlja način na koji mentalno, fizički i emocionalno reagiramo na različita stanja, promjene i zahtjeve u našem životu. Najčešće prihvaćena definicija stresa je ona koja kaže da je stres stanje ili osjećaj u kojem se nalazi određena osoba kada smatra da zahtjevi u njenom životu premašuju osobna i društvena sredstva koja ta osoba ima na raspolaganju. Veće količine stresa osjećaju kada smatraju da ne mogu ispuniti zahtjeve koji su postavljeni pred njih [1]. Simptomi stresa mogu biti fizičke (glavobolja, ubrzan rad srca, ubrzano disanje..) te psihološke prirode (nervoza i iscrpljenost, teškoće koncentracije i usredotočenosti na zadatke, prevelika zabrinutost oko nebitnih stvari...). Drugim riječima, stres označava događaj u životu čovjeka koji je definiran svojim intenzitetom i činjenicom da osobu onespособljava za primjereni odgovor, ali ujedno izaziva i trajne poremećaje s patogenim učincima na psihičku organizaciju [2]. Na ekonomskoj razini, traumatizmu je svojstven dotok podražaja prevelik za stupanj podnošljivosti i sposobnost osobe da tim podražajem ovlada i psihički ga obradi.

Važno je razlikovati vodi li reakcija na stres k boljoj prilagodbi (adaptaciji) organizma ili pak u pogrešnu prilagodbu (maladaptaciju) i bolest. U oba slučaja dolazi do promjena u mozgu, tjelesnim funkcijama, raspoloženju i ponašanju. Kad stres ima negativne posljedice, riječ je o distresu, a pozitivni stres ili eustres sa sobom nosi pozitivna uzbuđenja te omogućuje rast i razvoj kroz prilagodbu na nove zahtjeve i uvjete okoline.

1.1. Patofiziologija stresa

Stres uzrokuje niz hormonalnih reakcija u limbičkom sustavu [3]. Početni je odgovor na stresnu ili opasnu situaciju aktivacija osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, HPA (Slika 1.1.1.). To se događa u locusu coeruleusu i simpatičkom živčanom sustavu koji uzrokuje otpuštanje adrenalina, serotonina i domapamina, dok amigdala na otpuštanje tih hormona reagiraju aktiviranjem hipotalamusa koji počinje otpuštati kortikotropin-otpuštajući faktor (CRF). CRF djeluje dvostruko, kao hormon koji stimulira sekreciju adrenokortikotropnog hormona (ACTH) te kao neurotransmiter koji podražava dijelove korteksa odgovorne za izvršne funkcije (motivaciju, planiranje, logiku). Povišene razine ACTH-a povisuju razinu glukokortikoida (kortizola). Povišene razine glukokortikoida dokazano negativno utječu na hipotalamus i rezultiraju smanjenjem dendritičke razgranatosti, mijenjaju sinaptičku strukturu i dovode do gubitka neurona. U normalnim okolnostima mehanizam povratne sprege (tzv. feedback) u hipotalamusu i hipokampusu dovodi razinu glukokortikoida na normalne vrijednosti u stanjima opuštenosti. Ako se taj proces događa često, CRF i glukokortikoidi ostaju povišeni, što može dovesti do strukturalnih promjena u mozgu i ometati mehanizam povratne sprege te uzrokovati hormonalni disbalans i disregulaciju HPA osovine [4].



Slika 1.1.1. Tijek stresa [3]

Brojne studije pokazuju mjerljivo smanjenje veličine amigdala, hipokampusa, corpora callosa i cerebralnog vena, kao i porast veličine putamena i lateralnih ventrikula kod djece i odraslih koji su bili izloženi ponavljajućim traumatskim iskustvima tijekom djetinjstva. Pretpostavlja se da su te promjene posljedica povišene razine glukokortikoida koja je uzrokovala smanjenje mijelinizacije tih struktura jer su ti dijelovi limbičkog sustava vrlo bogati glukokortikoidnim receptorima osjetljivima na posljedice zlostavljanja u ranom djetinjstvu [5]. Istodobno, opažene su i funkcionalne promjene u prednjem cigularnom girusu, kao i vizualnom i parijetalnom korteksu [6]. Kod žrtava zlostavljanja isto je tako pronađena povišena razina CRF-a u spinalnom likvoru u opuštenom stanju, kao i povišene T3 vrijednosti.

Dopamin koji se izlučuje tijekom stresnog odgovora stimulira prefrontalne kortikalne regije, što vjerojatno rezultira povišenom pozornošću i povišenjem kognitivnih kapaciteta. Kronični stres uzrokuje pretjerano stvaranje dopamina što vodi do smanjenja pozornosti, porasta razdražljivosti, kao i smanjenja sposobnosti stjecanja novih znanja te porasta paranoidnog i psihotičnog ponašanja [5].

Serotonin istodobno potiče anksioznost i anksiolitičnost, odnosno stvara i smanjuje anksioznost. Smanjenje razine serotonina u prefrontalnom korteksu rezultat je kroničnog stresa. Suicidalno ponašanja, depresivnost i agresivnost opisani su kao rezultat niske razine serotonina [5].

Supstancija P, neuropeptid koji je pronađen u čitavom tijelu, uključena je u odgovor na bol i upalu, a njezina značajno povišene razine u spinalnom likvoru nađene su u osoba teško zlostavljanih u prošlosti [5].

Stres uzrokuje značajne zdravstvene probleme povezane s promjenama u mozgu, kao što su atrofija hipokampusa, amigdala, prefrontalnog korteksa i posljedično anksioznost, paniku, depresivno raspoloženje, halucinacije i ovisnosti. Povećanje locus coreuleus i noradrenalinske aktivnosti povezano je sa zlouporabom alkohola i opojnih sredstava te s pušenjem. Oštećenje amigdala i s time povezana smanjena razina oksitocina rezultiraju seksualnom agresivnošću i nezadovoljstvom, zlostavljanjem i agresivnošću prema partneru kao i smanjenom partnerskom povezanošću. Također je zanimljivo je otkriće u svezi s ranim stresnim događajima vezano uz pronalazak antinuklearnih antitijela koja napadaju vlastite stanice kao da su strane.

1.2. Teorije stresa

Četiri su teorije kojima se mogu najbolje opisati i glavni stresa (fiziološki, psihološki i socijalni) [7]:

- a) Selyeova teorija stresa
- b) Psihoanalitička teorija stresa
- c) Lazarusova teorija stresa
- d) Teorija "životnih zbivanja"

1.2.1. Selyeova teorija stresa

Hans Selye (kanadski endokrinolog mađarskog podrijetla) zaslužan je za bolje razumijevanje psihofizioloških učinaka stresa i širenja spoznaja o posebnoj ulozi endokrinološkog i imunološkog sustava tijekom stresnih reakcija. Njegova se istraživanja nastavljaju na istraživanja W.B. Cannona i dopunjuju spoznaje fizioloških teorija stresa boljim poznavanjem i razumijevanjem uloge pojedinih fizioloških sustava u odgovoru na stresne podražaje. Tako je kroz svoja eksperimentalna istraživanja došao je do otkrića da organizam životinja na svaki štetni agens reagira patoanatomskim odgovorom, odnosno hipertrofijom nadbubrežne žlijezde, atrofijom timusa i stvaranjem ulkusa na želucu. U prvoj verziji teorija stresa glasi: stres je nespecifični odgovor organizma na svaki štetni agens, a stresor je svaki agens koji organizam ugrožava biološki (kasnije je dodao i psihički i socijalno); organizam odgovara na podržaj kroz tri faze:

- Faza alarma (početno razdoblje stresa tijekom kojeg se pokreću sve obrambene snage organizma; odlikuje se brзом reakcijom organizma po adrenergičnom tipu)
- Faza otpora (koja je karakterizirana aktivnošću parasimpatikusa; prilagodba organizma na početni stres tijekom kojeg se koriste sve rezerve tjelesne i duševne energije u pokušaju suočavanja sa stresom, bolesti se uglavnom razvijaju tijekom ove faze)
- Faza iscrpljenja (ako je stres dugotrajan, ako se ponavlja ili je izrazito težak: ponestaje snage i nema mogućnosti odupiranja; tijelo postaje osjetljivo na fiziološka oštećenja i bolesti).

Ove tri faze čine opći sindrom adaptacije (GAS – general adaptation syndrome).



