

STRES I MEHANIZMI SUOČAVANJA KOD OBOLJELIH OD MENTALNIH POREMEĆAJA

Hajmburger, Marijana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:388468>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA

**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
MENADŽMENT U SESTRINSTVU**

Hajmburger Marijana

**STRES I MEHANIZMI SUOČAVANJA KOD OBOLJELIH OD MENTALNIH
POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES RIJEKA

UNIVERSITY GRADUATE STUDY OF MANAGEMENT IN NURSING

Hajmburger Marijana

**STRESS AND COPING MECHANISMS IN PATIENTS WITH MENTAL
DISORDERS**

Final thesis

Rijeka, 2021.

Mentor rada: izv.prof.dr.sc. Ika Rončević Gržeta, dr. med.

Diplomski rad obranjen je 05.studenog 2021 godine na Fakultetu zdravstvenih studija, Sveučilišta u Rijeci u sastavu povjerenstva:

1. Doc.dr.sc. Jasna Grković
2. Dr.sc. Aleksandra Stevanović prof.-psih.
3. Izv.prof.dr.sc. Ika Rončević Gržeta, dr. med.

Rad sadrži 89 stranica, 26 slika, 22 tablice, 23 literature, 4 priloga.

MEDRI

UNIRI

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA Sveučilišta u Rijeci
Studij	SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ MENADŽMENT U SESTRINSTVU
Vrsta studentskog rada	Istraživački
Ime i prezime studenta	MARIJANA HAJMBURGER
JMBAG	1003022508

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	STRES I MEHANIZMI SUOČAVANJA KOD OBOLJELIH OD MENTALNIH POREMEĆAJA
Ime i prezime mentora	Ika Rončević-Gržeta
Datum zadavanja rada	15.01.2021.
Datum predaje rada	17.10.2021.
Identifikacijski br. podneska	1677002800
Datum provjere rada	18.10.2021.
Ime datoteke	Diplomski rad FZSRI_Marijana Hajmburger_17.10.2021.pdf
Veličina datoteke	1.8M
Broj znakova	88165
Broj riječi	13539
Broj stranica	88

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	8%
Izvori s interneta	7%
Publikacije	0%
Studentski radovi	2%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	18.10.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

18.10.2021.

Potpis mentora



Sadržaj

ZAHVALA

POPIS KRATICA

LEGENDA ZA REZULTATE

1	UVOD.....	1
1.1	Stres i mehanizmi suočavanja	1
1.1.1	Mehanizmi suočavanja sa stresom	2
1.1.2	Depresivni poremećaji.....	4
1.1.3	Kognitivno bihevioralna terapija u borbi protiv depresije	5
1.2	Anksiozni poremećaji.....	7
1.2.1	Panični poremećaj	9
1.2.2	Generalizirani anksiozni poremećaj	9
1.2.3	Socijalna fobija i specifične fobije	9
1.2.4	Opsesivno - kompulzivni poremećaji.....	9
1.2.5	Posttraumatski stresni poremećaj	9
1.2.6	Prevenција i liječenje anksioznih poremećaja.....	10
1.2.7	Psihoterapija i oblici psihoterapije	12
1.2.8	Tehnike relaksacije.....	13
1.3	Uloga medicinske sestre kod anksiozno depresivnih bolesnika s doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja.....	14
2	CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	16
2.1	Specifični ciljevi.....	16
3	HIPOTEZE.....	17
4	ISPITANICI I METODE	18
4.1	Ispitanici	18

4.2	Metode.....	18
4.3	Etički aspekti istraživanja.....	19
4.4	Statistička obrada podataka.....	19
5	REZULTATI.....	20
5.1	Osnovna obilježja ispitanika.....	20
5.2	Kontrolna skupina (zdravi ispitanici).....	20
5.3	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.....	25
5.4	Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.....	32
5.5	Statističke značajke.....	43
6	RASPRAVA.....	46
7	ZAKLJUČAK.....	52
8	SAŽETAK.....	53
9	ABSTRACT.....	54
10	LITERATURA.....	55
11	ŽIVOTOPIS.....	57
12	PRILOZI.....	59
	PRILOG 1: Popis ilustracija.....	59
	PRILOG 2: Anketni upitnici.....	64
	COPE - brief.....	65
	DASS upitnik.....	66

Upitnik kvalitete života	67
Upitnik o povezanosti sociodemografskih i kliničkih karakteristika psihičkih pacijenata sa doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja za zdrave osobe.....	72
Upitnik sociodemografskih podataka	74
PRILOG 3: Obavijest i suglasnost za ispitanike	76
PRILOG 4: Suglasnost Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb	78

ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici izv.prof.dr.sc. Iki Rončević-Gržeta na pomoći i sugestijama tijekom izrade rada.

Zahvaljujem prof. Vanessi Đogaš na pomoći prilikom statističke obrade podataka.

Veliko hvala prof. Kosović na savjetima, sugestijama, pomoći i osvrtu na diplomski rad.

Veliko hvala suprugu koji je bio uz mene i podržavao me tijekom studija i pisanja diplomskog rada.

Najveća hvala suprugu na temeljitoj pomoći prilikom statističke obrade podataka.

POPIS KRATICA

PZZ	primarna zdravstvena zaštita
AŽS	autonomni živčani sustav
PP	panični poremećaj
GAP	generalizirani anksiozni poremećaj
PN	panični napadaj
PTSP	postraumatski stresni poremećaj
SF	socijalna fobija
OKP	opsesivno kompulzivni poremećaj
KBT	kognitivno bihevioralna terapija

LEGENDA ZA REZULTATE

N	broj ispitanika
X^2	Hi kvadrat test
SD	standardna devijacija
P	koeficijent značajnosti
M-W-U	Mann - Whitney U test
SUNP	strategije usmjerene na problem
SUNE	strategije usmjerene na emocije
SI	strategije izbjegavanja
M	aritmetička sredina
OKP	opsesivno kompulzivni poremećaj

1 UVOD

1.1 *Stres i mehanizmi suočavanja*

Stres (eng. stress – napor, napetost, pritisak) naziv je kojim se označava: a) reakcija organizma na štetne agense iz okoline (stresori), b) učinci i posljedice djelovanja stresora na organizam. U suvremenoj psihologiji kao jedan od najistaknutijih modela stresa ističe se Lazarusov model koji smatra da je stres rezultat svjesne procjene pojedinca o tome da je njegov odnos s okolinom poremećen. Nastavno, stres definiramo kao skup emocionalnih, tjelesnih i/ili bihevioralnih reakcija do kojih dolazi kada neki događaj procijenimo opasnim i/ili uznemirujućim, a smatramo da zahtjevima istog ne možemo udovoljiti. Stresori (izvori stresa) su različiti događaji za koje pretpostavljamo da nas ugrožavaju, tj. doživljavamo ih kao događaj koji može poremetiti naš uobičajen životni tijek. Stresori mogu biti fizički (hladnoća, bol, prometne nesreće), socijalni (siromaštvo, ekonomske krize, ratovi) ili psihološki (doživljaj neuspjeha, poremećeni obiteljski odnosi, ugroza samopoštovanja, bolest i/ili smrt bliske osobe...) te uvijek predstavljaju vanjske događaje, dok je stres naš percipirani, unutarnji doživljaj. Kao važnu stavku modela Lazarus ističe kognitivnu procjenu situacije, koja se odnosi na proces razmatranja i pridavanja specifičnog smisla nekom događaju. Kako navodi, postoje dvije vrste procjena – jedna se odnosi na važnost i značenje događaja, a druga na mogućnost utjecaja i/ili kontrole u nekoj situaciji – upravo potonja utječe na izbor načina suočavanja koji najbolje odgovara zbivanju. Posljedično, ako u nekoj situaciji imamo dojam minimalne mogućnosti utjecaja, izgledno ćemo se prepustiti pasivnim mehanizmima, dok u situaciji u kojoj procjenjujemo značajnu kontrolu, pribjegavamo aktivnijem suočavanju (3).

Uzročnici stresa su unutarnji i vanjski. Unutarnji stresori su: karakteristike ličnosti, načini života i razmišljanja, negativne autosugestije. Vanjski stresori su : svakodnevne životne poteškoće, važni životni događaji, okolina i interakcije sa okolinom (2).

Reakcije na stres mogu biti psihološke i fiziološke. Psihološke reakcije su: depresija, apatija, anksioznost, ljutnja, agresija i kognitivna oštećenja. Fiziološke reakcije su: ubrzano disanje, ubrzan rad srca, ubrzan metabolizam, proširene zjenice, povišen krvni tlak, napetost mišića, izlučivanje endorfina i adrenokortikotropnog hormona (2).

Vrlo snažne stresore nazivamo traumatskim događajima. Traumatski događaji su opasne situacije izvan uobičajenog raspona ljudskih iskustava. Neki od traumatskih događaju su: poplave, potresi, požari, rat, psihičko, fizičko i seksualno zlostavljanje, razbojstva, prometne nesreće, gubitak bliske osobe, rastava braka (2)....

Kada se pojedinac uspješno nosi sa stresom, stresne reakcije izostaju ili su pozitivne, ali ako se osoba bezuspješno nosi sa stresom dolazi do psihičkih i tjelesnih poremećaja.

Nije nužno da će osoba nakon izlaganja stresnim i traumatskim događajima razviti psihički poremećaj. Razvoj psihičkih poremećaja prije svega ovisi o karakteru stresnog događaja, načinu funkcioniranja pojedinca, reakcijama na ranije stresne događaje, karakteristikama ličnosti, intelektualnim sposobnostima, socioekonomskom i obrazovnom statusu.

Urođene fiziološke reakcije na stresor su tzv. *fight or flight (or freeze)* reakcija. U reakcijama borbe ili bijega napuštamo mjesto koje doživljavamo opasnim, pri čemu aktivacija autonomnog živčanog sustava priprema tijelo za obrambenu reakciju (ubrzano disanje, tahikardija, povišena koncentracija glukoze i masnoća u krvi kao izvora dodatne energije, oslobađanje adrenalina). U reakciji zaleđenosti, osoba tijekom stresnog događaja ostaje paralizirana, čime se pokušava obraniti od traumatskog događaja koji na nju može ostaviti prolazne ili trajne posljedice.

Stres djeluje na zdravlje na način da iscrpi tjelesne resurse i učini organizam ranjivim na bolesti. Kronični stres može dovesti do sljedećih tjelesnih poremećaja: ulkusne bolesti, povišenog krvnog tlaka, razvoja srčanih bolesti, oštećenja i narušavanja imunološkog sustava, astme, reumatoidnog artritisa, dermatitisa (2).

Kada smo pod stresom smanjuje se vjerojatnost da ćemo voditi brigu o zdravstvenom ponašanju. Osobe pod stresom olako odbacuju uobičajenu rutinu kao vježbanje te se manje kreću. Na taj način stres posredno djeluje na zdravlje jer smanjuje obrasce pozitivnih zdravstvenih ponašanja, a povećava broj negativnih ponašanja. Negativna zdravstvena ponašanja mogu povećati subjektivan osjećaj stresa. Osobe koje žive zdravim životnim stilom mogu se lakše nositi sa stresnim događajima i imaju kontrolu nad svojim životom te postoji manji rizik za razvoj ili napredovanje kroničnih bolesti (2).

1.1.1 *Mehanizmi suočavanja sa stresom*

Stresne reakcije ovise o mehanizmima prilagodbe kojima se pojedinac koristi kako bi ponovno uspostavio stanje ravnoteže. Emocije i fiziološka pobuđenost izazvane stresnim situacijama vrlo su neugodne. Neugoda motivira pojedinca da sve to ublaži pomoću mehanizama suočavanja sa stresom. Suočavanje možemo objasniti kao proces kojim se osoba nastoji nositi sa stresnim zahtjevima (2).

Razlikujemo nekoliko oblika suočavanja sa stresom:

- 1. Suočavanje usmjereno na problem** – osoba se pokušava usredotočiti na problem koji je nastao, stoga nastoji pronaći način kako riješiti problem ili ga izbjeći.

Istraživanja pokazuju da ovaj način suočavanja sa stresom skraćuje razdoblje depresije i omogućava lakše prevladavanje depresije (2).

2. Suočavanje usmjereno na emocije – osoba se usredotoči na ublažavanje emocija koji su vezani uz stresnu situaciju, iako se sama situacija ne može promijeniti. Ovaj mehanizam suočavanja se koristi i kada su problemi izvan naše kontrole (2).

Kada su u pitanju negativne emocije tada se sa njima nosimo na različite načine;

- bihevioralne strategije uključuju tjelesnu aktivnost, upotrebu sredstava ovisnosti, ventiliranje ljutnje te traženje podrške (2).
- kognitivne strategije uključuju odgađanje problema i izbjegavanje rješavanja navedenog (2).

Jedna od strategija koja pomaže da se osobe emocionalno i fizički prilagode stresoru je traženje emocionalne podrške od drugih osoba.

Istraživanja pokazuju da osobe koje prijateljima ili bliskim osobama govore o svojim traumama, imaju bolje fizičko zdravlje, kako nakon traume tako i dugoročno (2).

3. Represivno suočavanje - osoba niječe da ima negativne emocije i potiskuje ih iz svjesnog doživljaja te reagira na stresore pojačanom aktivacijom AŽS.

Eliminacija emocija iz svjesnog doživljaja zahtjeva fizički posao, što dovodi do kronične pretjerane pobuđenosti i tjelesnih bolesti (2).

Istraživanja pokazuju da skrivanje svog homoseksualnog identiteta može imati posljedice za zdravlje. Muškarci koji taje svoju homoseksualnost oboljevaju u petogodišnjem razdoblju tri puta češće od raka i određenih infektivnih bolesti (upale pluća, bronhitisa, sinusitisa) od muškaraca koji ne skrivaju svoju homoseksualnost (2).

Suprotno tome, otvoreno komuniciranje o negativnim emocijama i životnim poteškoćama pozitivno djeluje na zdravlje.

Pronalaženje smisla i razumijevanje smanjuje negativne emocije koje ljudi imaju prema nekim događajima, a samim time se smanjuje trošenje organizma vezano uz kronične negativne emocije (2).

Pružanje socijalne podrške pomaže pojedincima da se bolje nose sa stresom te im omogućuje da izbjegavaju ruminacije o stresoru. Ruminacije vode osamljivanju zbog čega se loš osjećaj pogoršava, a brige o posljedicama stresnog događaja povećavaju te dolazi do preplavljenosti negativnim emocijama, odnosno osjećaja da je sve loše, ali bez mogućnosti da se nešto poduzme kako bi došlo do promjena na bolje. Postavlja se pitanje da li osobe koje koriste

ruminacije u suočavanju sa stresom imaju veće izgleda za rješavanje problema? Postojeći podaci pokazuju da nemaju. Odnosno, takav način suočavanja sa stresom pokazuje da su pojedinci manje skloni aktivnom rješavanju problema i aktivnom suočavanju sa stresom. Osobe koje koriste ugodne aktivnosti kako bi se udaljili od negativnog raspoloženja, češće se sa stresom nose aktivnim rješavanjem problema, dok osobe koje koriste ruminaciju u suočavanju sa stresom, slabije rješavaju probleme (2).