Slika 1.2.1.1. Faze općeg sindroma adaptacije [9]

U Selyevoj teoriji najvažnija je postavka da dugotrajno djelovanje stresa, uzrokujući hormonalne promjene u organizmu, dovodi do smanjenja opće imunosti. Tako je stres važan čimbenik u nastajanju svih bolesti, bez obzira jesu li one primarno psihogene ili ih izazivaju neki vanjski uzročnici kojih djelovanje može biti olakšano prethodnim učinkom stresa. Prema Selyeu, procesi koji se zbivaju za vrijeme općeg adaptacijskog sindroma nezdravi su samo u slučajevima nezadovoljavajuće prilagodbe organizma, što može izazivati razne bolesti koje Selye naziva bolestima prilagodbe. Bolesti prilagodbe su uobičajene bolesti kojima opći adaptacijski sindrom pogoduje u nekim slučajevima, a ne neke posebne bolesti koje su isključivo posljedica djelovanja stresa. Bolestima prilagodbe Selye smatra sljedeće: povišen arterijski krvni tlak, bolesti bubrega, srca i krvnih žila, neke reumatske bolesti; neke upalne bolesti kože i očiju, zaraze, alergijske bolesti, spolne poremećaje, želučanocrijevne bolesti, bolesti metabolizma, rak i općenito bolesti nastale zbog neotpornosti imunološkog sustava. Utjecaj općeg adaptacijskog sindroma na ove bolesti tumači se kao rezultat djelovanja hormona hipofize i kore nadbubrežne žlijezde te osobito upalnih procesa.

1.2.2. Psihoanalitička teorija stresa

Franz Alexander bio je osnivač psihoanalitičkog instituta u Chicagu i čikaške psihosomatske škole. Primjenjujući teorijske koncepte Waltera B. Cannona o fiziološkim reakcijama životinja pri suočavanju s opasnosti (teorija borbe i bijega) i proučavanjem Hans Selyeva koncepta o općem adaptacijskom sustavu, on je smatra da psihosomatska bolest nastaje kroničnim vegetativnim podražajem koji se preko kroničnog psihosomatskog poremećaja pretvara u poremećaj u organskim sustavima, odnosno u psihosomatsku bolest. Alexander smatra da u pozadini svakog psihosomatskog oboljenja postoji specifični konflikt. Nedostatak ovog teorijskog koncepta što se zanemaruje utjecaj socijalnih i fizičkih stresora.

1.2.3. Lazarusova teorija stresa

U suvremenim koncepcijama Lazarusov model predstavlja najznačajniji doprinos teorijskoj konceptualizaciji fenomena *psihološkog* stresa [8,9]. Model se može opisati kao interakcionistički, procesni i kognitivistički. Prema tim postavkama, odnos između pojedinca i njegove okoline je recipročan, taj se odnos neprekidno mijenja i u takvom odnosu procjena situacije i suočavanje sa njom imaju ulogu posrednika između same stresne situacije i njezinih posljedica. Prema autorima, pojam *interakcije* podrazumijeva novu razinu apstrakcije, gdje se izdvojeni individualni čimbenici i elementi okoline ujedinjuju i time stvaraju novo značenje odnosno dobivaju novi smisao putem procjene situacije. *Procesna orijentacija* Lazarusovog modela proizlazi iz postavke da su pojedinac i okolina u dinamičkom odnosu koji se stalno mijenja te iz toga proizlazi shvaćanje suočavanja kao procesa koji se mijenja u funkciji vremena i specifičnog situacijskog konteksta. Kognitivne procjene situacije integriraju osobine pojedinca i situacije i na taj način definiraju značenje situacije odnosno određuju da li je za pojedinca stresna ili nije. *Kognitivistička orijentacija* modela vidi se upravo u značenju i pažnji koju pridaje kognitivnim procjenama situacije pri tumačenju interindividualnih razlika u vrsti i jačini stresnih reakcija. Lazarus i suradnici smatraju da je *stres* rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Bez takve procjene nema ni stresa, bez obzira kakva je objektivna opasnost iz okoline. Prema tome, stres se u okviru Lazarusovog modela definira kao sklop emocionalnih, tjelesnih (fizioloških) i/ili bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kad neki događaj procijenimo opasnim i/ili uznemirujućim, odnosno kao sklop psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor koji pred nas postavlja zahtjeve kojima ne možemo udovoljiti. Sam stresor ili izvor stresa definira se kao događaj ili niz događaja za koje procjenjujemo da ugrožavaju naš, život i/ili život nama važnih ljudi, materijalna dobra, samopoštovanje i sl., odnosno kao događaj koji smatramo da može poremetiti (izmijeniti) uobičajeni, svakodnevni tijek našeg života. Stresor je, dakle, vanjski događaj, dok je stres unutrašnje stanje ili doživljaj. Pojam stresa se ne odnosi na statičan odnos pojedinac-okolina, već se promatra kao proces koji se razvija u funkciji situacijskih i osobnih promjena.

1.2.4. Teorija “životnih zbivanja”

Među teorijama stresa koje smatraju da su važan uzrok stresa životna zbivanja koja se pojedincu događaju u njegovoj interakciji sa socijalnom okolinom, najpoznatija je teorija životnih zbivanja koju su razradili Dohrenwend i Dohrenwend (1970) [7]. Ova teorija socijalnu interakciju pojedinac - društvo stavlja u prvi plan kao izvor stresa. Prema ovoj teoriji stres je odgovor na sva zbivanja u okolini koja svojom jačinom premašuju razinu koju pojedinac sa svojim sposobnostima prilagodbe može svladati. Stresori nisu samo negativna životna zbivanja koja ugrožavaju pojedinca, već sva zbivanja zbog kojih pojedinac mora uložiti dodatne napore tijekom prilagodbe na njih. Preteču ovakvog koncepta stresa nalazimo u istraživanjima koja je već oko 1930. godine započeo Adolf Meyer. Meyer je smatrao da stres životnih promjena ima važnu ulogu u nastajanju bolesti i da ove promjene ne moraju imati obilježje katastrofalnih ili neuobičajenih, a da ipak mogu štetno djelovati na zdravlje [10]. Nastavljači istraživanja utjecaja životnih zbivanja na zdravlje bili su T.H. Holmes i R.H. Rahe. Sve veći broj indicija da životni stresovi oštećuju zdravlje doveli su do postavljanja opravdanog pitanja – kako možemo mjeriti životni stres? Bilo je jasno da se pretpostavke o djelovanju stresa na zdravlje ne mogu provjeravati dovodeći ljude u laboratorije i izlažući ih jakim stresovima pa promatrati posljedice toga po zdravlje. Kako bi riješili taj problem Holmes i Rahe su u početku koristili tehniku intervjua za ispitivanje ispitanika što im se sve u nekom ranijem razdoblju dogodilo, a potom su sastavili skalu životnih zbivanja. Skala se sastoji od niza životnih zbivanja koja se svakom mogu dogoditi, a zadatak je ispitanika zaokružiti ona životna zbivanja koja su mu se dogodila u nekom proteklom razdoblju, te da za svako od njih procijeniti koliko je napora morao uložiti da se suoči s njim. Pritom je zadan raspon bodova od 1 do 100, koji služi za procjenu jačine djelovanja pojedinog zbivanja. Zbroj svih bodova daje rezultat koji iskazuje količinu prilagodbenih napora koje je pojedinac morao uložiti u nekom prošlom razdoblju. Holmes i Rahe su na velikim skupinama ispitanika izračunavali srednje vrijednosti bodova za svako pojedino životno zbivanje i dobili prosječan broj bodova za pojedina životna zbivanja na američkoj populaciji. Na osnovi toga načinjen je rang životnih zbivanja s obzirom na količinu prilagodbenih napora koje pojedinac mora uložiti da bi se prilagodio pojedinom životnom događaju. Naravno, ovaj rang-poredak od najteže do najlakših životnih zbivanja vrijedi samo u

socijalnim sredinama za koje je načinjen, društvima koja imaju svoja posebna povijesna i kulturološka obilježja. Zato se ovu skalu treba prilagođavati svakoj socijalnoj sredini i situaciji. Npr. njena primjena u SAD-u uopće nije uključivala zbivanja vezana uz ratne situacije, dok su kod nas upravo posljedice takvih situacija spadale među najteža životna zbivanja za mnoge pojedince. Zbog toga su se u Hrvatskoj za ispitivanje stresnih zbivanja tijekom ratnih i poratnih situacija koristile prilagođene skale životnih zbivanja koje uključuju i ratne stresove.

Već prve primjene skala životnih zbivanja utvrdila su povezanost značajnih životnih zbivanja i pojave tjelesnih poremećaja i bolesti. Holmes i Rahe smatrali su da je razdoblje od dvije godine nakon nekog velikog stresnog životnog zbivanja, razdoblje najveće opasnosti, tj. razdoblje u kojem je sklonost obolijevanju od raznih bolesti znatno povećana pod utjecajem prilagodbenih napora koji se ulažu da bi se pojedinac prilagodio životnoj promjeni koja mu se dogodila. Utvrdili su da s porastom broja životnih zbivanja raste i broj obolijevanja od mnogih bolesti.

Neke kritike ove teorije ističu kako su mnoga životna iskustva uvrštena u Skalu nedavnih životnih promjena ustvari zbivanja koja mogu biti i posljedice bolesti, a ne njezin uzrok (primjerice razne promjene u obiteljskim odnosima, načinu života, navikama, problemi na poslu i sl.). Nadalje, postoje prigovori da u Holmes/Raheovoj skali nedostaju neka socijalno neprihvatljiva zbivanja (primjerice preljub, krađa i sl.); da nedostaju zbivanja vezana uz kronične iscrpljujuće događaje (primjerice dugotrajno loši susjedski odnosi); da popis zbivanja nije prilagođen razlikama u spolu ispitanika (primjerice trudnoća kao značajno životno zbivanje), zatim razlikama u dobi ispitanika (s kojom se mijenja jačina stresa uvjetovanog pojedinim zbivanjem); da nedostaje poznavanje situacije u kojoj se pojedino zbivanje odvija kao i to je li pojedinac mogao predvidjeti zbivanje i staviti ga pod svoju kontrolu, koliko je socijalne potpore imao i sl. Iako oko nekih zbivanja postoje značajna slaganja između ispitanika, druga mogu biti vrlo ovisna o subjektivnoj percepciji ispitanika te prosječni indeksi ne mogu biti dobar pokazatelj jačine djelovanja nekog zbivanja na pojedinca.

1.3. Vrste i uzroci stresa

Postoje dvije osnovne vrste stresa: akutni odnosno trenutni i kronični odnosno dugotrajni.

- 1) Akutni stres može biti jednokratni događaj do čije pojave dolazi brzo, ali isto tako brzo i nestaje. Utjecaj akutnog stresa može trajati od nekoliko minuta i sati pa do nekoliko dana ili tjedana. Primjerice, akutni stres može se javiti nakon neposredno izbjegnute opasne situacije, poput prometne nesreće ili sukoba s nekom osobom.
- 2) Kronični stres je stres koji se ponavlja kroz duži vremenski period. Može biti uzrokovan konstantnim nizom stresnih događaja ili nekom dugotrajnom situacijom. U ovu kategoriju spada stres uzrokovan teškim poslovnim okruženjem, brigom za osobu s nekim kroničnim oboljenjem ili stanjem usamljenosti.

Stresni su podražaji u različitim istraživanjima različito kategorizirani. Jedna od najčešćih kategorizacija tipova stresnih situacija koje rezultiraju doživljajem psihičkog stresa je ona koja uključuje:

- 1) velike životne promjene (vjenčanje, završetak škole, smrt voljene osobe);
- 2) kronične stresne događaje (nezaposlenost, svađe u obitelji);
- 3) traumatske događaje (prirodne i tehnološke katastrofe, ratne situacija i osobne traume);
- 4) svakodnevne stresne situacije (žurba, gužva, neljubaznost ljudi).

Istraživanja koja definiraju stres u terminima zahtjeva okoline, odnosno stresnih događaja, najčešće ispituju situacije intenzivnog stresa, dok oni koji se priklanjaju definiciji koja naglašava odnos između osobe i okoline te kognitivnu procjenu aspekata stresne situacije više ispituju svakodnevne stresne događaje i probleme [11].

Opći cilj istraživanja djelovanja različitih tipova stresnih događaja u većini se istraživanja odnosi na određivanje načina na koji su oni povezani sa zdravstvenim ishodima, bilo da je riječ o samoprocjeni tjelesnog ili mentalnog zdravlja ili nekim objektivnim, fiziološkim indikatorima zdravstvenog stanja.

Međutim, razlike između pojedinih kategorija stresnih situacija nisu jednoznačne pa ponekad neki autori ne razlikuju traume od velikih životnih događaja [11]. Stoga se postavlja pitanje treba li razlikovati kategorije stresnih događaja s obzirom na njihove

posljedice (npr. kod traumatskih stresnih iskustava posljedice su česte noćne more, hiperaktivnost, ponavljane slike traumatskih događaja, dok su posljedice velikih životnih događaja češće anksioznost i depresija) ili je razlika među ovim kategorijama samo pitanje inteziteta stresnosti.

Aldwin (1994.) smatra da se različite kategorije stresnih događaja mogu razlikovati s obzirom na dvije dimenzije koje se nalaze na temelju različitih koncepcija stresnih podražaja. To su dimenzija inteziteta stresnosti i vrijeme trajanja stresnog događaja (Slika 1.3.1.).

| | | | |
|--|------|----------------------------|--|
| I N T E N Z I T E T | jak | traume životni događaji | kronični stresni događaji životni događaji |
| | slab | svakodnevni problemi | kronični stresni događaji |
| | | kratko | dugo |
| | | V R I J E M E | |

Slika 1.3.1. Podjela stresnih događaja s obzirom na dužinu trajanja i intenzitet [7]

Prema toj podjeli traume su podražaji relativno kratkog trajanja, ali vrlo visokog inteziteta jer im je jedna od glavnih karakteristika prijetnja životu. Za razliku od trauma, kronični stresni događaji su dugotrajni, ali ne karakterizira ih toliko visok intezitet. Životni događaji mogu različito trajati, a razlikuju se od kroničnih stresnih događaja jasno definiranim završetkom djelovanja. Svakodnevni problemi kratkog su trajanja i niskog inteziteta. Oni mogu biti vrlo visokog inteziteta ako se događaju paralelno s kroničnim stresnim događajima. Ovakvu podjelu Aldwin ne smatra

potpunom kategorizacijom stresnih događaja, već samo okvirom kojim se možemo voditi pri ispitivanju stresa.

Osim dimenzija trajanja i inteziteta stresa različitih stresnih događaja, treba spomenuti još neke važne dimenzije stresnih situacija koje djeluju kako na načine suočavanja sa stresom, tako i na zdravstvene ishode, a to su mogućnost kontrole stresnog događaja, iznenadnost i predvidljivost.

1.3.1. Velike životne promjene ili događaji

Životni događaji uključuju važne i velike promjene u životu, poput gubitka posla, rastave braka, rođenje djeteta, preseljenja u drugi grad, gubitka bliske osobe. Kardiolog Wolff je još 1950. godine zamijetio da pacijenti godinu dana od pojave neke bolesti izvještavaju o češćim stresnim životnim događajima. Neki autori [12,13] smatraju da je svaki događaj koji izaziva promjenu i diskontinuitet u životu ljudi stresan jer dovodi do potrebe za prilagođavanjem. Drugim riječima, stresnost različitih situacija moguće je definirati količinom promjene koju te situacije zahtijevaju od osobe, bez obzira na njihov smjer. Tako npr. Holmes i Rahe smatraju da čak i promjene koje doživljavamo vrlo pozitivnima kao npr. sklapanje braka, pronalaženje unosnog i prestižnog posla, preseljenje u bolji dio grada ili rođenje željenog djeteta mogu izazvati stresne odgovore poput učestalih glavobolja, visokog krvnog tlaka ili nekih bolesti. Iako su ugodne, one uključuju promjene koje su same po sebi izvor stresa. Ovakve životne promjene razlikuju se od svakodnevnih problema utoliko što se javjajuu rjeđe i mogu biti i pozitivnog predznaka. Pozitivna stresna iskustva nazivaju se još i pozitivnim stresom ili eustresom.

1.3.2. Kronični stresni događaji

Kronični stresni događaji uključuju životne teškoće koje traju duže vrijeme ili se učestalo ponavljaju tijekom dužeg razdoblja. To su npr. dugotrajne bolesti, financijske poteškoće, nezadovoljavajući posao, loše stanovanje, obiteljski problemi i problemi na poslu, dugotrajne napetosti u međuljudskim odnosima itd.

Ispitivanja pokazuju da su dugotrajni ili kronični stresni događaji više povezani s disfunkcijama organizma od kratkotrajnijih velikih životnih promjena [9,14] pa se zbog toga stres ne može definirati samo velikim životnim događajima i promjenama, već se u njegovu definiciju trebaju uključiti i kontinuirani loši socijalni odnosi i ostali kronični stresni događaji.

Važno je obratiti pažnju i na doživljavanje stresa u kontekstu socijalnih uloga jer upućuje na moguće socijalne uzroke koji se nalaze u osnovi poveznosti stresnih događaja i zdravstvenog stanja. Za razliku od pristupa koji naglašava ulogu osobina ličnosti pri doživljavanju stresnih događaja [15], pristup koji stresne situacije promatra u kontekstu socijalnih uloga pretpostavlja da su one dijelom posljedica načina organizacije života sociokulturne okoline što nikako ne treba zanemariti.