1.1.2 Depresivni poremećaji

Depresija spada u poremećaje raspoloženja koji djeluju na tjelesne funkcije, emocije, mišljenje i ponašanje (2). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, depresija je od svih bolesti po učestalosti na drugom mjestu. (1). Najčešće se javlja između adolescencije i 45 godine života. Češće se javlja kod žena i to zbog oscilacija u spolnim hormonima i hormonima štitnjače te zbog prisutnosti osjećaja bespomoćnosti i pasivnosti.

Etiologija depresije: nasljeđe, stresni događaji, neuroanatomske, metaboličke, neurotransitorske promjene i endokrinološke osobitosti, smanjenje metaboličke aktivnosti u prefrontalnom korteksu i hipokampusu. Smanjena koncentracija noradrenalina i promjene adrenergičkih receptora (1).

Analitičke teorije objašnjavaju depresiju fiksacijom na oralnu fazu. Dijete je u toj fazi doživjelo frustraciju i ostaje fiksirano za ovo razdoblje. Takav način fiksacije izaziva simbiotsku povezanost sa autoritetom i ambivalentni odnos prema autoritetu. Što dovodi do depresije. Drugi način fiksacije je da osoba o oralnim crtama ličnosti reagira na stvaran ili simboličan gubitak objekta (1). Osoba agresivne impulse preusmjerava prema sebi pri čemu se mogu javiti suicidalne pulzije (1).

Kako bi se postavila dijagnoza depresije, pojedinac ne treba imati sve simptome, ali ako osoba ima više simptoma te su simptomi izraženiji, zasigurno je da osoba pati od depresije (2).

Simptomi depresije (2):

- 1. Emocionalni simptomi:** bol, očaj, tuga, gubitak uživanja, anhedonija, bezvoljnost
- 2. Kognitivni simptomi:** negativne misli o sebi, osjećaj krivnje, beznade, demotiviranost, pasivnost, poteškoće sa koncentracijom i pamćenjem, smetenost...
- 3. Tjelesni simptomi:** promjene apetita, poremećaj spavanja, umor, gubitak energije, glavobolja, vrtoglavica, probavne smetnje

Komorbiditet depresije (1):

Depresija prati različite psihičke poremećaje i to: anksiozne poremećaje, bolesti ovisnosti, poremećaje ličnosti. Od tjelesnih bolesti depresija se javlja s različitim bolestima, to su : srčane bolesti, metaboličke bolesti, neurološke bolesti, endokrinološke bolesti, cerebrovaskularne bolesti, epilepsija, tumori...

Liječenje depresije je kompleksno i uključuje psihofarmakološke, psihoterapijske i socijalne metode liječenja. Kombinacijom ovih metoda liječenja mogu se postići pozitivni učinci. Od farmakoterapije se primjenjuju antidepresivi, anksiolitici, hipnotici, stabilizatori raspoloženja i antipsihotici. Preporuka je da bolesnici sa depresivnim poremećajima ne prestaju uzimati antidepresive nakon što simptomatologija prođe, nego bi trebali uzimati terapiju barem jednu godinu zbog mogućih recidiva (1).

1.1.3 Kognitivno bihevioralna terapija u borbi protiv depresije

Depresija se smatra jednim od vodećih uzroka otežanog radnog i socijalnog funkcioniranja u svijetu (za osobe u rasponu od 15 do 44 godine), s učestalošću od 4 do 5% u industrijski razvijenim zemljama, stoga nije neobično da razni psihoterapijski pravci nastoje ponuditi što učinkovitiji tretman.

Jedan od najuspješnijih pristupa zasigurno je kognitivno bihevioralna terapija, koja predstavlja strukturirani, aktivni te eksperimentalno orijentiran oblik psihoterapije. Utemeljen na bihevioralnim i kognitivnim principima, pokazuje se kao pouzdan i učinkovit u tretmanu, pokazuje brze, a dugoročno održive rezultate te veću prihvatljivost i jednostavnost.

Bihevioralna terapija prvi je znanstveno utemeljen pristup u razumijevanju i tretmanu odstupanja u ljudskom ponašanju; učenje novih, adaptivnih oblika ponašanja predstavlja ključ tretmana, obzirom da bihevioristi smatraju da su sva ponašanja, pa i ona abnormalna, naučena.

Posljedično, bihevioralni modeli depresije navode da oboljela osoba pokazuje poteškoće u dobivanju potkrepljenja, ili slabo povezuje potkrepljenje sa samim ponašanjem, dok je cilj terapije povećati čestinu i intenzitet funkcionalnog ponašanja, što rezultira i promjenom na razini osjećaja.

Unutar bihevioralnog tumačenja kao izrazito korisni pokazuju se i treninzi socijalnih vještina te efikasnog rješavanja problema, čime se pacijente upoznaje s asertivnim ponašanjem.

Kognitivni pristup fokus stavlja na način na koji strukturiramo svoja iskustva te im dajemo smisao, pri čemu preoblikujemo podražaje okoline u upotrebljive informacije (10).

Osnivač kognitivne terapije, Aaron T. Beck smatrao je da depresiju (u vidu kognitivnih, motivacijskih te vegetativnih simptoma) uzrokuju i održavaju na životu primarno distorzije, tj. pristranosti ili iskrivljenja u mišljenju. Njegov model navodi da oboljeli imaju negativnu percepciju sebe, dosadašnjih iskustava i budućnosti, stoga je cilj terapije navesti pacijente da ostvare uvid, a potom nauče prepoznavati i mijenjati negativne misli i neprilagođena vjerovanja. Integracija kognitivnog i bihevioralnog pristupa pokazuje sinergično djelovanje, zbog čega se učestalo kombiniraju, iako to nije nužno u svakom pojedinačnom slučaju – bihevioralne tehnike rezultate postižu brže, dok kognitivne dulje održavaju postignuto poboljšanje. Kada pacijent ulazi u tretman, nužno je započeti isti psihoedukacijom o samoj depresiji. Nakon toga, kreće se s konceptualizacijom trenutno pristupnih problema (pri čemu pacijent nastoji prepoznati vlastite bihevioralne probleme, tipične misli i vjerovanja, kao i primjere vlastitih disfunkcionalnih ponašanja) te pacijenta upoznaje s općim planom tretmana. Kao jedna od ključnih točaka ističe se utvrđivanje ciljeva, čime se pacijenta potiče na proaktivan stav prema budućnosti (što je izrazito važno kod pacijenata koji verbaliziraju osjećaj beznadnosti). U dogovoru s terapeutom radi se popis kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, koji se kroz cijelo trajanje terapije redovito pregledava te po potrebi revidira. Jedan od prvih ciljeva terapije je bihevioralna aktivacija, koja pacijenta potiče na postupno povećanje čestine i intenziteta potkrepljujućih ponašanja (provodi se kroz četiri koraka – opažanje, pravljenje popisa, planiranje potkrepljenja te provođenje planiranog). Kao dodatne bihevioralne tehnike često se koriste i samo nagrađivanje te zadavanje postupnih zadataka (zadatak podijeljen u manje dijelove). Izuzevši navedene psihoedukacije, kao važna kognitivna tehnika ističe se kognitivno restrukturiranje, čime pacijent „napada“ svoje negativne automatske misli. Rad na disfunkcionalnim i bazičnim vjerovanjima, treninzi vještina efikasnog rješavanja problema, treninzi interpersonalnih vještina, mindfulness – sve od navedenih tehnika pokazuju se izrazito važnima u preoblikovanju pacijentovih kognicija. Nakon samog tretmana važno je pacijenta upozoriti na važnost mogućnosti ponovnog javljanja depresivnih epizoda, stoga se pokušava provesti svojevrсно *cijepljenje* (inokulacija) kojom se pacijenta priprema za eventualne poteškoće (važnost prepoznavanja osobnih okidača, opis tipičnih znakova depresije te razvoj strategija suočavanja s istima).

Kognitivno bihevioralna terapija jedna je od najviše istraživanih formi psihoterapije današnjice – niz kontroliranih studija i meta-analiza potvrđuje njenu učinkovitost. Pacijenti tretirani kognitivno bihevioralnim tehnikama u oporavku napreduju brzo, a stabilnu remisiju održavaju i nakon par godina od početnog oporavka (10).

1.2 Anksiozni poremećaji

Tjeskobnost je znak života i životnog iskustva i ne mora značiti bolest. Prof.dr.sc. Branko Lang

Anksiozni poremećaji pripadaju najčešćim psihijatrijskim poremećajima, javljaju se u svakoj životnoj dobi, češće kod žena. Riječ je o pretjeranom stanju pobuđenosti koje je obilježeno strahom, anksioznošću i neizvjesnošću (1). Anksioznost predstavlja uzbunu odnosno signal koji upozorava na neku opasnost, prilagodbeni odgovor organizma u svrhu očuvanja života (4). Također, anksioznost upozorava na bol, frustraciju, kaznu, odvajanje od voljenih osoba, ugrozu pri uspjehu. Anksioznost potiče pojedinca da poduzme odgovarajuće korake koji su usmjereni na prevenciju nelagode. Pri tome dolazi do aktivacije simpatičkog i parasimpatičkog živčanog sustava.

Hoće li neka osoba događaj doživjeti stresnim ili ne, ovisi o obilježjima stresogenog događaja, psihičkim kapacitetima pojedinca kao i njegovim mehanizmima obrane (4).

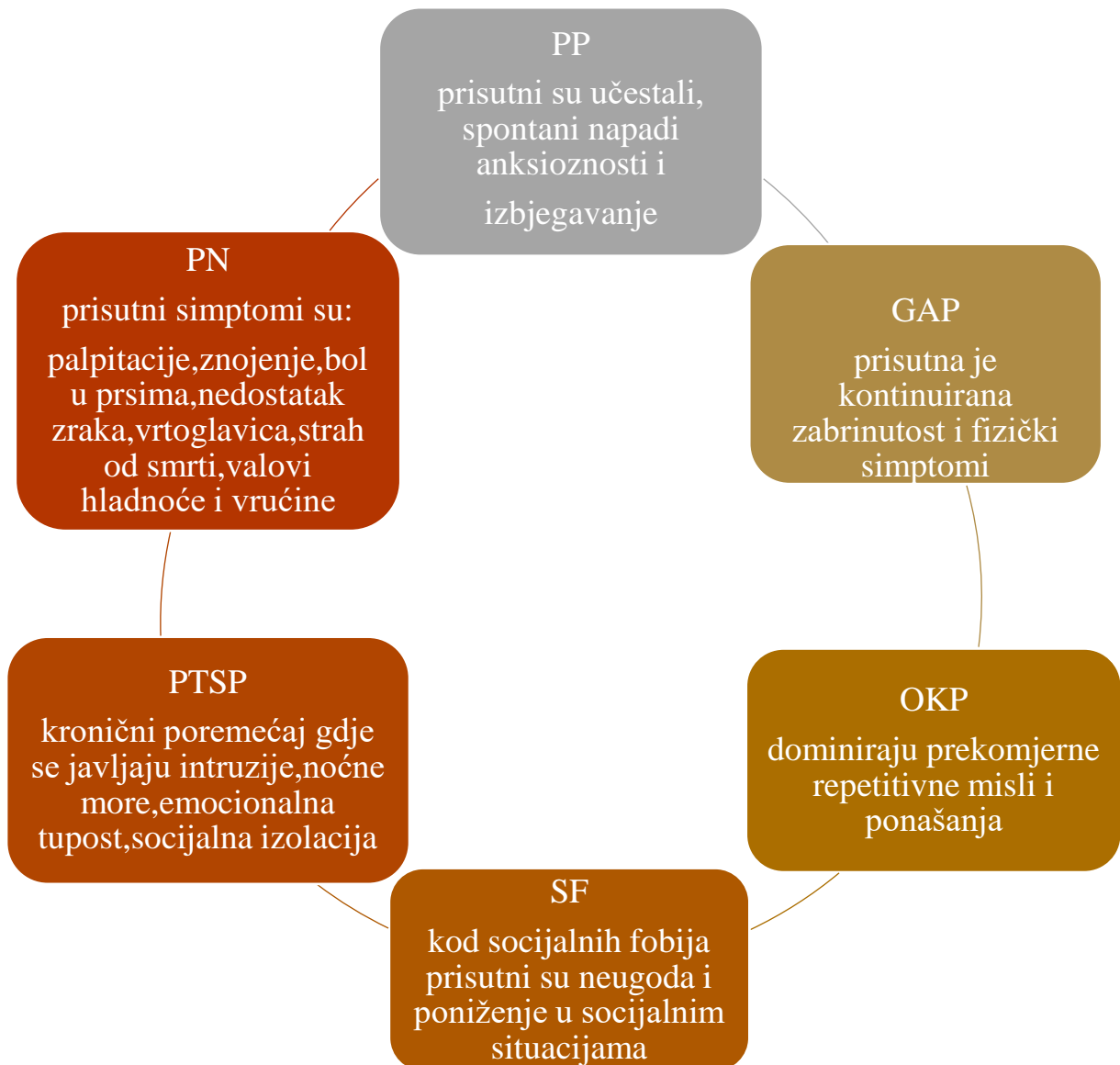
Anksioznost je normalna ljudska reakcija, prati nas kroz svakodnevne životne situacije. Javlja se kada smo u kontaktu sa drugim ljudima, na radnom mjestu, kod donošenja odluka.

Na ovaj način anksioznost ima adaptivnu funkciju jer nas čini opreznijima, potiče nas na planiranje, promišljanje i suprotstavljanje opasnosti.

Etiologija anksioznih poremećaja često puta je uvjetovana genetskim predispozicijama, hiperfunkcijom AŽS. Freud smatra da se anksioznost javlja kao odgovor ega na nesvjesne impulse iz ida te je signal za opasnost (1).

H.S. Sullivan smatra kako je za nastanak kasnijeg straha kod djeteta odgovorna rana veza između majke i djeteta (1).

Simptomi : osjećaj lupanja srca, znojenje, tremor, suha usta, osjećaj gušenja, poteškoće pri disanju, bol, mučnina, osjećaj omamljenosti, slabosti, strah od gubitka kontrole, strah od smrti.



Slika 1 Diferencijalna dijagnoza anksioznih poremećaja (4)

Glavni anksiozni poremećaji su (4) :

1. Panični poremećaj
2. Generalizirani anksiozni poremećaj
3. Socijalna fobija
4. Specifične fobije
5. Opsesivno – kompulzivni poremećaj
6. Posttraumatski stresni poremećaj

1.2.1 Panični poremećaj

Obilježen je epizodnim napadajima paničnog straha. Nastaje spontano, nije uvjetovan drugim psihijatrijskim poremećajima, češći je kod žena. Simptomi : panika, suhoća usta, znojenje, tremor, gušenje, bol u prsima, vrtoglavica (4).

1.2.2 Generalizirani anksiozni poremećaj

Pojavljuje se učestalo, od 5-7% u ranoj odrasloj dobi, češći je kod žena.

Simptomi : trajna zabrinutost, pojačana pobuđenost, smetnje koncentracije, nemogućnost obavljanja svakodnevnih zadataka (4).

1.2.3 Socijalna fobija i specifične fobije

Pripadaju u najčešće psihičke poremećaje te zahvaćaju od 3% populacije (socijalne fobije), dok (specifične fobije) zahvaćaju 5-10% populacije. Javljaju se u djetinjstvu i ranoj odrasloj dobi. Osobe sa specifičnim fobijama mogu adekvatno funkcionirati, a kod socijalnih fobija funkcioniranje oboljelog je ograničeno (4).

Simptomi : strah povezan sa socijalnim situacijama, strah od javnog nastupa, strah od poniženja ili sramoćenja (4)...

1.2.4 Opsesivno - kompulzivni poremećaji

Smatra se da 50% populacije ima neki oblik ritualnog ponašanja (intruzivne, neželjene misli, provjeravanje, strah da nešto nije kako bi trebalo biti...) da se opsesivno kompulzivni simptomi javljaju dosta često, ali se OKP dijagnosticira rijetko. Javlja se u ranoj odrasloj dobi, ali se poremećaj dijagnosticira tek iza 35 godina (4).

Simptomi : intruzivne misli, rituali, kompulzije, nelagoda, izbjegavanje okolnosti koje vode u kompulzije (4)...

1.2.5 Posttraumatski stresni poremećaj

Poremećaj kod kojeg dolazi do produženog odgovora na stresni događaj. Uzrokuje ga proživljeni traumatski događaj, pobuđenost AŽS, povišena koncentracija adrenalina, niska koncentracija kortizola u plazmi i urinu.... Zahvaća oko 8% opće populacije te 31% muškaraca i to ratnih veterana (4).

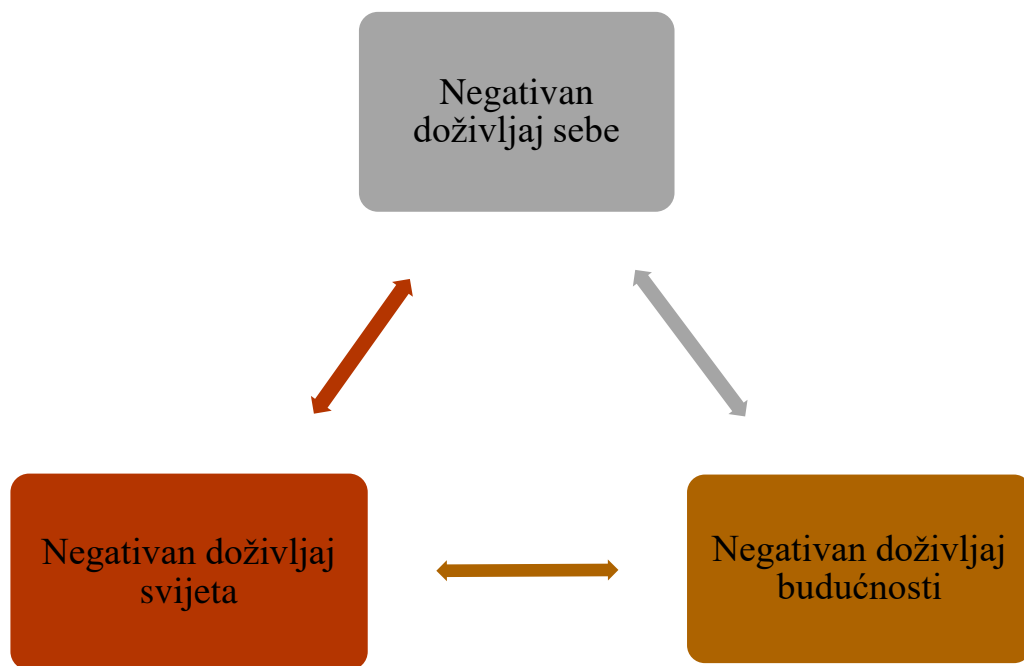
Simptomi: intruzije, emocionalna ukočenost i tupost, socijalna izolacija, izbjegavanje aktivnosti i situacija koji podsjećaju na traumu, noćne more, nesanica (4)...

1.2.6 Prevenirica i liječenje anksioznih poremećaja

Kod prevencije anksioznosti važno je da pacijentu informacije budu dostupne, da ga educiramo o samoj bolesti, simptomima, uzrocima, načinu liječenja. Važno je upoznati pacijenta da razlikuje normalnu anksioznost od patološke te što učiniti kada osjeća strah, tjeskobu i paniku. Također je nužno da pacijent bude upoznat kako je anksioznost sastavni dio života i da se ne treba osjećati loše ako je anksiozan/na. U trenucima anksioznosti osoba se priprema i osjeća opasnost ili prijetnju, strahuje što se može dogoditi i kakav će biti ishod situacije. U većini slučajeva, anksioznost se povlači kada se stresna situacija smiri.

U liječenju anksioznih poremećaja važnu ulogu ima kognitivno bihevioralna terapija, psihodinamska grupna psihoterapija, tehnike relaksacije, farmakoterapija (anksiolitici, antidepressivi, stabilizatori raspoloženja i povremeno antipsihotici), motiviranost i edukacija pacijenata.

Slika 2 Beckova kognitivna trijada (4) ističe trijadu u KBT -u koja je učinkovita u liječenju anksioznih poremećaja jer utječe na misaone procese, kognitivne distorzije, korigira neispravna bazična vjerovanja, potiče pozitivna razmišljanja o sebi, svijetu u kojem živimo, ublažava simptome bolesti te poboljšava kvalitetu života.



Slika 2 Beckova kognitivna trijada (4)

1.2.7 Psihoterapija i oblici psihoterapije

Početak 20. stoljeća bila je jedina terapijska tehnika za duševne poremećaje (6).

Novija istraživanja u području neuroznanosti, posebice uporaba slikovnih tehnika, pokazala su da je psihoterapijska metoda učinkovita posebice na kognitivnom i ponašajnom planu.

Primjenjuje se kao suportivna i preventivna metoda te zahtjeva educiranog terapeuta (6).

Psihoterapijski pristup podrazumijeva ugradnju psihoterapijskog razumijevanja u odnosu – zdravstveni djelatnik – bolesnik, što ujedno jamči bolju suradnju bolesnika i osoblja u procesu liječenja (6).

Prilikom psihoterapije nužno je ne komentirati svoje i bolesnikove spoznaje izvan terapijskog tima, u suprotnom psihoterapijska podrška i učinkovitost gube snagu.

Osoba koja vodi psihoterapiju treba biti educirana iz tri komponente: teorijsko znanje, vlastito iskustvo (rad na sebi) i supervizija.

S obzirom na ciljeve, metode i broj osoba koje zahvaća razlikujemo **individualnu ili grupnu psihoterapiju**, a prema cilju koji se postavlja razlikujemo **površne i dubinske** (6).

U oblike psihoterapije spadaju i kognitivno bihevioralna terapija te obiteljska psihoterapija.

Grupna psihoterapija omogućuje bolesniku da iznese svoje simptome i imenuje svoje poteškoće. Na taj način može spoznati da i drugi članovi grupe proživljavaju slično te se gubi strah od jedinstvenosti i neshvatljivosti vlastitih doživljaja. Pacijent se lakše upoznaje s različitim aspektima vlastitog poremećaja te s mogućnostima i rezultatima liječenja. Grupni ambijent omogućuje pacijentima da shvate razloge svojih otpora i razviju terapijsku suradljivost. Na početku grupne psihoterapije izrazito je važno uspostavljanje grupnih normi i prepoznavanje ambivalentnog sudjelovanja članova grupe. Članovi grupe ovise o terapeutu, njegovom vodstvu i podršci. U psihodinamskoj grupnoj psihoterapiji uspostavlja se komunikacija između članova grupe i odmak u direktnom obraćanju terapeutu. Ova faza kod regresivnih pacijenata traje oko dvije godine, a kod neurotičnih od šest do osam tjedana (6).

U sljedećoj fazi pojavljuju se konflikti, potreba za isticanjem i uspostava hijerarhije između pacijenata. Grupnog terapeuta se može doživljavati kao osobu protiv koje se treba pobuniti i koju treba isključiti iz grupe. Podgrupa pacijenata može se udružiti protiv jednog člana koji se identificira kao žrtveni jarac. Voditelj grupe treba pomoći grupi u tom slučaju, ne dozvoliti agresivne tendencije od strane članova grupe. Najčešće pacijenti pokazuju pasivno agresivne tendencije te je u tom trenutku potrebno da terapeut bude aktivan i pokaže članovima grupe da može preživjeti agresiju, a da to ne predstavlja prekid komunikacije. Nakon što grupa progovori o agresivnim pulzijama prema terapeutu ili članu grupe razvija se grupna kohezija. Nakon

razvijanja grupne kohezije može se krenuti sa produktivnim grupnim radom koji pokazuje učinkovite rezultate (6).

Površna psihoterapija fokusira se na razrješenju jednog problema i ne obuhvaća dublju strukturu osobnosti (6).

Dubinska psihoterapija nastoji zahvatiti bazična osobna iskustva (6).

Kognitivni pristup nam omogućava da pomoću mentalnih procesa shvatimo i razumijemo svoja ponašanja, a u skladu s time ih i mijenjamo. (2).

Primjeri kognitivnog pristupa su događaji od prve do treće godine života kada dolazi do razvojnih promjena. Druge godine života se ne sjećamo zbog velikih razvojnih promjena u našem pamćenju. Navedene promjene posebno su vidljive oko treće godine života, jer se tada povećavaju naše sposobnosti (2).

1.2.8 Tehnike relaksacije

Ove tehnike su učinkovite za anksiozne pacijente koji su stalno napeti i koji se teško opuštaju.

Poznate su: progresivna mišićna relaksacija, meditacija, autogeni trening i primijenjena relaksacija.

Cilj tehnika relaksacije je: opuštanje i pozitivni učinci na misaone procese. Relaksacijom bolesnik povećava pozitivno razmišljanje te na taj način dolazi do drugih spoznaja koje mu olakšavaju nošenje sa strahom i opasnošću.

Međutim, kod pojedinih bolesnika relaksacija može izazvati napetost u mišićima, panične atake i anksioznost. Kod takvih bolesnika tehnike relaksacije su kontraindicirane i treba ih izbjegavati (bolesnici sa psihotičnim poremećajima, epilepsijom ili bolešću kardiovaskularnog sustava...).

1.3 Uloga medicinske sestre kod anksiozno depresivnih bolesnika s doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja

Anksioznost i anksiozni poremećaji predstavljaju izazov u današnjem vremenu. Svijet u kojem živimo izrazito je nepovoljan jer pruža osjećaj beznađa nesigurnosti i straha. U 21 stoljeću dolaskom bolesti COVIDA 19, elementarnih nepogoda (potresa, požara, poplava, pijavica...) prevladava strah i tjeskoba, asocijalnost, narušena je kvaliteta života, veliki broj ljudi ostaje bez posla, nema dovoljno financijskih sredstava za adekvatan i kvalitetan život. Životni stilovi postaju tabu teme, prevladava užurbani život, neispavanost, nezdrava prehrana i asocijalnost.

Veliki je izbor automobila, računala, prehrambenih namirnica, kozmetike, stambenih prostora gdje se osobe ne mogu odlučiti za adekvatan izbor. Isto može dovesti do osjećaja nezadovoljstva, frustracije, praznine ili tjeskobe. Sve navedeno može dovesti do razvoja anksiozno depresivnih poremećaja koji izazivaju osjećaj otuđenosti i straha za bolje sutra.

Uloga medicinske sestre je pružanje učinkovite zdravstvene zaštite, sigurnosti, podrške, empatije i razumijevanja. Edukacija bolesnika od izrazite je važnosti .

Medicinska sestra treba poticati bolesnika na tjelesnu aktivnost, konzumiranje zdrave prehrane, dovoljno sna, izbjegavanje nikotina i kofeina te nekonzumiranje alkohola.

Osjećaj beznađa, gubitka želje za obavljanjem svakodnevnih aktivnosti, nemoć, nedostatak energije i umor dovode do razvoja depresivnog poremećaja, gdje je izrazito važna farmakoterapija, psihoterapija, KBT te uloga medicinske sestra koja je najbliža bolesniku i koja mu pruža osjećaj povjerenja, sigurnosti i podrške.

Poticanje bolesnika na uključivanje u socijalne odnose može biti prepreka, ali i pomak u liječenju kod anksiozno depresivnih poremećaja. Prepreka iz razloga ukoliko je anksiozno depresivan bolesnik proživio stres i traumu izazvanu socijalnom interakcijom, to će ga još jače gurnuti u depresiju i anksioznost. Ukoliko bolesnik ima prisutnu socijalnu izolaciju i osjeća se usamljenim važna je podrška od strane medicinske sestre i obitelji te uključivanje u društvene interakcije sa drugim osobama. Na taj način medicinska sestra podiže svijest o važnosti prevencije i zlouporabe daljnjih postupaka bolesnika koji nažalost mogu izazvati fatalne posljedice za bolesnika.

Važno je da medicinska sestra na vrijeme prepozna simptome anksiozno depresivnog poremećaja i pruži bolesniku adekvatnu sestrinsku skrb.

Uspostava terapijskog odnosa sa bolesnikom i njegovom obitelji važna je u procesu liječenja.

Prvostupnica sestrinstva, diplomirana medicinska sestra ili magistra dužna je informirati članove obitelji o simptomima bolesti, prevenciji, potrebi socijalizacije, provođenju životnih stilova kako bi prevenirala daljnji tijek i razvoj anksiozno depresivnog poremećaja.

2 CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovoga istraživanja je ispitati razlike u mehanizmima suočavanja sa stresom kod zdravih osoba u odnosu na osobe koji boluju od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.

2.1 *Specifični ciljevi*

Da bi ispitati razlike u mehanizmima suočavanja sa stresom kod zdravih osoba i osoba koje se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije formirani su specifični ciljevi kojima ćemo:

1. Ispitati razliku u razini depresivnosti, anksioznosti i stresa kod zdravih osoba i osoba koje se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije
2. Ispitati razliku u kvaliteti života kod zdravih osoba i osoba koje se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

3 HIPOTEZE

U ovom istraživanju polazimo od slijedećih hipoteza:

H1: Ispitanici s anksioznim ili depresivnim poremećajima imat će slabiju kvalitetu života u odnosu na zdrave ispitanike

H2: Ispitanici s anksioznim ili depresivnim poremećajima češće će biti izložene stresu i češće će koristiti nezrele mehanizme suočavanja sa stresom u odnosu na zdrave ispitanike

4 ISPITANICI I METODE

Prema ustroju studije, studija je presječna. Istraživanje je provedeno u periodu od 30.06.2021. – 30.07.2021. u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan, Zagreb.

4.1 Ispitanici

Ispitanici su bolesnici liječeni u dvije dnevne bolnice Klinike za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika (25 bolesnika liječenih u dnevnoj bolnici za integrativnu psihijatriju i 25 bolesnika liječenih u dnevnoj bolnici za nepsihotične poremećaje). Ostalih 50 ispitanika su kontrolna skupina, odnosno zdrave osobe kod kojih nije dijagnosticiran mentalni poremećaj, odnosno osobe koje su izabrane slučajnim odabirom (supružnici, susjedi, kolege, prijatelji).