1.3.3. Svakodnevni problemi

Situacije koje se javljaju svaki dan, a čine ih mali, neugodni doživljaji kao npr. gužve u javnom prijevozu, manja razočaranje ljudskim postupcima, svakodnevne žurbe, buka itd., još se nazivaju svakodnevnim problemima (daily hassles).

Kao što neki autori upućuju, svakodnevna stresna iskustva na izravni način opisuju životne okolnosti i zahtjeve s kojima se pojedinac suočava i stoga mogu predstavljati bolji odraz promjena izazvanih značajnim događajima nego što su to sami događaji [16]. Prema mišljenju autora, općeprihvaćeno određenje stresa temeljeno na životnim promjenama ili važnim događajima valja upotpuniti mjerama uobičajenih stresnih iskustava iz svakodnevnog života, od kojih neka mogu biti proizvod značajnih događaja, druga proizlaze iz kroničnih ili ponavljanih životnih uvjeta, dok se pak ostala odnose na sasvim sporadične događaje [9]. Za ove neposrednije mjere stresa,

autori pretpostavljaju jasniju i jaču povezanost s adaptacijskim ishodima, u odnosu na udaljenije mjere životnih događaja [8].

Danas već postoje ekstenzivno dokumentirani nalazi o povezanosti mjera svakodnevnih stresnih iskustava s fluktuacijama raspoloženja [17], akutnim i kroničnim zdravstvenim tegobama [18], psihijatrijskom simptomatologijom [19] te pokazateljima socijalne i psihološke prilagodbe [20,21]

1.3.4. Velike krizne situacije i traume

Alternativa ispitivanjima efekta velikih životnih događaja (promjena) i kumulativnog djelovanja svakodnevnih problema na doživljaj stresa i zdravlje su ispitivanja koja se odnose na preživljavanje neke velike krizne situacije ili traume, poput avionske nesreće, poplave, požara, potresa, rata ili silovanja. Ove se situacije mogu podijeliti u tri tipa: prirodne i tehnološke katastrofe, ratne traume i s njima povezani stresni događaji te osobne traume (silovanje, zlostavljanje itd.). Svaki tip navedenih situacija ima svoje posebne karakteristike koje mogu izazvati različite reakcije. Zajednička osobina ovih situacija je vrlo visok stupanj prijetnje psihičkom i/ili tjelesnom integritetu [9,22].

1.4. Suočavanje sa stresom

Kad se osoba nađe u situaciji koju doživljava stresnom, mora nekako s njom izaći na kraj. Nastojat će bilo na kognitivnom, emocionalnom ili na planu ponašanja, savladati, podnijeti ili smanjiti vanjske i unutarnje zahtjeve ili sukobe među tim zahtjevima. Na ovakav način u okviru svog modela, Lazarus i njegovi suradnici određuju pojam «suočavanje sa stresnim situacijama» [9].

Ovako definirano suočavanje ima tri značajke. Prvo, smatra se procesom što znači da se u obzir ne uzimaju samo misli i postupci u konkretnoj stresnoj situaciji, već i kako se te reakcije mijenjaju razvojem događaja. Iz toga proizlazi da je ustvari riječ o procesu suočavanja. Drugo, suočavanje je neodvojivo od konteksta, tj. pod utjecajem je procjene stvarnih zahtjeva što ih postavlja određeni događaj i mogućnost pojedinca da im se suprotstavi. Iz toga proizlazi općeniti zaključak kako suočavanje poprima svoj konačni oblik tek zajedničkim djelovanjem osobnih i situacijskih činitelja. I konačno, navedena definicija ne vrednuje suočavanje kao dobro ili loše (tj. uspješno ili neuspješno): riječ je o ulaganju napora radi savladavanja određenih zahtjeva, bez obzira na to jesu li ti napori urodili plodom ili ne.

Drugi, u određenom smislu oprečan način određenja suočavanja temelji se na postavci da su reakcije pojedinca trajne i nepromjenljive budući da ne ovise o situaciji nego o osobinama pojedinca. Zagovornici takvog pristupa govore o suočavanju kao o osobini, dispoziciji, odnosno o stabilnim stilovima suočavanja iz čega slijedi da će pojedinac s većinom stresnih događaja izlaziti na kraj na isti način.

1.5. Reakcija na stres

Reakcije na stres mogu biti [23,24]:

1. Fizičke (pojačan rad srca i pluća, povišen arterijski krvni tlak, povišena razina šećera u krvi, proširene zjenice, povećana mišićna napetost, glavobolja, vrtoglavica, smetnje probave, drhtanje, smetnje sna, pojačano znojenje, učestalo mokrenje, suha usta, žeđ) daju organizmu dodatnu energiju i pomažu u obrani od opasnosti izazvane stresom;
2. Psihičke:
 - emotivne (strah, tjeskoba, potištenost, napetost, depresivnost, pesimizam, razdražljivost, agresivnost, sumnjičavost, gubitak motivacije, preosjetljivost na kritike, mrzovolja, apatija, pasivnost, osjećaj krivnje, sram, razdražljivost, osamljenost)
 - kognitivne (promjene pozornosti, koncentracije i rasuđivanja, zaboravljivost, opsesivno razmišljanje, mentalne blokade);
3. Promjene ponašanja - očituju se u borbi s uzrokom stresa ili bijegom od uzroka stresa (zlouporaba alkohola, droga i medikamenata, pojačano pušenje, pretjerano ili nedovoljno ishranjivanje, smanjenje produktivnosti, razdražljivost, impulzivno ponašanje, nesuvisao govor, nervozan smijeh).

1.6. Profesionalni stres

Profesionalni stres se definira kao stanje praćeno fizičkim, psihičkim ili socijalnim smetnjama ili disfunkcijama koje su posljedica nesuglasja između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram mogućnosti, želja i očekivanja pojedinca da tim zahtjevima udovolji. Takav stres nije bolest, ali produljena izloženost pritiscima može smanjiti učinkovitost na radu ili može voditi k pogoršanju zdravlja [25]. Profesija pružatelja zdravstvenih usluga se smatra visoko stresnim zanimanjem.

Stresori u profesiji medicinskih sestara/tehničara su:

- nemogućnost pružanja dovoljne zdravstvene pomoći zbog objektivnih okolnosti (nedostatak sredstava);
- neizvjesnost oko ishoda pružene pomoći;
- osjećaj prevelike odgovornosti za bolesnika;
- rad s teškim bolesnicima kod kojih je uspjeh njege neizvjestan;
- rad s žrtvama nasilja;
- problemi u odnosu s članovima obitelji bolesnika;
- ugroženost vlastitog zdravlja i sigurnosti;
- autoritativni odnos liječnika prema medicinskoj sestri/tehničaru.

Stresori u odnosu na samu organizaciju rada su:

- nejasnost uloga;
- visoki zahtjevi, kratki rokovi, prekovremeni rad;
- loša radna atmosfera - nedostatak podrške rukovoditelja, mala potpora okoline, međusobna netrpeljivost zaposlenih;
- niska primanja;
- opterećenost administrativnim dijelom posla;
- osjećaj pretjerane eksploatairanosti;
- pomanjkanje kontrole nad vremenom, učinkom i načinom rada;
- smanjen broj radnika.

Stres na radnom mjestu se odražava se na radni učinak, kvalitetu obavljenog posla, tijekom procesa, broj pogrešaka te povećanje broja ozljeda, a posljedice koje za sobom nosi su povećana fluktuacija zaposlenika, odsutnost s posla te povećana stopa bolovanja. Važno je naglasiti na ne postoji oštra granica između normalnog fiziološkog i patološkog stresa te da je stupanj tolerancije na stres individualan.

Popularan izraz za patološki profesionalni stres je „burn out“ sindrom [26], tj. sindrom izgaranja na poslu koji označava progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti vlastitog rada kao rezultat frustracija i stresa na poslu. On je čest kod tzv. „pomagačkih profesija“ (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi) jer rad s ljudima uključuje izraženu emocionalnu komponentu, a među najviše ugroženima su oni zaposlenici koji su rad započeli s puno entuzijazma i očekivanja, sa silnom željom za uspjehom, pobjedom ili za pomoći drugim ljudima, dok s druge strane nedostatak priznanja za dobro obavljen posao i nedostatak osjećaja kontrole nad poslom dovode do razvoja simptomatike vezane uz ovaj sindrom.