4.2 Metode

U istraživanju su se koristili slijedeći instrumenti:

1. COPE - brief upitnik,
2. DASS upitnik,
3. Upitnik kvalitete života,
4. Upitnik sociodemografskih podataka

Kratki COPE (Brief COPE) Mjeri strategije suočavanja sa stresom. Ima niz podljestvica: samo-distrakcija, aktivno suočavanje, poricanje, zlouporabu supstanci, korištenje emocionalne podrške, korištenje instrumentalne podrške, ponašajno oslobađanje, ventilacija, pozitivno preoblikovanje, planiranje, humor, prihvaćanje, samo-optuživanje. Carver C. You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 1997; 4:92-100.

DASS upitnik je upitnik koji sadrži 21 česticu. Temeljem ovih čestica mjeri se razina anksioznosti i stresa kod ispitanika (Prilog 2: DASS upitnik).

Upitnik kvalitete života sadrži 28 čestica o kvaliteti života i zdravlju ispitanika (Prilog 2: Upitnik kvalitete života).

UPITNIK sociodemografskih podataka sadrži pitanja vezana za dob, spol, obrazovni status, radni status, bračni status, traumatske događaje, potrebu za psihološkom pomoći, hospitalnom liječenju i dužini hospitalizacije (Prilog2: Upitnik sociodemografskih podataka).

4.3 *Etički aspekti istraživanja*

Za realizaciju istraživanja dobivena je Suglasnost Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“, Zagreb održane elektroničnim putem 16. lipnja 2021g. (Prilog 4)

Na sjednici Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“, nakon pomno proučenog protokola istraživanja i priložene obavijesti za ispitanike, zaključeno je da je istraživanje u skladu s etičkim načelima te da nema zapreka za njegovo provođenje.

Istraživanje se provodilo elektronskim putem zbog prisutnosti epidemije COVID- 19 uz poštivanje svih epidemioloških mjera.

Ispitanici su u istraživanju sudjelovali anonimno i dobrovoljno. Upitnici su ispitanicima podijeljeni od strane voditelja istraživanja i ostalih odgovornih zdravstvenih djelatnika.

Ispitanici su dobili Obavijest za ispitanike uz dodatno usmeno obrazloženje istraživanja.

Suglasnost za sudjelovanje (Prilog 3) te Anketne upitnike (Prilog 2) . Svi obrasci i anketni upitnici priloženi su u za to predviđene spremnike koji jamče apsolutnu sigurnost i anonimnost te se ni u jednom trenutku ne mogu povezati sa podacima ispitanika.

4.4 *Statistička obrada podataka*

Za statističku obradu prikupljenih podataka korišten je statistički program SPSS, verzija 20.0 (IBM Corporation, Chicago, IL). Pri deskripciji dobivenih rezultata korišteni su postoci, frekvencije, aritmetičke sredine i standardne devijacije.

S ciljem provjere normaliteta distribucija izračunat je Kolmogorov- Smirnov test, a zbog odstupanja većine varijabli od normalne distribucije, u daljnjoj analizi korištene su neparametrijske tehnike. Za usporedbu različitih skupina ispitanika (u ovom istraživanju skupina zdravih te ispitanici s anksioznim ili depresivnim poremećajima) prema rezultatima na pojedinim upitnicima, korišten je Mann-Whitney U test. Hi-kvadrat test korišten je za usporedbu postotaka ispitanika u pojedinim kategorijama (primjerice, usporedba zdravih i ispitanika s anksioznim ili depresivnim poremećajima u doživljenoj traumi. Dobiveni rezultati prikazani su u tekstu i u tablicama (Tablica 19, Tablica 20, Tablica 21 i Tablica 22). Razina značajnosti postavljena je pri $P < 0.05$.

5 REZULTATI

5.1 Osnovna obilježja ispitanika

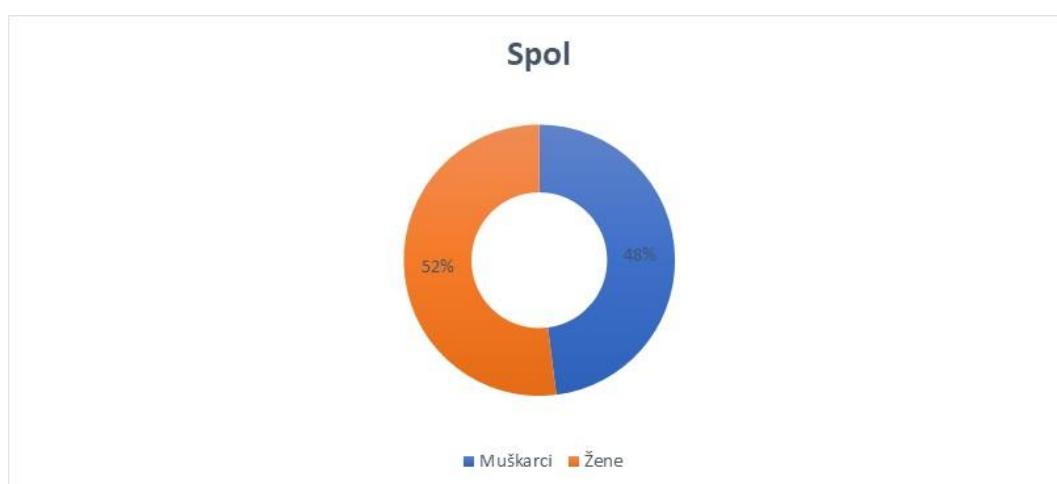
Prvotna pitanja odnosila su se na dob, spol, razinu obrazovanja, radni i bračni status ispitanika te na vrstu traumatskih događaja, traženju psihološke pomoći te vremenu provedenom na liječenju. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika (25 pacijenata hospitaliziranih u dnevnoj bolnici za integrativnu psihijatriju i 25 pacijenata hospitaliziranih u dnevnoj bolnici za nepsihotične poremećaje), ostalih 50 ispitanika su kontrolna skupina, odnosno zdrave osobe.

5.2 Kontrolna skupina (zdravi ispitanici)

Kontrolnu skupinu činili su zdravi ispitanici od kojih je bilo 24 (48%) muškaraca te 26 (52%) žena (Tablica 1 i Slika 3), prosječne dobi 36,38 godina.

Tablica 1 Kontrolna skupina - spol

Spol						
	Muškarci	Žene	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Kontrolna skupina	24	26	1	25	4,00%	50

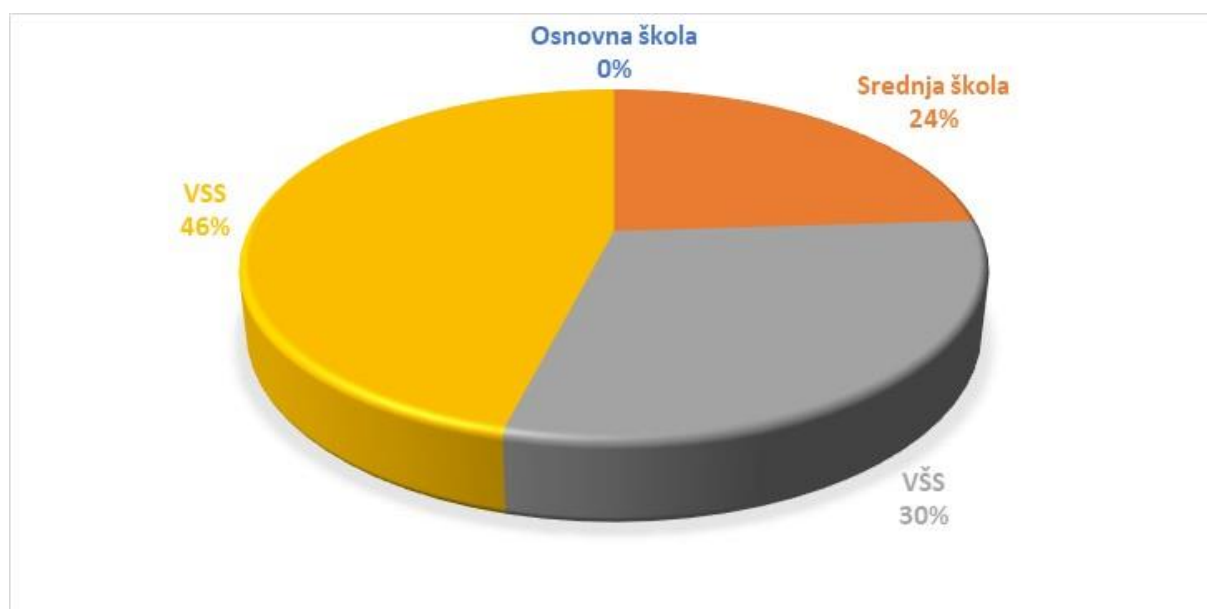


Slika 3 Kontrolna skupina, spol

Prosječno odstupanje u odnosu zastupljenosti muških i ženskih ispitanika u kontrolnoj skupini je neznatno i iznosi 4,00% u korist ženskih ispitanika (Slika 3)

Tablica 2 Kontrolna skupina – stručna sprema

Stručna sprema								
	Osnovna škola	Srednja škola	VŠS	VSS	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Kontrolna skupina	0	12	15	23	8,26	12,5	66,09%	50

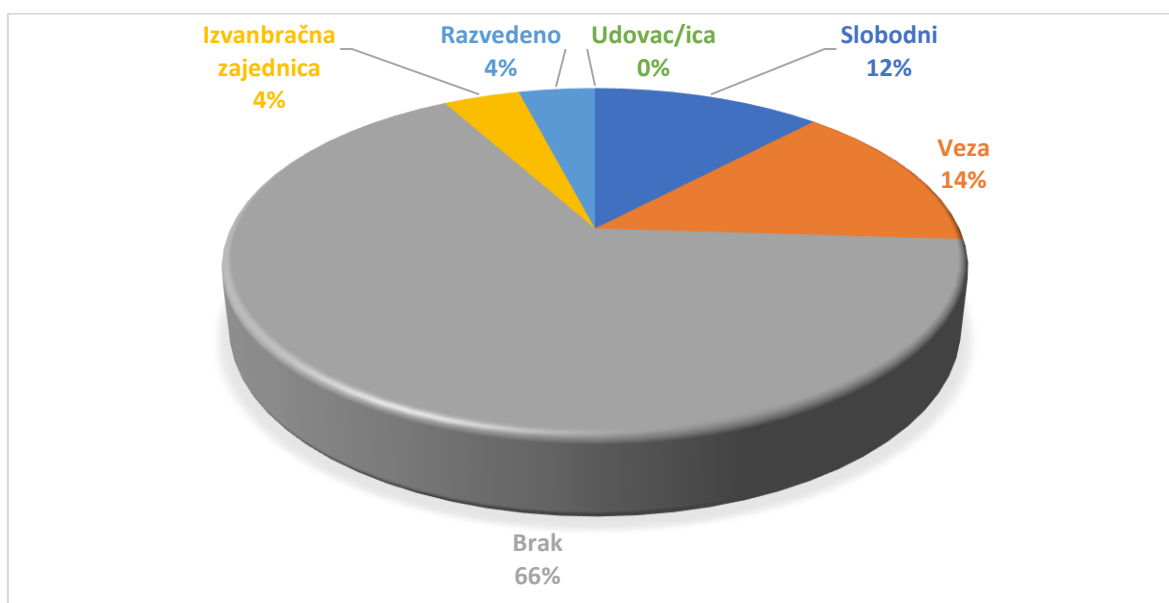


Slika 4 Kontrolna skupina, stručna sprema

Među ispitanicima u kontrolnoj skupini prema stupnju obrazovanja (Tablica 2) najzastupljeniji su ispitanici koji imaju visoku stručnu sprema (VSS) 23 (46%) (Slika 4), višu stručnu sprema (VŠS) ima 15 (30%) ispitanika, a 12 (24%) ispitanika ima završeno samo srednju školi (SSS). Prosječno odstupanje vrijednosti stručne sprema je značajno i iznosi 66,09%.

Tablica 3 Kontrolna skupina – bračni status

Bračni status										
	Slobodni	Veza	Brak	Izvanbračna zajednica	Razvedeno	Udovac/ica	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Kontrolna skupina	6	7	33	2	2	0	11,29	8,33	135,53%	50

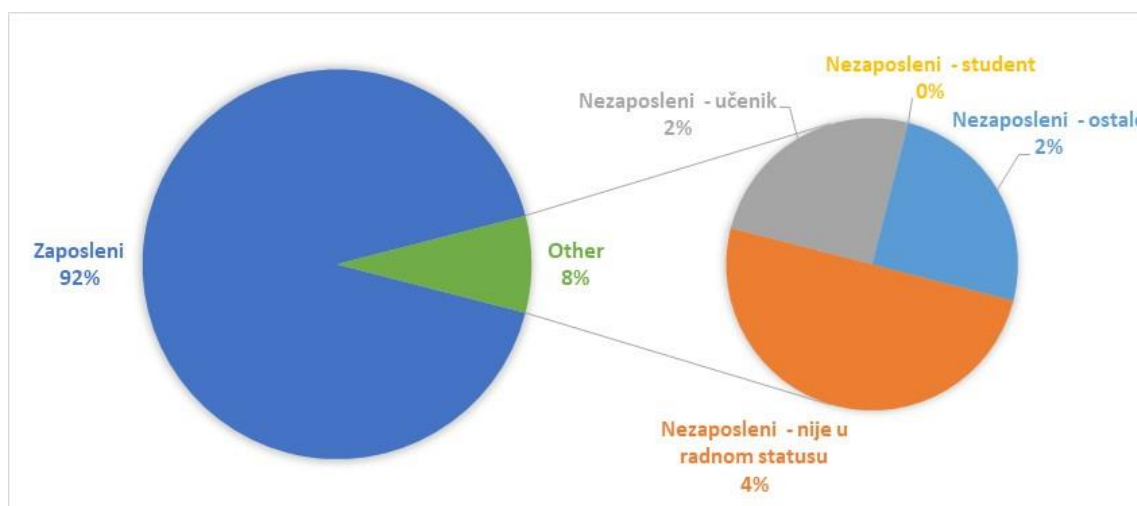


Slika 5 Kontrolna skupina, bračni status

U kontrolnoj skupini najviše je ispitanika u bračnom statusu njih 33, odnosno 66% od ukupno 50 ispitanika. Preostalih 34% ispitanika su: slobodni 12% (6 ispitanika), u vezi 14% (7 ispitanika), u izvanbračnoj zajednici 4% (2 ispitanika), ili su razvedeni 4% (2 ispitanika). Prosječno odstupanje vrijednosti bračnog statusa kod ispitanika u kontrolnoj skupini je 135,53%. Navedeno upućuje na veliku raspršenost rezultata u skupini ispitanika, kako pokazuje i krivulja normalne raspodjele ispod (Slika 22(b)), koja je pozitivno asimetrična.

Tablica 4 Kontrolna skupina – radni status

Radni status									
	Nezaposlen	Zaposlen	Učenik	Student	Ostalo	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Kontrolna skupina	2	46	1	0	1	18,01	10	180,11%	50

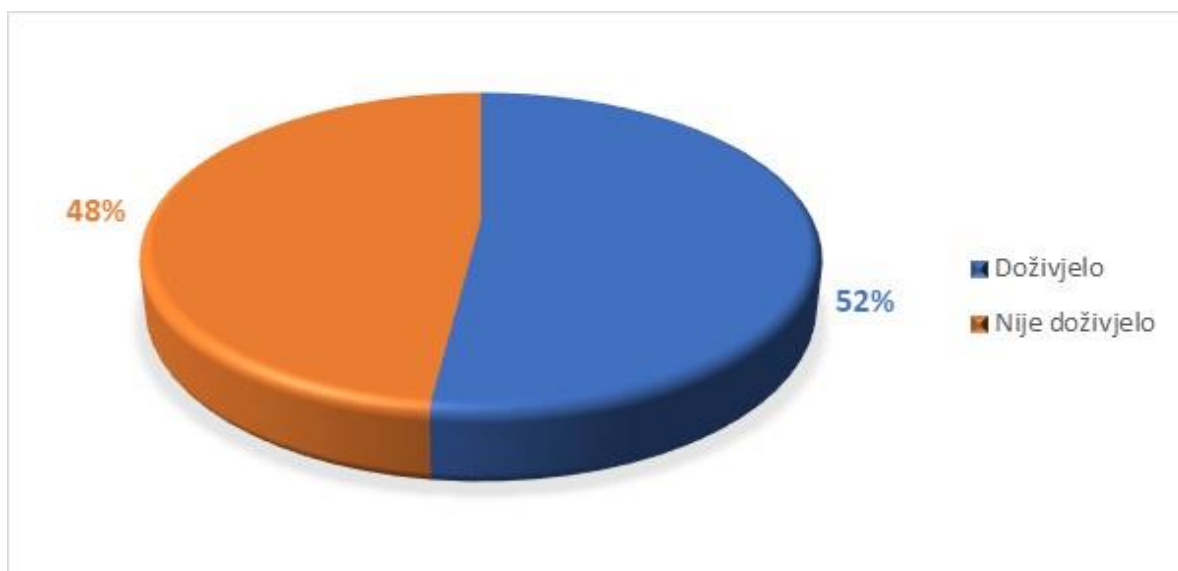


Slika 6 Kontrolna skupina, radni status

Tablica 4 prikazuje radnu sposobnost ispitanika u kontrolnoj skupini, njih 92% (46 ispitanika) nalazi se u radnom odnosu, dok samo 8% ispitanika spada u skupinu nezaposlenih. Među nezaposlenima 2% (1 ispitanik) su učenici, 4% (2 ispitanika) nije u radnom odnosu i 2% (1 ispitanik) spada u skupino ostalo (status odgajatelja). Gledajući navedene rezultate može se utvrditi, a na što upućuje i veliko odstupanje prosječne vrijednosti od aritmetičke sredine koja iznosi 18,01 ili 180,11%, da postoji velika raspršenost rezultata što je pokazatelj nehomogene skupine.

Tablica 5 Kontrolna skupina – Traumatski događaj

Traumatski događaj						
	Doživjelo	Nije doživjelo	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Kontrolna skupina	26	24	1	25	4,00%	50



Slika 7 Dijagram traumatskih događaja, kontrolna skupina

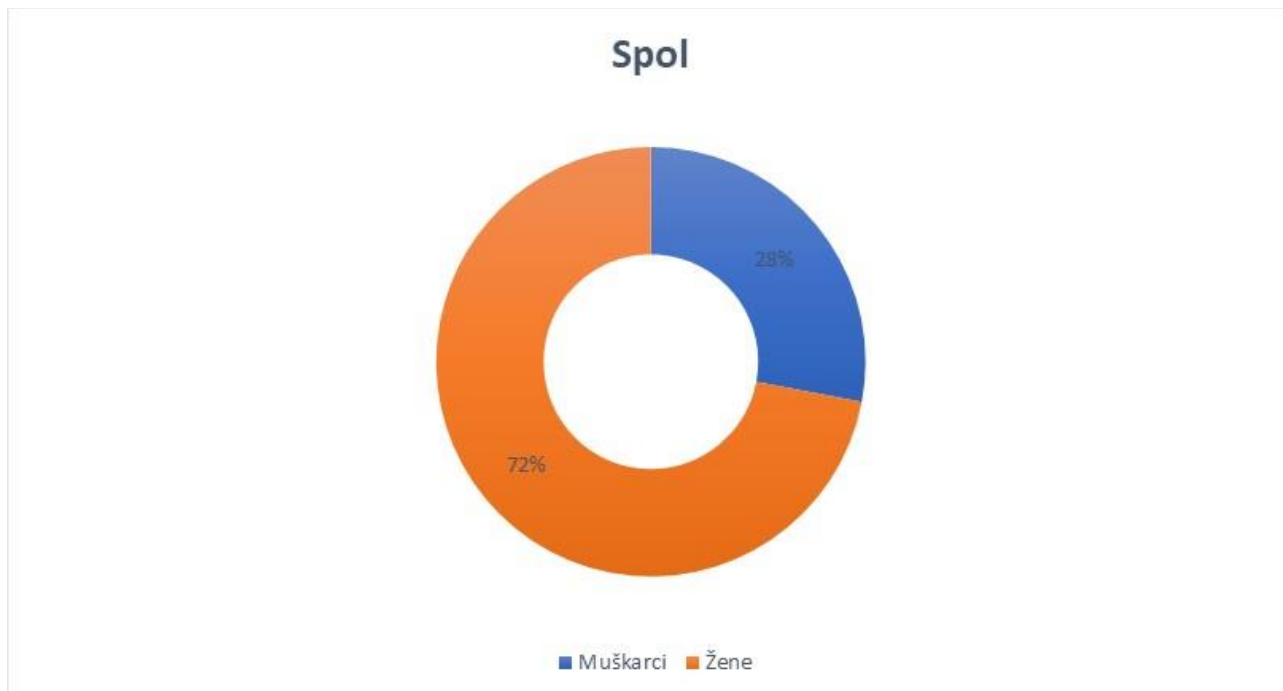
Na temelju prikupljenih podataka o traumatskim događajima u kontrolnoj skupini (Tablica 5) utvrđeno je da je prosječno odstupanje izrazito malo i iznosi 1 ili 4,00%. Skupina je homogena te je podjednak broj ispitanika koji su doživjeli traumatski događaj (njih 52%) i onih koji nisu doživjeli nikakav traumatski događaj (njih 48%). Prosjek godina kod ispitanika koji nisu doživjeli neku traumu iznosi 34,66 godina, a prosječno odstupanje iznosi 21,32%. Kod ispitanika koji su doživjeli neku vrstu traume prosjek godina iznosi 37,96, a prosječno odstupanje je 16,31%.

5.3 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Među ispitanicima koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije bilo je 14 (28%) muškaraca te 36 (72%) žena (Tablica 6 i Slika 8), prosječne dobi od 36,08 godina. U skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije prosječno odstupanje je 44% u korist ženskih ispitanika (Slika 8).

Tablica 6 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - spol

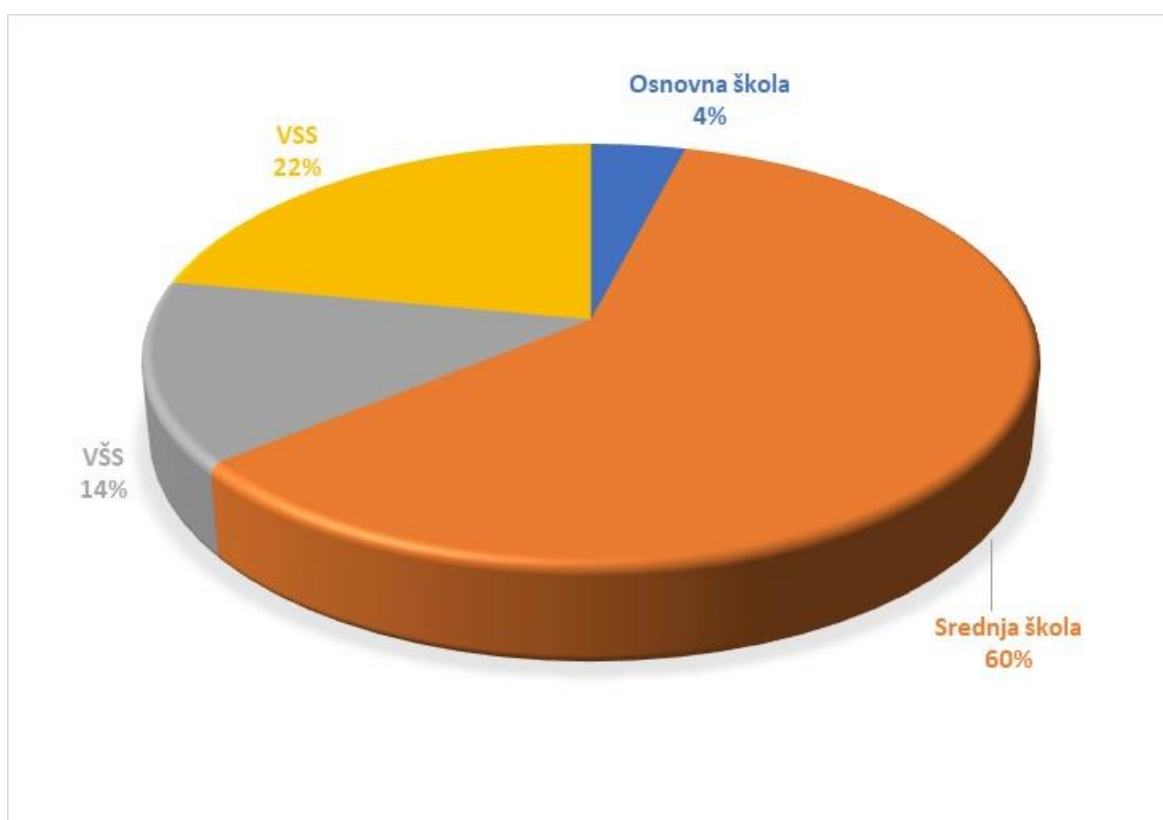
Spol						
	Muškarci	Žene	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	14	36	11	25	44,00%	50



Slika 8 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, spol

Tablica 7 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – stručna sprema

Stručna sprema								
	Osnovna škola	Srednja škola	VŠS	VSS	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	2	30	7	11	10,59	12,5	84,76%	50



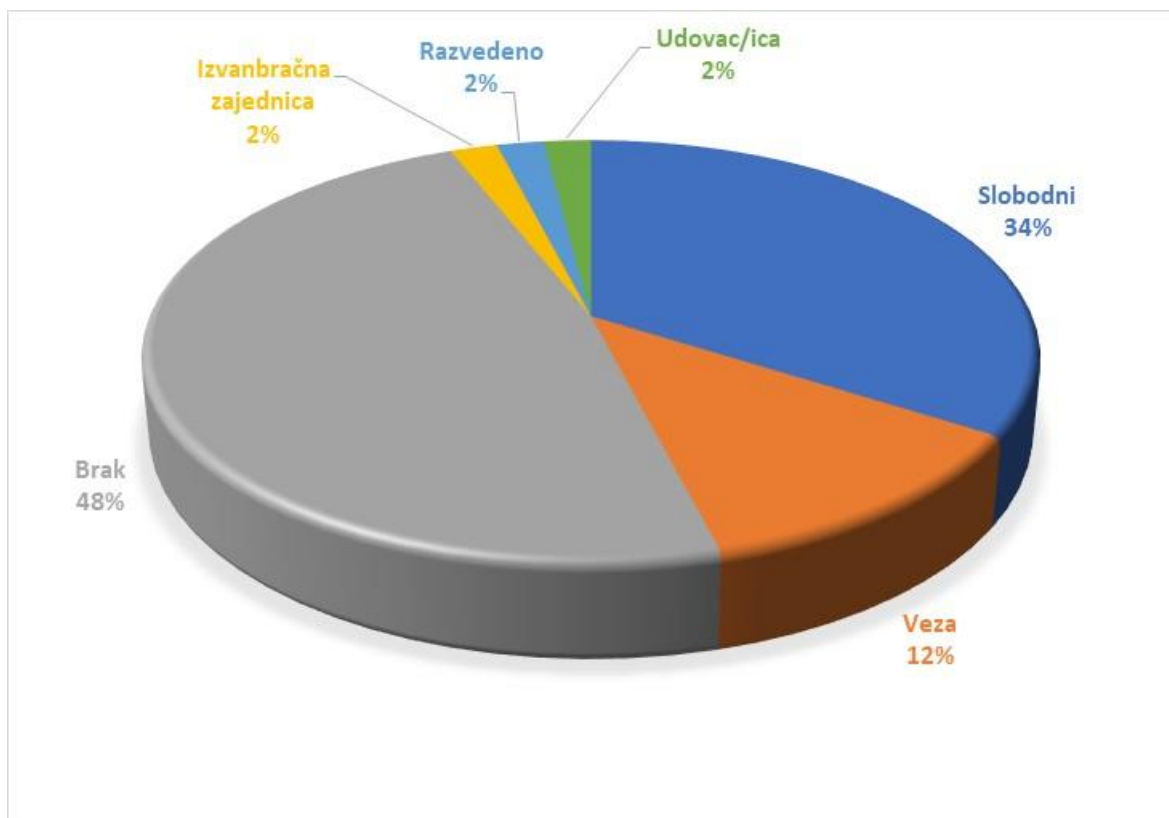
Slika 9 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - stručna sprema

U skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije prema stupnju obrazovanja (Tablica 7) najzastupljeniji su ispitanici sa srednjom stručnom spremom (SSS) 60% (30 ispitanika), dok ispitanika s VSS ima 22% (11 ispitanika). Sedam ispitanika (14%) je završilo višu školu (VŠS), te 2 ispitanika imaju završenu samo osnovnu školu (4%).

Prosječno odstupanje vrijednosti stručne spreme kod ispitanika s anksioznim ili depresivnim poremećajima od aritmetičke sredine iznosi 84,67%.

Tablica 8 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – bračni status

Bračni status										
	Slobodni	Veza	Brak	Izvanbračna zajednica	Razvedeno	Udovac/ica	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	17	6	24	1	1	1	9,01	8,33	108,15%	50



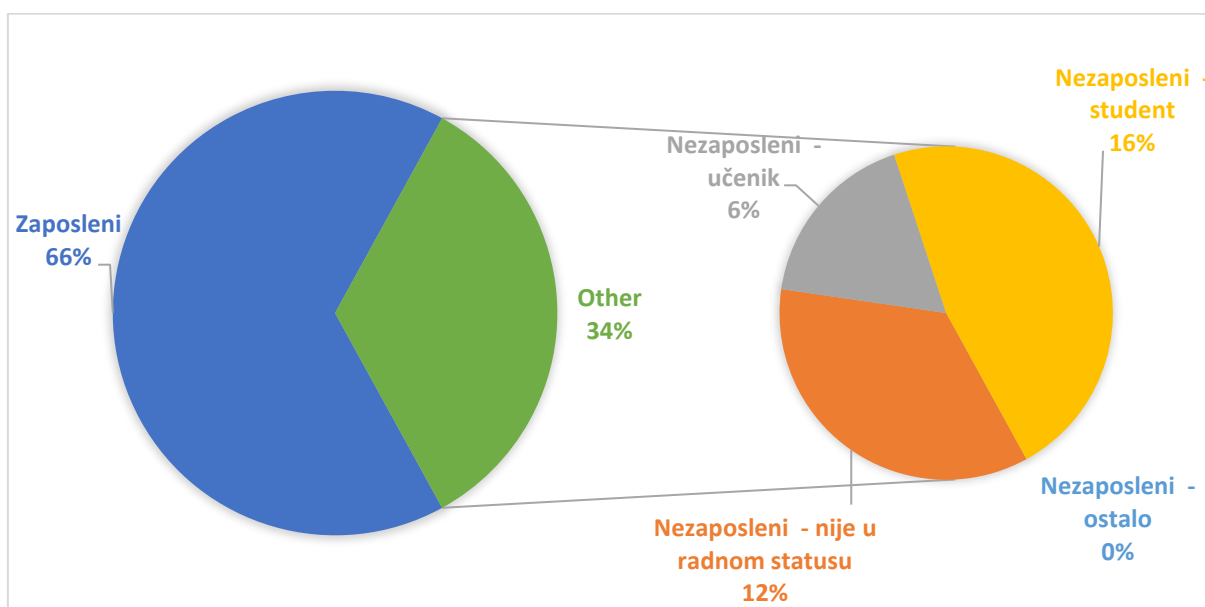
Slika 10 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - bračni status

U skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije njih 48% (24 ispitanika) je u braku, dok je njih 34% (17 ispitanika) slobodno, 12% (6) ispitanika je u

vezi, a samo 2% (1) ispitanika je razvedeno i 2% (1) je udovaca/ica. Prosječno odstupanje vrijednosti bračnog statusa kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u odnosu na aritmetičku sredinu iznosi 9,01 ili 108,15% (Tablica 8 i Slika 10). Navedeno upućuje na veliku raspršenost rezultata u ispitnoj skupini, kako pokazuje i Slika 22 (c).