U literaturi su opisane i tzv. nepatološke reakcije na stres:

- usvajanje novih vještina rješavanja problema i veća bliskost sa značajnim osobama;
- povećanje osobne kontrole i samodiscipline;
- pronalaženje pozitivnih aspekata i značenja stresne situacije, preuređivanje životnih ciljeva i prioriteta;
- povećanje osobnih i socijalnih (obiteljska podrška) resursa;
- povećanje sposobnosti cijenjenja života i boljeg suosjećanja s drugima;
- promjene u samopercepciji, međuljudskim odnosima i životnoj filozofiji;
- pozitivne promjene u stavovima, temeljnim uvjerenjima ili vrijednostima.

1.7. Prevencija stresa

Za prevenciju stresa [28, 29] važna je je zdrava radna sredina koju čine otvorena komunikacija, smislen posao i mogućnost učenja i napredovanja, pravedno nagrađivanje i vrednovanje, uključenost zaposlenika u odlučivanje i odgovornost za zajedničku stvar, dobra plaća za obavljen posao, zdrava tehnologija i zaštita okoliša te vidljivost rezultata vlastitog posla.

Mjere sprečavanja stresa na radnom mjestu uključuju:

- predavanja, obrazovne tečajeve;
- osiguravanje socijalne potpore;
- interdisciplinarni timski rad;
- uklanjanje (pre)opterećenja na poslu;
- klizno radno vrijeme (gdje je moguće);
- jasan opis poslova i odgovornosti svih zaposlenih;
- otvorenu komunikaciju između članova tima;
- rekreacijske aktivnosti - dvorane za različite sportske aktivnosti, biblioteke i čitaonice, opuštajuća glazba.

Postoje različite tehnike ublažavanja stresa:

1. **Kognitivne tehnike** - pomoć pojedincu da stekne više kontrole nad svojim reakcijama na stres promjenom mišljenja, očekivanja, stavova, vjerovanja;
2. **Relaksacijske tehnike** - različiti oblici opuštajućih tehnika koje uključuju vježbe disanja, opuštanje mišića, autogeni trening;
3. **Meditacijske tehnike** - transcendentalna meditacija (20 min se potpuno opusti i zatvorenih očiju svoje misli usmjeri na pozitivna sjećanja, slike, događaje);
4. **Biofeedback tehnike** - smanjenje arterijskog krvnog tlaka, usporavanje rada srca i disanja, smanjenje mišićne napetosti.

2. Cilj istraživanja

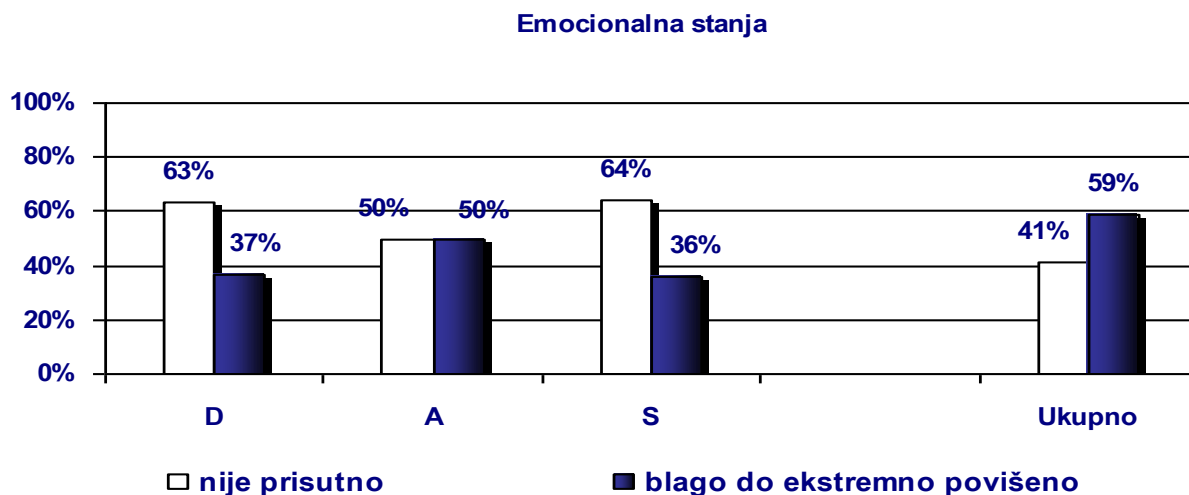
Cilj rada je procijeniti emocionalna stanja medicinskih sestara i tehničara intenzivne psihijatrijske skrbi Zavoda za dijagnostiku i intenzivno liječenje Klinike za psihijatriju Vrapče te medicinskih sestara i tehničara Zavoda za hitnu medicinu Grada Zagreba.

3. Ispitanici i metodologija

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 109 ispitanika, medicinskih sestara i tehničara, od čega 57 muškaraca i 52 žene. Prosječna starost ispitanika je 37,6 godina, a prosjek godina rada na navedenim odjelima je 13,7. Prosječna starost medicinskih tehničara (37,3) i medicinskih sestara (38) je podjednaka, isto kao i prosječan staž na odjelima (sestre 13,6 godina, a tehničari 13,4 godina). U Klinici za psihijatriju Vrapče je prikupljeno 62 upitnika, a u Zavodu za hitnu medicinu Grada Zagreba 47 upitnika. Sudionici istraživanja su upitnike popunjavali individualno. Podaci su obrađeni metodama deskriptivne statistike.

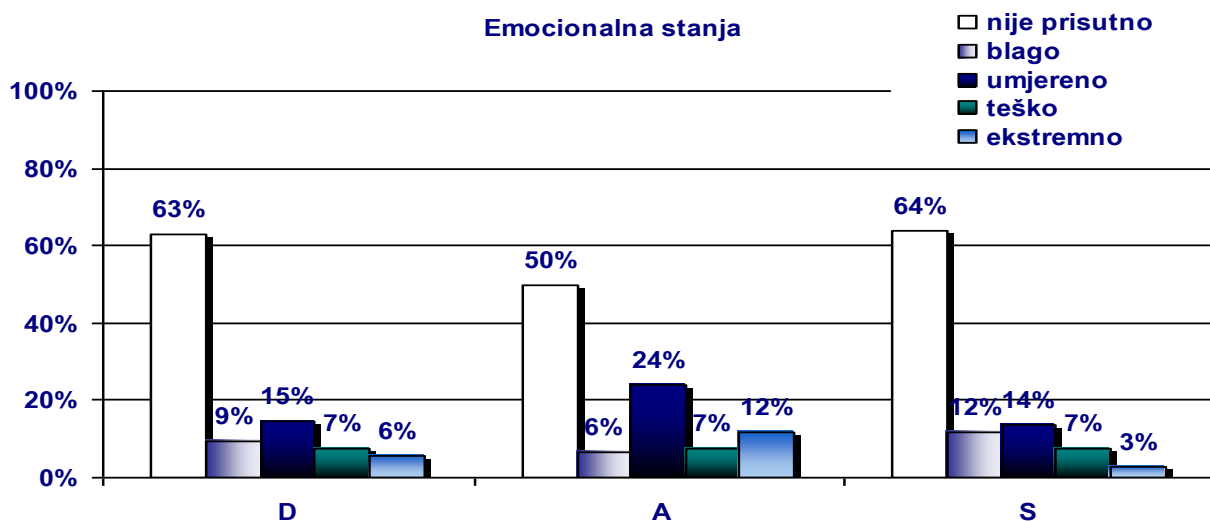
Ispitanici su medicinske sestre i tehničari zaposleni na intenzivnim odjelima psihijatrijske skrbi, i medicinske sestre i tehničari zaposleni u hitnoj medicinskoj pomoći. Sudjelovanje u istraživanju je bilo anonimno i dobrovoljno. Korišten je DASS samoocjenski upitnik [27] kojim je kroz 42 pitanja procijenjen stupanj stresa, depresije i anksioznosti. Svaka čestica se sastoji od izjavne rečenice (koja se odnosi na subjektivnu procjenu osjećaja i ponašanja u proteklih tjedan dana) na koju ispitanik odgovara zaokruživanjem broja od 0 do 3 (gdje 0 označava „nimalo“, 1 „pomalo ili ponekad“, 2 „u priličnoj mjeri ili često“ te 3 „uglavnom ili skoro uvijek“). 14 čestica se odnosi na procjenu depresije (D), 14 na procjenu anksioznosti (A) te 14 na procjenu stresa (S). Podskala za depresiju procjenjuje disforiju, osjećaj beznađa, sniženo raspoloženja, bezvoljnost, gubitak interesa, inertnost te razinu samopoštovanja. Podskala za anksioznost procjenjuje pobuđenost autonomnog živčanog sustava, učinke skeletne muskulature, situacijsku anksioznost te subjektivno iskustvo utjecaja anksioznosti. Podskala za stres procjenjuje poteškoće pri opuštanju, nervozu, razinu tolerancije na frustracije, iritabilnost te nestrpljivost. Rezultati za depresiju, anksioznost i stres se izračunavaju zbrajanjem dobivenih rezultata svih čestica određene podskale. Svaka podskala ima raspon bodova od 0 do 56. Unutar tog bodovanja se procjenjuje intezitet same simptomatike (koji je opisnog krataktera). DASS upitnik se koristi i u istraživačke i u kliničke svrhe.

4. Rezultati



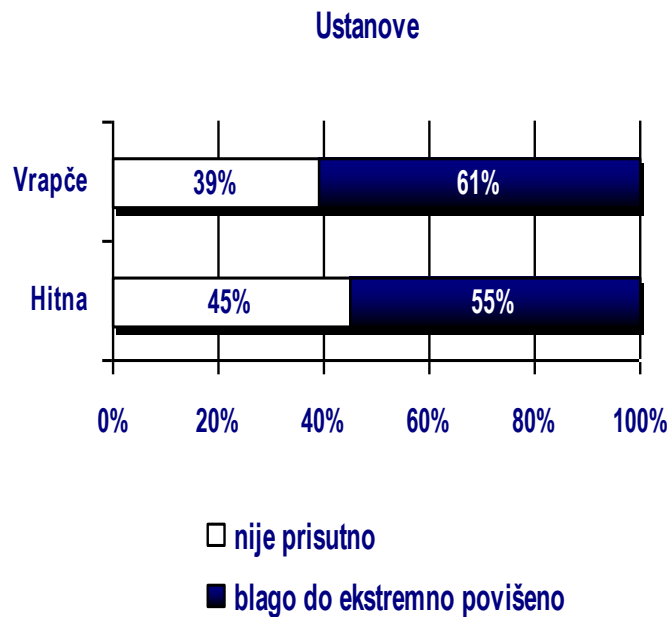
Slika 4.1. Rezultati istraživanja emocionalnih stanja medicinskih sestara i tehničara (u %) po podskalama

Čak 59% svih ispitanih medicinskih sestara i tehničara ima povišen rezultat na jednoj ili na više podskala korištenih u istraživanju. Gledajući pojedinačne podskale, najviše ispitanika iskazuje simptome anksioznosti, njih čak 50%, dok se depresija i stres javljaju kod oko trećine ispitanika.



Slika 4.2. Intezitet simptomatike po pojedinim podskalama (u %)

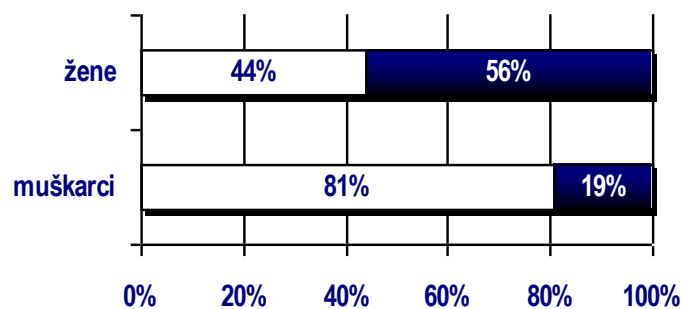
Od ispitanika kod kojih je prisutan blago do ekstremno povišen rezultat na pojedinim podskalama, većina se nalazi u kategoriji blage i umjerene simptomatike. Tek je 10% do 19% ispitanika razvilo teški ili ekstremni oblik depresije, anksioznosti i stresa. Depresija i stres prisutni su u oko 40 % ispitanika dok je anksioznost prisutna u njih čak 50%.



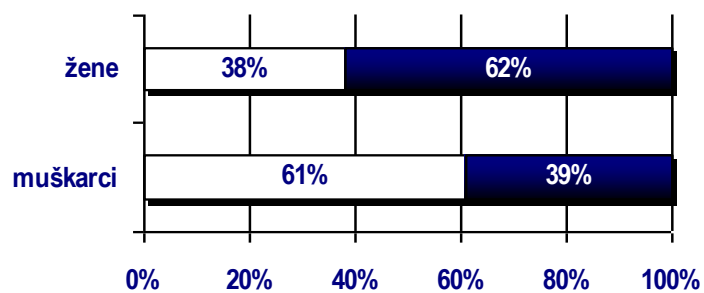
Slika 4.3. Razlike između ustanova

Između ispitanika iz pojedinih ustanova ne nalazimo značajne razlike; proporcija ispitanika koji iskazuju povišen rezultat na jednoj ili na više DASS podskala je jednaka u svim uključenim ustanovama.