Tablica 9 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – radni status

Radni status									
	Nezaposlen	Zaposlen	Učenik	Student	Ostalo	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	6	33	3	8	0	11,81	10	118,15%	50



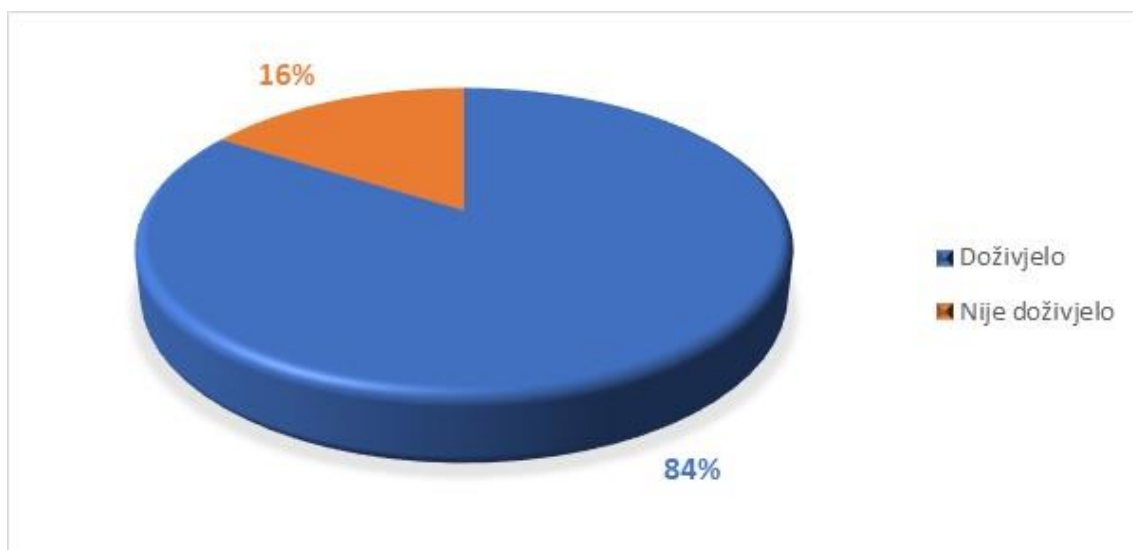
Slika 11 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, radni status

Kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Slika 11) 66% (33) ispitanika je u radnom odnosu dok je 34% ispitanika nezaposleno (16% (8) ispitanika su studenti, 12% (6) ispitanika nije u radnom odnosu i 6% (3) ispitanika su učenici). Na temelju

rezultata iz (Tablica 9) je utvrđeno da postoji znatno odstupanje od aritmetičke sredine u iznosu od 11,81 ili 118,15%, što ukazuje također na nehomogenu skupinu.

Tablica 10 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije –
Traumatski događaj

Traumatski događaj						
	Doživjelo	Nije doživjelo	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	42	8	17	25	68,00%	50



Slika 12 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije -
traumatski događaj

U skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 10) postoji veće prosječno odstupanje između ispitanika koji su doživjeli neki traumatski događaj i ono iznosi 68% (84% (42) ispitanika je doživjelo traumatski događaj dok samo 16% (8) ispitanika nije doživjelo traumatski događaj). Promatrajući dobnu skupinu ispitanika utvrđeno je da prosjek godina kod ispitanika koji nisu doživjeli traumu 38,62 godine, te da je

prosječno odstupanje 28,24%. Kod ispitanika koji su doživjeli neku vrstu traume prosjek godina je 35,59, a prosječno odstupanje je 32,43%.

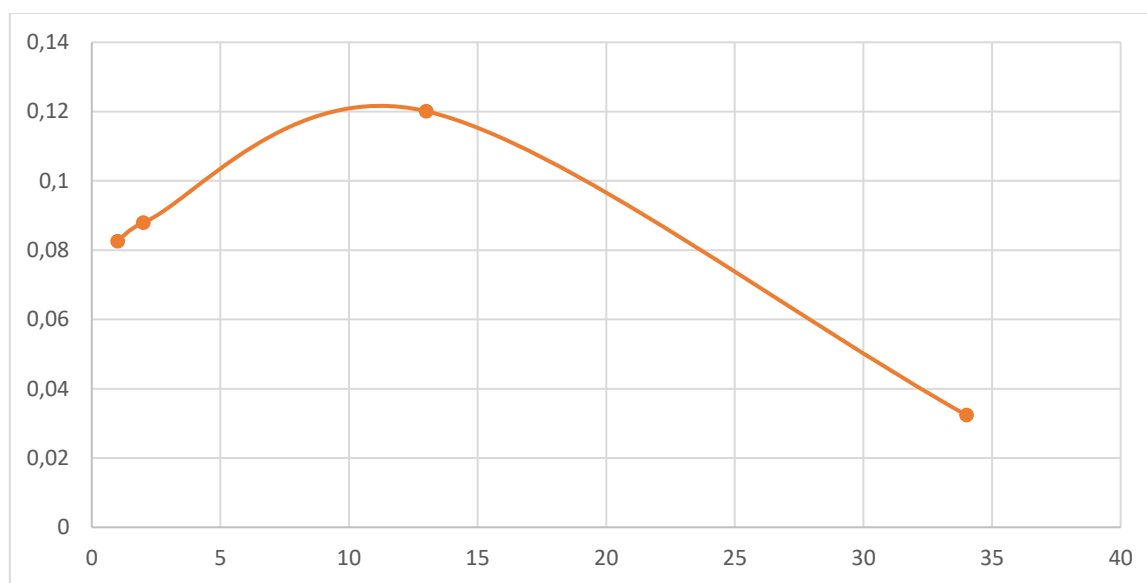
Tablica 11 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – hospitalizacija

Hospitalizacija								
	Nikada	Jednom	Dva	Četiri	Standardna devijacija [σ]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	34	13	2	1	13,27	12,5	106,21%	50



Slika 13 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – hospitalizacija

Na temelju podataka o hospitalizaciji ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 11 i Slika 13) utvrđeno je da njih 34 (68%) nikada nije bilo hospitalizirano na odjelu psihijatrije, dok je njih 13 (26%) bilo hospitalizirano samo jedanput. Dva ispitanika (4%) bila su svega dva puta hospitalizirana, a samo jedan ispitanik (2%) bio je četiri puta hospitaliziran. Prosjek ispitanika koji su bili hospitalizirani je 12,5, a prosječno odstupanje je izrazito veliko i iznosi 106,21%. Navedeno upućuje na veliku raspršenost rezultata u skupini što se može vidjeti i na krivulji raspodjele koja je pozitivno asimetrična (Slika 14)



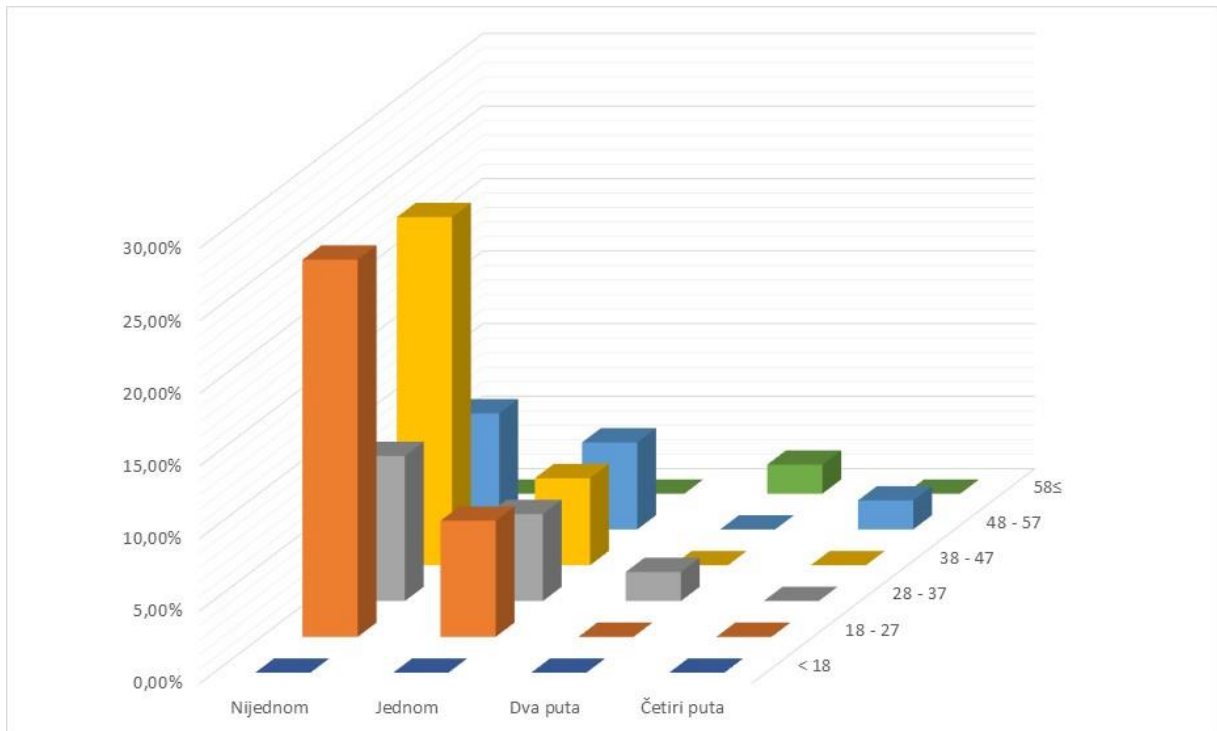
Slika 14 Krivulja normalne raspodjele hospitalizacije

Tablica 12 Dobne skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u odnosu na hospitalizaciju

Hospitalizacija	Dob hospitaliziranih ispitanika [god.]					
	< 18	18 - 27	28 - 37	38 - 47	48 - 57	58 ≤
Nijednom	0	13	5	12	4	0
Jednom	0	4	3	3	3	0
Dva puta	0	0	1	0	0	1
Četiri puta	0	0	0	0	1	0

Na temelju podataka iz Tablica 12 može se utvrditi da najveći udio ispitanika koji nisu bili ni jednom hospitalizirani spada u kategoriju starosti od 18 do 27 godina (26% ispitanika), te

ispitanici koji spadaju u kategoriju starosti od 38 do 47 godina (24% ispitanika) (Slika 15). Kod ispitanika koji su bili hospitalizirani jedanput ili više puta (do maksimalno četiri puta) zastupljene su podjednako sve dobne skupine (četiri ispitanika u kategoriji starosti od 18 do 27 godina, četiri ispitanika u kategoriji starosti od 28 do 37 godina, tri ispitanika u kategoriji starosti od 38 do 47 godina i četiri ispitanika u kategoriji starosti od 48 – 57godina i jedan ispitanik s 58 godina).



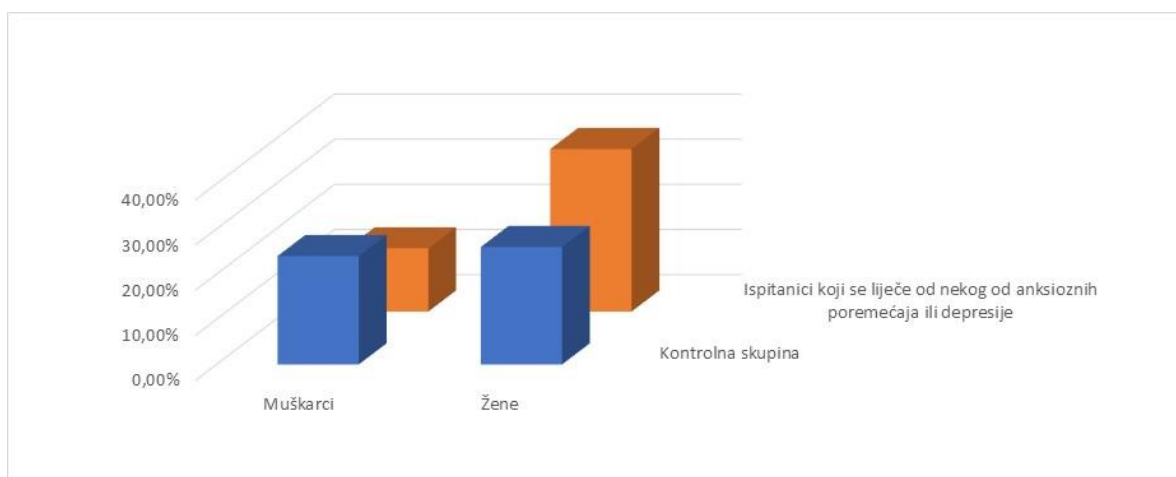
Slika 15 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele hospitalizacije prema dobi (n=50)

5.4 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Demografska obilježja kontrolne skupine (zdravi ispitanici) i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije prikazani su u tablicama ispod.