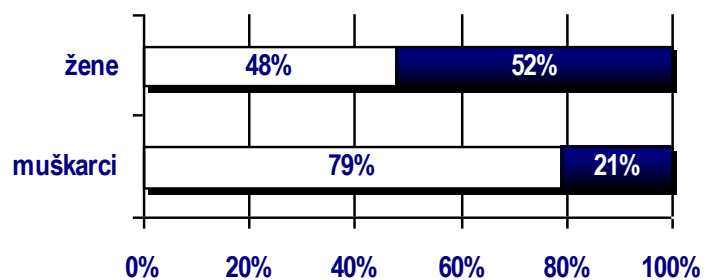
Depresija



Anksioznost



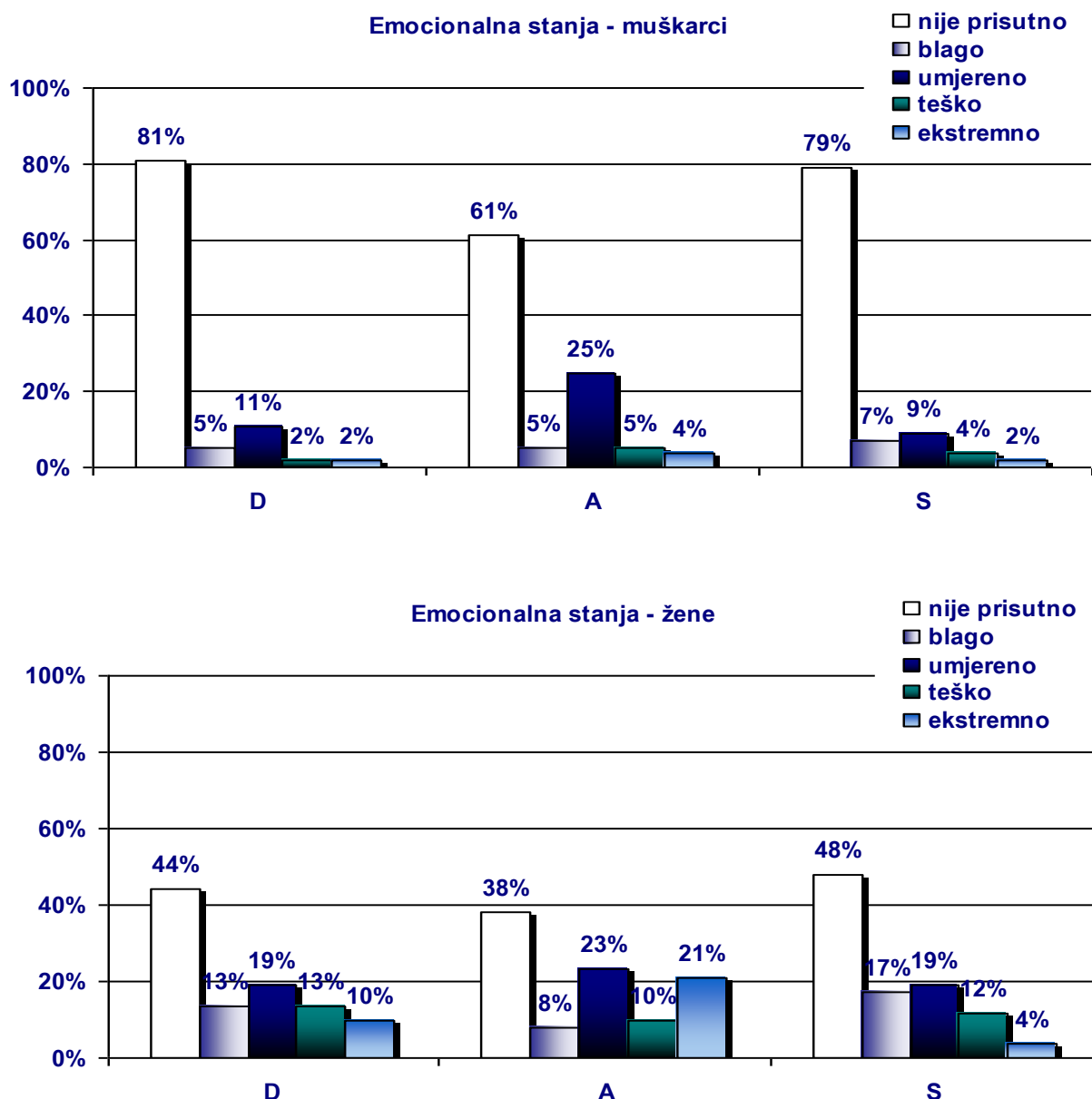
Stres



- nije prisutno
- blago do ekstremno povišeno

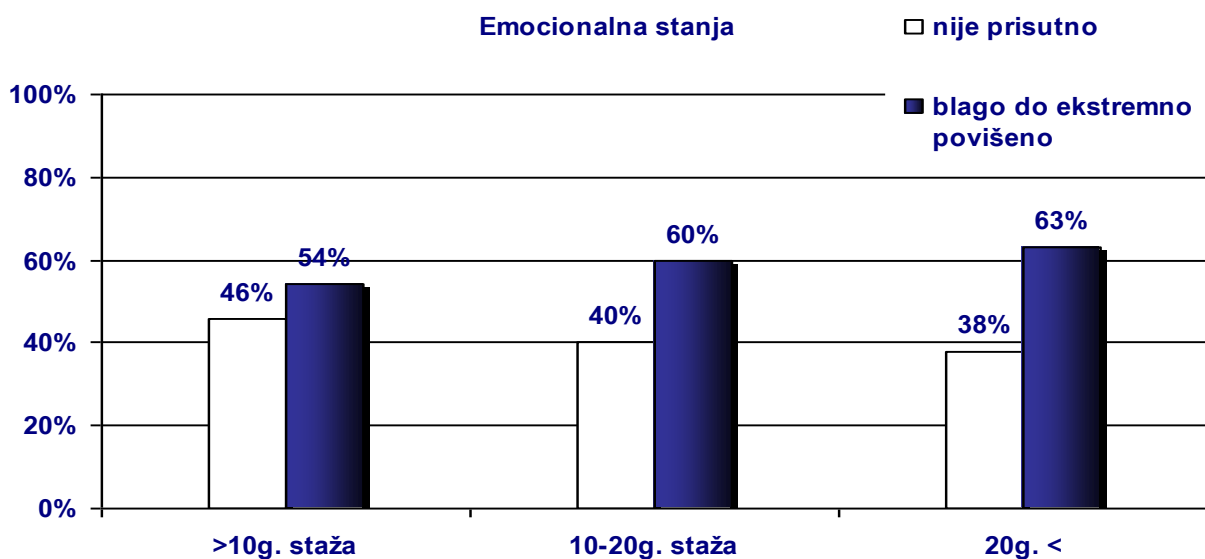
Slika 4.4. Razlike po podskalama s obzirom na spol

Utvrđene su značajne razlike obzirom na spol ispitanika; medicinske sestre u znatno većem broju iskazuju povišen rezultat na svim DASS podskalama u odnosu na medicinske tehničare. Ta je razlika posebno izražena kod depresije.



Slika 4.5. Intezitet simptomatike po pojedinim podskalama s obzirom na spol

Čak 2/3 muških ispitanika i samo 1/3 žena nema simptoma depresije, anksioznosti i stresa S obzirom na intenzitet u najvećem je postotku prisutna umjerena simptomatika.



Slika 4.6. Prisutnost simptomatike s obzirom na godine radnog staža

S povećanjem godina staža postoji trend porasta broja ispitanika koji iskazuju simptome depresije, anksioznosti ili / i stresa. Detaljnijim je ispitivanjem (s obzirom na staž) primjećen trend smanjenja stresa, a povećanja depresije ili anksioznosti.

5. Rasprava

Rezultati provedenog istraživanja potvrđuju hipotezu veće učestalosti depresije, anksioznosti i stresa kod žena. Također vidimo da postoji trend porasta simptoma s radnim stažom. Istraživanje Europske agencije za sigurnost na radu i zaštitu zdravlja pokazuje da je stres na radnom mjestu prisutan kod 28% populacije, dok je u SAD-u 29 – 40%. Kod naših ispitanika simptomi stresa prisutni su kod 52% medicinskih sestara i 21% medicinskih tehničara. Anksioznost kod polovine ispitanika, a depresija kod njih 40%. Sestrinska je profesija prema nekim istraživanjima stresa na radnom mjestu na drugom mjestu stresnih zanimanja. Među najčešćim stresorima medicinskih sestara i liječnika prepoznati su stresori iz skupine financijskih i organizacijskih čimbenika.

U ovom istraživanju čak 59% svih ispitanika ima povišen rezultat na jednoj ili više podskala, s tim da najviše ispitanika iskazuje simptome anksioznosti (njih 50%), dok se depresija i stres javljaju u oko trećine ispitanika. Što se tiče intenziteta simptoma po pojedinim podskalama, on je pretežno u kategoriji blagog do umjerenog. Tek je 10% do 19% ispitanika razvilo teški ili ekstremni oblik depresije, anksioznosti i stresa. Depresija i stres prisutni su u oko 40 % ispitanika, dok je anksioznost prisutna u njih čak 50%.

Dokazano je da ne postoji značajna razlika u prisutnosti simptomatike u odnosu na ustanovu – dakle, proporcija ispitanika koji pokazuju povišen rezultat na jednoj ili na više DASS podskala je jednaka u Klinici za psihijatriju Vrapče i u Zavodu za hitnu medicinu Zagreb.

Dokazane su značajne razlike s obzirom na spol pa tako medicinske sestre u znatno većem broju pokazuju povišen rezultat na svim DASS podskalama u odnosu na medicinske tehničare, a ta je razlika posebno izražena kod depresije (19% medicinskih tehničara iskazuje jednu razinu depresivnih simptoma, dok je kod medicinskih sestara taj postotak 56%). Muški ispitanici iskazuju najviše simptoma iz anksioznog spektra (njih 39%). S obzirom na intenzitet u najvećem je postotku prisutna umjerena simptomatika. Ovakve razlike među spolovima se mogu povezati s društveno-kulturološkom datošću (iskazivanje osjećaja je generalno „neprimjereno“ za

muški spol), ali, u konačnici, i s Freudovim konceptom psihoseksualnog razvoja čovjeka (superego koji je dio psihičkih funkcija koje se odnose na moralne zahtjeve, zabrane društva i idealne težnje, kod žena, za razliku od muškaraca, nikad nije tako neumoljiv, bezličan i odvojen od svojih osjećajnih korijena) [3].

Vezno uz godine radnog staža, dobiveni su očekivani rezultati koji govore u prilog trenda porasta broja ispitanika koji iskazuju simptome depresije, anksioznosti i/ili stresa s povećanjem godina staža. Detaljnijim je ispitivanjem (s obzirom na staž) primijećen trend smanjenja stresa, a povećanja depresije ili anksioznosti. Ovaj podatak govori u prilog redukciji adaptacijskih mehanizama (s razvojem psihičkih, ali i somatskih simptoma) posljedično dugotrajnoj stresogenoj konstelaciji na radnom mjestu (dok se, s druge strane, može reći da se snižava razina subjektivnog osjećaja stresa s obzirom na godine iskustva rada u struci).

Sučeljavanje sa stresom odnosno stresogenim situacijama dovodi do razvoja niza simptoma koji se javljaju na tri razine funkcioniranja (psihosocijalnoj, tjelesnoj i ponašajnoj). Razvoj simptomatike je usko povezan s uvjetima rada, organizacijom rada unutar ustanove, međuljudskim odnosima, nefunkcionalnošću sustava, specifičnošću rada s akutnim bolesnicima i duševno oboljelim osobama (i njihovim obiteljima - potencijalne dodatne poteškoće postoje u komunikaciji s članovima obitelji u smislu nesuradnje, nerazumijevanja i otpora) kao i trendovima u praksi pružanja hitne medicinske pomoći kao i psihijatrijskoj praksi unutar društvenog konteksta. Dakako, ne treba zanemariti i individualne karakteristike zdravstvenog radnika. Degradacija struke uz osjećaj podcjenjenosti također uvelike utječe na problem stresa u radnoj okolini.

6. Zaključak

Provedeno istraživanje pokazuje da su simptomi prisutni u 60% poremećaja, u najvećem postotku je to anksioznost. Razlike između odjela psihijatrijske intenzivne skrbi i ustanova hitne medicinske pomoći ne postoje. Značajne su razlike s obzirom na spol. Postoji trend porasta simptoma s radnim stažom.

Suvremen ubrzan način života, društveni status, egzistencijalni problemi, zahtjevi poslodavca, profesionalna odgovornost, loši međuljudski odnosi, organizacijski problemi, trajno usavršavanje samo su jedni od mnogih stresora koji utječu na sveukupni stres kod pojedinca.