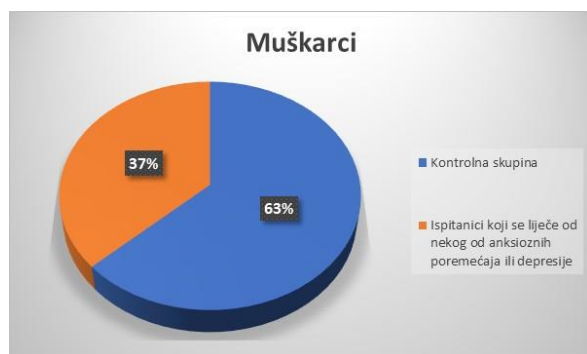
Tablica 13 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije– spol

Spol						
	Kontrolna skupina	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	Standardna devijacija [□]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Muškarci	24	14	5	19	26,32%	38
Žene	26	36	5	31	16,13%	62
	50	50				100

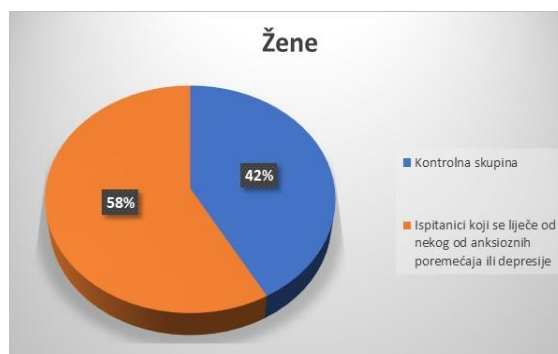


Slika 16 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele spola po skupinama ispitanika (n=100)

a)



b)



Slika 17 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Muškarci; b) Žene

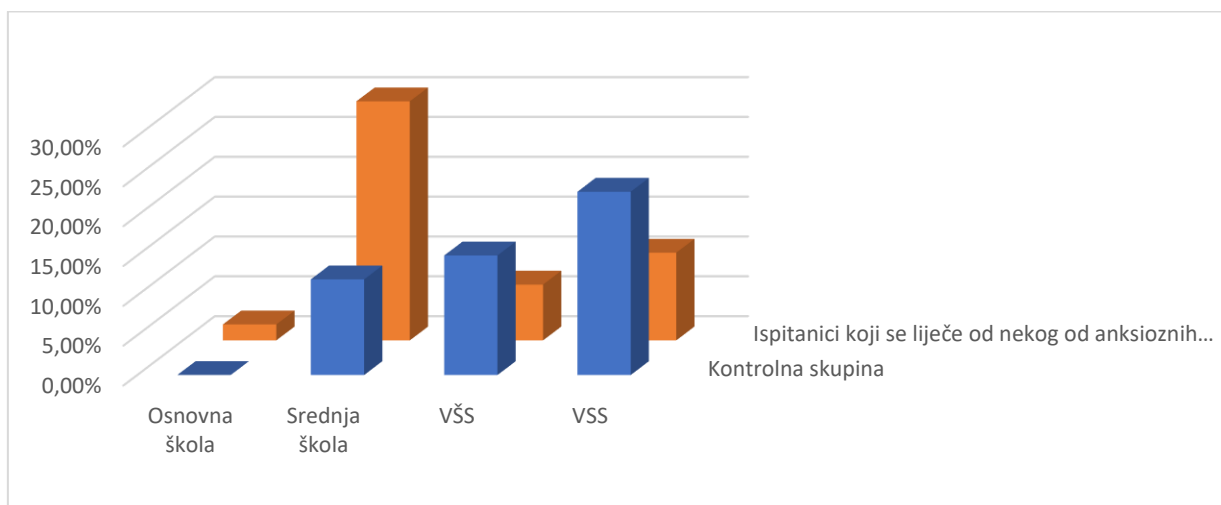
Ukupan broj muških ispitanika u obje skupine iznosi 38, dok je ženskih ispitanika bilo 62 (Tablica 13).

Uspoređujući zastupljenost muških ispitanika u kontrolnoj skupini i skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije ustanovilo se da je 26,32% više muških ispitanika bilo u kontrolnoj skupini (Slika 17(a)).

Uspoređujući zastupljenost ženskih ispitanika u obje skupine ustanovilo se da je 16,13% više ženskih ispitanika u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Slika 17(b)).

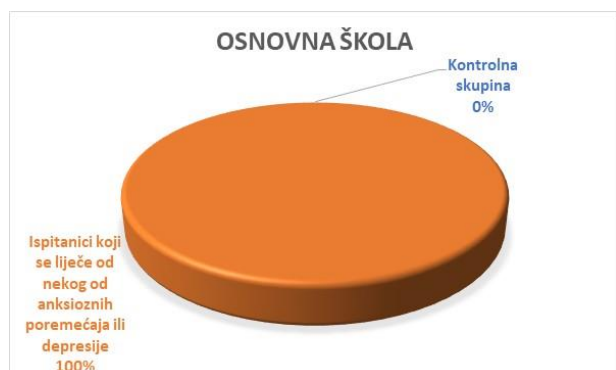
Tablica 14 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – stručna sprema

Stručna sprema						
	Kontrolna skupina	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	Standardna devijacija [□]	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Osnovna škola	0	2	1	1	100,00%	2
Srednja škola	12	30	9	21	42,86%	42
VŠS	15	7	4	11	36,36%	22
VSS	23	11	6	17	35,29%	34
	50	50				100

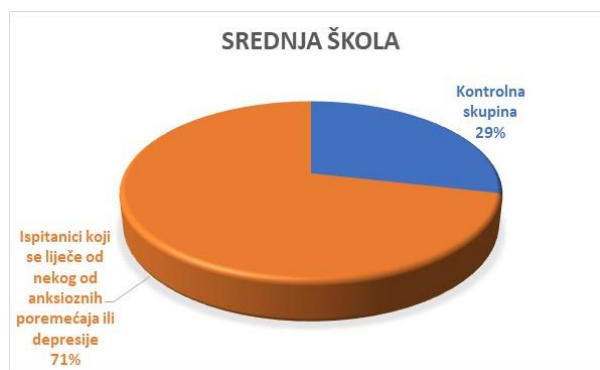


Slika 18 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele stručne spreme po skupinama ispitanika (n=100)

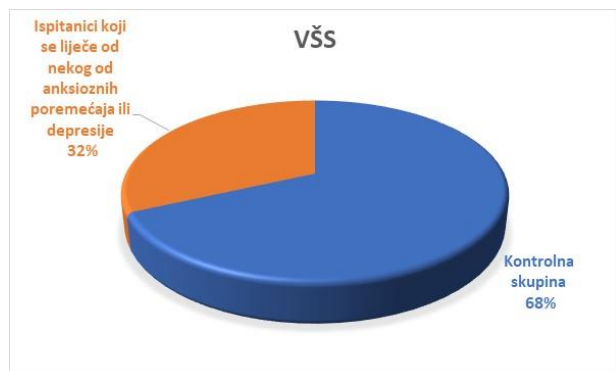
a)



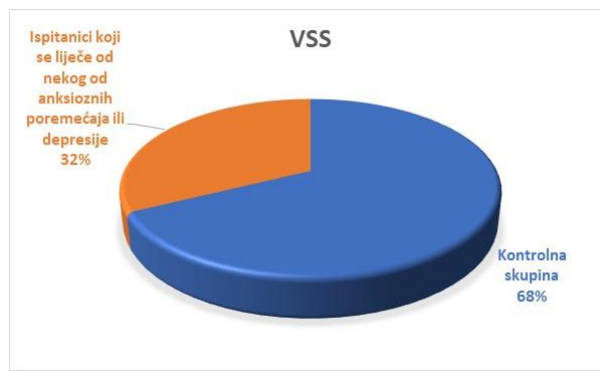
b)



c)



d)

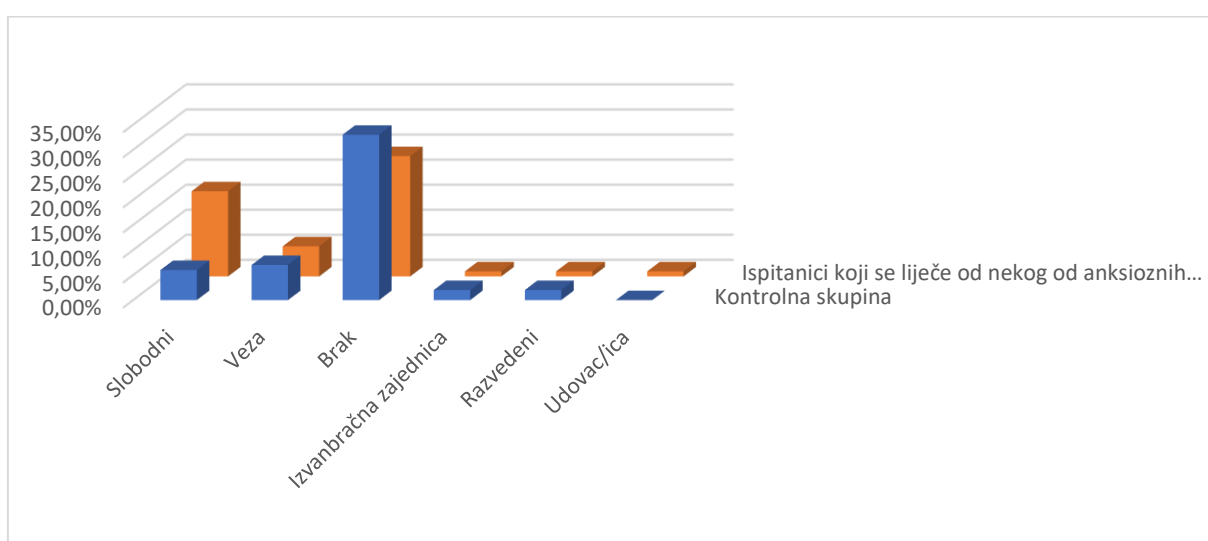


Slika 19 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Osnovna škola; b) Srednja škola; c) VŠS; d) VSS

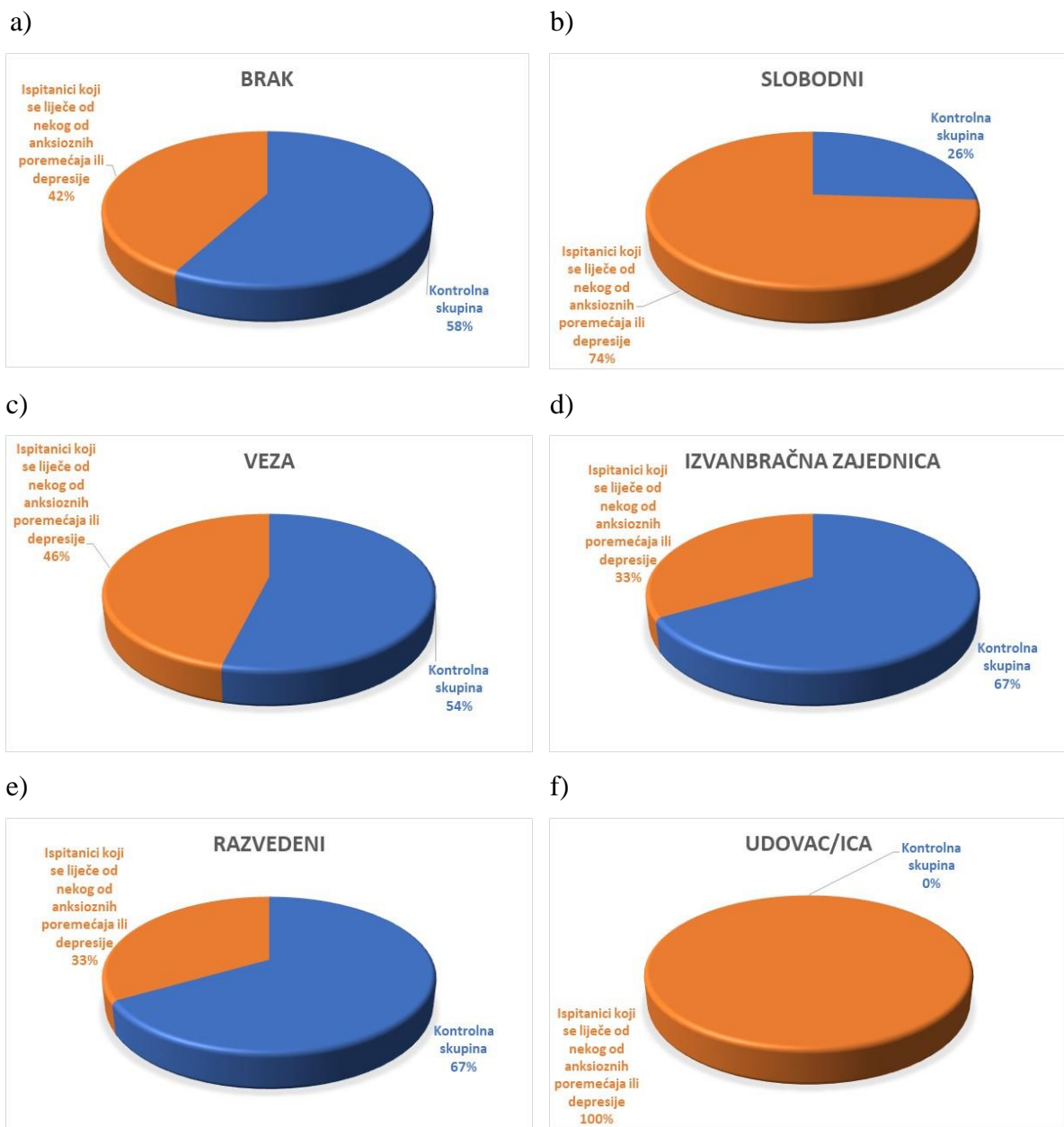
Od ukupnog broja ispitanika u obje skupine (Tablica 14) najviše ispitanika ima SSS, njih 42 (uzimajući u obzir postotak zastupljenosti SSS u obje skupine za 42,86% više je ispitanika sa SSS u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije), a samo dva ispitanika imaju završenu osnovnu školu (100% zastupljenost u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije). VŠS ima 22 ispitanika (s većim postotkom zastupljenosti u kontrolnoj skupini od 36,36%), dok VSS ima 34 ispitanika (s većim postotkom zastupljenosti u kontrolnoj skupini od 35,29%), Slika 19.

Tablica 15 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – bračni status

Bračni status						
	Kontrolna skupina	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Slobodni	6	17	5,5	11,5	47,83%	23
Veza	7	6	0,5	6,5	7,69%	13
Brak	33	24	4,5	28,5	15,79%	57
Izvanbračna zajednica	2	1	0,5	1,5	33,33%	3
Razvedeni	2	1	0,5	1,5	33,33%	3
Udovac/ica	0	1	0,5	0,5	100,00%	1
	50	50				100



Slika 20 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele bračnog statusa po skupinama ispitanika (n=100)



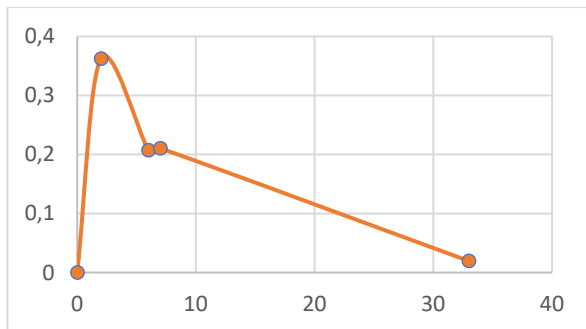
Slika 21 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije -a) Bračnik; b) Slobodni; c) Veza; d) Izvanbračna zajednica; e) Razvedeni; f) Udovac/ica

Uspoređujući kontrolnu skupinu i skupinu ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 15) utvrđeno je da od ukupnog broja ispitanika njih 57 se nalazi u bračnoj zajednici, 15,79% više ispitanika je u bračnom statusu u kontrolnoj skupini nego u skupini psihijatrijski liječenih ispitanika. Ostatak ispitanika njih 43 nije u bračnom statusu (23 ispitanika je slobodno – 47,83% više je slobodnih u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije ; 13 ispitanika je u vezi – 7,69% više ispitanika na strani kontrolne skupine; 3 ispitanika je u izvanbračnoj zajednici – 33,33% više ispitanika

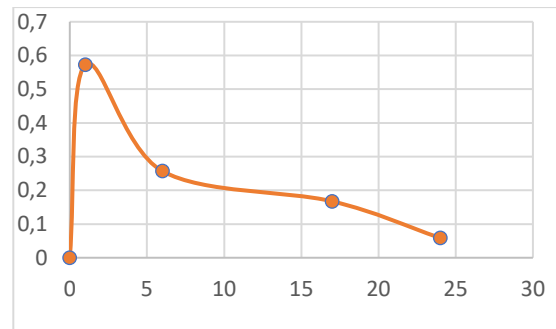
je na strani kontrolne skupine; 3 ispitanika je razvedeno – 33,33% više ispitanika je na strani kontrolne skupine; 1 ispitanik je udovac/ica – 100% na strani ispitanika iz skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije), Slika 21.



a)



b)



c)

Slika 22 Krivulja normalne raspodjele, a) Primjer normalne raspodjele [16]1; b) Krivulja raspodjele Bračni status, kontrolna skupina; c) Krivulja raspodjele Bračni status, Skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Krivulja normalne raspodjele (Slika 22) bračnog statusa pokazuje da u obje skupine dolazi do raspršenosti rezultata unutar skupine.