Sve do sada navedeno ukazuje na važnost prevencije stresa u sestrinskoj profesiji. Preventivne aktivnosti na osobnoj razini uključuju kontinuiranu sestrinsku edukaciju, vještine komunikacije, organizaciju slobodnog vremena te razvijanje socijalne podrške. Na razini radnog sustava to su organizacijske promjene, zakonske prilagodbe i aktivno sudjelovanje u organizaciji posla.

7. Literatura

1. Humphreys T. Moć «negativnog» razmišljanja. Zagreb: Mozaik knjiga, 2002.
2. Horowitz M. Stress Response Syndromes. 2nd Edition. New York: Jason Aronson Inc, 1978.
3. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
4. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med. 1998;338(3):171-9.
5. Bremner JD. Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. New York: Norton, 2002.
6. Moghaddam B, Jackson M. Effect of stress on prefrontal cortex function. Neurotoxicity Research 2004;6:73-6.
7. Hudek-Knežević J, Kardum I. Stres i tjelesno zdravlje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
8. Vrdoljak M. Socijalno funkcioniranje osoba s dijagnozom shizofrenija u odnosu na načine suočavanja sa stresom. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. Magistariski rad. Zagreb: 2006.
9. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
10. Meyer A. The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. u Winters E E. The Collected Papers of Adolf Meyer. Vol.III, Medical Teaching. Baltimore: John Hopkins Press, 1951.
11. Aldwin C M. Stress, coping, and development: An integrative perspective. New York: Guilford, 1994.
12. Rahe R H, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes T H. Social stress and illness onset. Journal of Psychosomatic Research 1964; 8:35-44.
13. Holmes T H: Life Change and Illness Susceptibility. u Dohrenwend B S & Dohrenwend B P (Ur.): Stressfull Life Events-Their Nature and Effects. New York: John Willey & Sons, 1974.

14. Moos R H, Swindle R W. Stressful life circumstances: Concepts and measures. *Stress Medicine* 1990;6:171-8.
15. Bolger N, Coping as a Personality Process: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59(3):525-37
16. Rowlison R T, Felner R D. Major life events, hassles and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988;55(3):432-44.
17. Bolger N, DeLongis A, Kessler R C, Schilling E A. Effects of daily stress on negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989;57(5):808-18.
18. Depue R A, Monroe S M. Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: The problem of chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 1986;99 (1):36-51.
19. Nezu A M, Ronan G F. Life stress, current problems, problem solving and depressive symptoms: An integrative model *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1985;53(5):693-7.
20. Monroe S M. Major and minor life events as predictors of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine* 1983;6(2):189-205.
21. Pillow D R, Zautra A J, Sandler I. Major life events and minor stressors: Identifying mediational links in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;70(2):381-94.
22. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1993.
23. Skipper JK. Nurses and shiftwork: effects on physical health and mental depression. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15:835-42.
24. Ramirez A J, Graham J, Richards M A, Gregory W M, Cull A. Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347(9003):724-8.

25. Šarić M, Žuškin E. (Ur). Medicina rada i okoliša. Zagreb: Medicinska naklada, 2002.
26. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, Martinez O, Scotto JC. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. Int J Occup Environ Health 1997;3(3):204-9.
27. Lovibond S H, Lovibond P. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation, 1995.
28. Tyrer P. Kako živjeti sa stresom. Ljubljana – Zagreb: Mladinska knjiga, 1991.
29. Nietzel M T, Bernstein D , Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2001.

8. Prilog

DASS-HR

Ime i prezime _____

Spol M Ž

Datum _____

Pročitajte svaku od navedenih rečenica i zaokružite broj s desne strane koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u **posljednjih tjedan dana**.

Ne postoji točan ili netočan odgovor.

Nemojte se predugo zadržavati na pojedinim rečenicama.

Brojevi znače:

0 nimalo

1 pomalo ili ponekad

2 u priličnoj mjeri ili često

3 uglavnom ili skoro uvijek

- | | | |
|--|---------|---|
| 1. Primjetio/la sam da me sitnice iznerviraju. | 0 1 2 3 | S |
| 2. Primjetio/la sam da mi se suše usta. | 0 1 2 3 | A |
| 3. Nisam imao/la nikakav lijep osjećaj. | 0 1 2 3 | D |
| 4. Imao/la sam poteškoće s disanjem (npr. osjetio/la sam ubrzano disanje, a nisam se fizički umorio/la). | 0 1 2 3 | A |
| 5. Nisam imao/la snage da se pokrenem. | 0 1 2 3 | D |
| 6. Pretjerano reagiram u nekim situacijama. | 0 1 2 3 | S |
| 7. Osjećam da se tresem (noge me „izdaju“). | 0 1 2 3 | A |
| 8. Teško mi je opustiti se. | 0 1 2 3 | S |
| 9. Nalazio/la sam se u situacijama u kojima sam bio/la toliko nervozan/a da mi je bilo pravo olakšanje ka su završile. | 0 1 2 3 | A |
| 10. Osjećao/la sam da se nemam čemu nadati. | 0 1 2 3 | D |
| 11. Primjetio/la sam da se lako iznerviram. | 0 1 2 3 | S |

| | | |
|--|---------|---|
| 12. Primjetio/la sam da koristim dosta „nervozne energije“. | 0 1 2 3 | S |
| 13. Osjećao/la sam se tužno i depresivno. | 0 1 2 3 | D |
| 14. Primjetio/la sam da gubim strpljenje kad me nešto sputava (recimo kad čekam u redu, na semaforu i sl.) | 0 1 2 3 | S |
| 15. Imao/la sam osjećaj da ću se onesvjestiti. | 0 1 2 3 | A |
| 16. Primjetio/la sam da sam izgubio/la interes za većinu stvari | 0 1 2 3 | D |
| 17. Osjećao/la sam se da kao osoba ne vrijedim mnogo. | 0 1 2 3 | D |
| 18. Bio/la sam jako osjetljiv. | 0 1 2 3 | S |
| 19. Vidno sam se znojio/la (npr. dlanovi) iako nije bilo vruće niti sam se fizički zamorio/la. | 0 1 2 3 | A |
| 20. Osjećao/la sam se uplašeno bez razloga. | 0 1 2 3 | A |
| 21. Mislio/la sam da život ne vrijedi baš mnogo. | 0 1 2 3 | D |
| 22. Bilo mi je teško smiriti se. | 0 1 2 3 | S |
| 23. Imao/la sa, teškoća s gutanjem. | 0 1 2 3 | A |
| 24. Što god sam radio/la nije mi činilo zadovoljstvo. | 0 1 2 3 | D |
| 25. Osjetio/la sam rad srca iako se nisam fizički zamoio/la (npr. lupanje srca ili osjećaj da srce „preskače“). | 0 1 2 3 | A |
| 26. Osjećao/la sam se tužno i jadno. | 0 1 2 3 | D |
| 27. Bilo me lako iznervirati. | 0 1 2 3 | S |
| 28. Osjećao/la sam se blizu panici. | 0 1 2 3 | A |
| 29. Kad me nešto iznerviralo, bilo mi je teško smiriti se. | 0 1 2 3 | S |
| 30. Osjećam da bih se izgubio/la pred nekim lakim, ali nepoznatim zadatkom. | 0 1 2 3 | A |
| 31. Ništa me nije moglo zainteresirati. | 0 1 2 3 | D |
| 32. Primjetio/la sam da mi je teško tolerirati kad me nešto prekine u onom što radim. | 0 1 2 3 | S |
| 33. Osjećao/la sam se napeto. | 0 1 2 3 | S |
| 34. Osjećao/la sam se prilično bezvrijedno. | 0 1 2 3 | D |
| 35. Nerviralo me je kad me nešto prekida u onom što radim. | 0 1 2 3 | S |
| 36. Osjećao/la sam se preplašeno. | 0 1 2 3 | A |
| 37. Nisam vidio/la nikakvu nadu u budućnosti. | 0 1 2 3 | S |

- | | | |
|---|---------|---|
| 38. Osjećao/la sam da je život besmislen. | 0 1 2 3 | D |
| 39. Primjetio/la sam da se nerviram. | 0 1 2 3 | S |
| 40. Bojao/la sam se situacijau kojima bih se mogao/la uspaničiti i napraviti budalu od sebe. | 0 1 2 3 | A |
| 41. Osjetio/la sam da se tresem (npr. tresu mi se ruke), | 0 1 2 3 | A |
| 42. Primjetio/la sam da mi je teško ostvariti inicijativu i započeti bilo što. | 0 1 2 3 | D |

- A. Na sadašnjme radnom mjestu (ili radnom mjestu sličnih opterećenja) radim
_____ (upisati broj godina)
- B. Sadašnja životna dob _____ (upisati broj godina života)