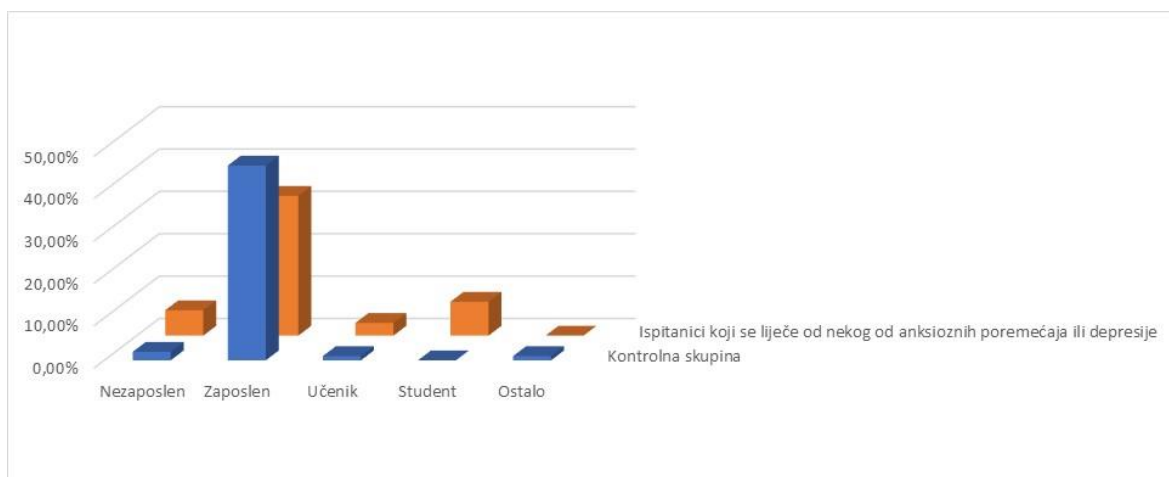
¹ Normalna raspodjela - Ako su vrijednosti obilježja elemenata statističkoga skupa ravnomjerno raspoređene oko aritmetičke sredine, govorimo o simetričnoj raspodjeli (distribuciji)

Pozitivno asimetričan raspodjela - Ako skup vrijednosti obilježja elemenata statističkoga skupa sadrži barem jednu ekstremno veliku vrijednost, govorimo o pozitivno asimetričnoj razdiobi (distribuciji)

Negativno asimetrična raspodjela - Ako skup vrijednosti obilježja elemenata statističkoga skupa sadrži barem jednu ekstremno malu vrijednost, govorimo o negativno asimetričnoj razdiobi (distribuciji)

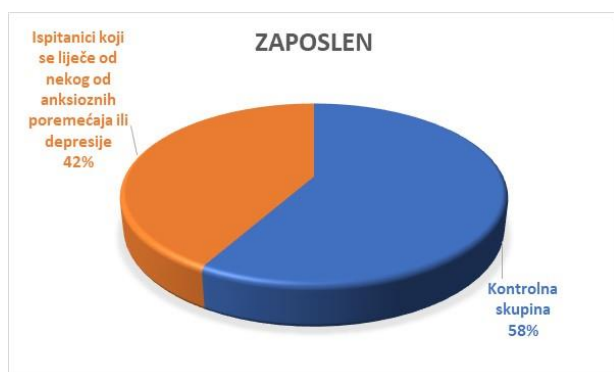
Tablica 16 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – radni status

Radni status						
	Kontrolna skupina	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Nezaposlen	2	6	2	4	50,00%	8
Zaposlen	46	33	6,5	39,5	16,46%	79
Učenik	1	3	1	2	50,00%	4
Student	0	8	4	4	100,00%	8
Ostalo	1	0	0,5	0,5	100,00%	1
	50	50				100



Slika 23 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele radnog statusa po skupinama ispitanika (n=100)

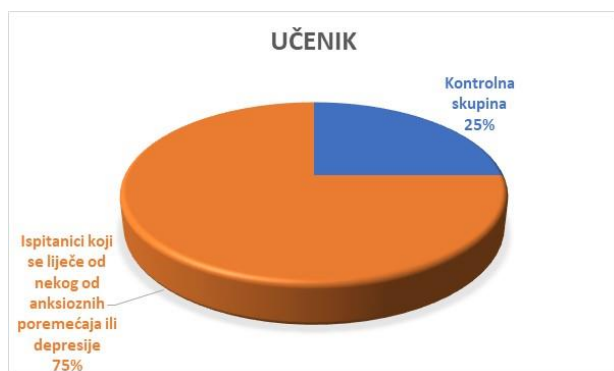
a)



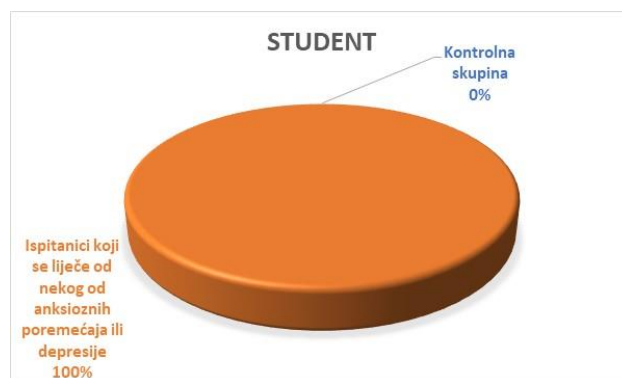
b)



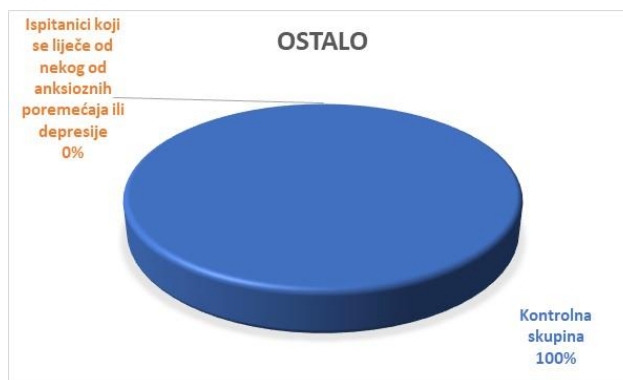
c)



d)



e)



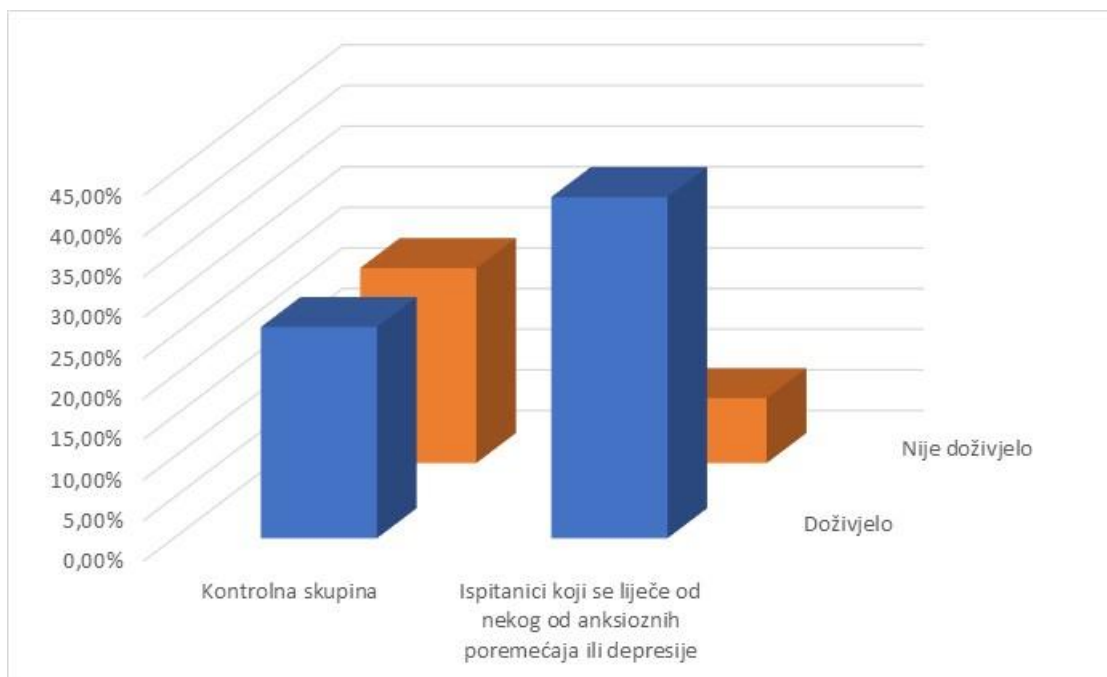
Slika 24 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Zaposleno; b) Nezaposleno; c) Učenik; d) Student; e) Ostalo

Uspoređujući radnu sposobnost kontrolne skupine i skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije njih 79% su u radnom odnosu dok svega 21% ih je nezaposleno (studenti, učenici, ispitanici koji nisu u radnom odnosu i ostalo). U kontrolnoj skupini bilo je više zaposlenih ispitanika nego u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije za 16,46%. Uspoređuju ispitanike prema statusu nezaposlenosti utvrđeno je da je u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih

poremećaja ili depresije bilo više ispitanika koji nisu u radnom odnosu za 50,00% isto kao i učenika kojih je 50,00% više bilo u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, Slika 24. U kontrolnoj skupini niti jedan ispitanik nema status studenta (Tablica 16).

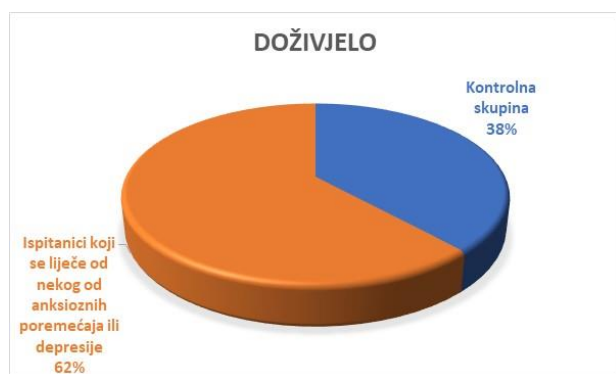
Tablica 17 Kontrolna skupina i psihijatrijski liječeni ispitanici – traumatski događaj

Traumatski događaj						
	Kontrolna skupina	Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Relativna standardna devijacija	Total
Doživjelo	26	42	8	34	23,53%	68
Nije doživjelo	24	8	8	16	50,00%	32
	50	50				100

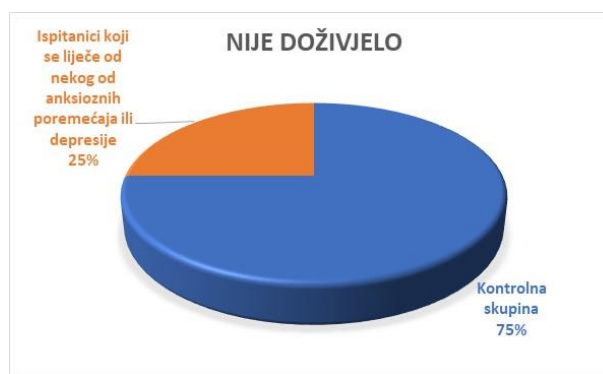


Slika 25 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - traumatski događaj (n=100)

a)



b)



Slika 26 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Doživjelo traumatski događaj; b) Nije doživjelo traumatski događaj

Tablica 18 Životna dob ispitanika koji su doživjeli ili nisu doživjeli neku vrstu traumatskog događaja

Traumatski događaj – dob		
	Doživjelo	Nije doživjelo
Kontrolna skupina	37,96	34,66
Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	35,59	38,62
Standardna devijacija [σ]	1,18	1,97
Aritmetička sredina	36,77	36,64
Relativna standardna devijacija	3,22%	5,40%

U obje skupine ukupno 68% ispitanika doživjelo je neku vrstu traume (Tablica 17), dok 32% ispitanika nije doživjelo traumu. Kod ispitanika koji su doživjeli traumu 23,53% ispitanika je više u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (njih 62% doživjelo je traumu). Kod ispitanika koji nisu doživjeli traumu 50% ispitanika je više u kontrolnoj skupini (njih 75% nije doživjelo traumu), Slika 26.

Uspoređujući prosjeke godina, kod ispitanika koji su doživjeli neku vrstu traume i koji nisu doživjeli traumu u obje ispitne skupine, ustanovljeno je da su ispitanici približno iste dobne

skupine (prosječno odstupanje je 3,22% kod ispitanika koji su doživjeli traumu i 5,40% kod ispitanika koji su doživjeli traumu), Tablica 18.

5.5 Statističke značajke

Prije samog utvrđivanja statističke značajnosti razlika između kontrolne skupine i skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u pojedinim varijablama, provjeren je normalitet distribucija Kolmogorov-Smirnov testom te je zbog odstupanja od normalne distribucije većine varijabli izračunat Mann-Whitneyev U test. Kao kriterij značajnosti razlika odabrana je vrijednost $P \leq 0.05$.

Na temelju rezultata koji prikazuju usporedbu razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod zdravih i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 19), utvrđena je značajno viša razina svih spomenutih dimenzija kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.

Tablica 19 Usporedba razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod kontrolne skupine i skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Varijabla	Kontrolna skupina (N=50)		Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (N=50)		M-W U**	P
	M	SD	M	SD		
Depresivnost	5,52	6,03	20,8 4	13,70	2.089,50	0,000*
Anksioznost	3,55	4,61	19,6 4	12,90	2.148,50	0,000*
Stres	9,12	6,37	24,2 4	12,13	2.116,00	0,000*

* $P < 0,05$

**M-W U – Mann-Whitney U test

Na temelju rezultata koji prikazuju usporedbu strategija suočavanja sa stresom kod zdravih i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 20), vidljivo

je da zdravi ispitanici više koriste strategije suočavanja sa stresom usmjerene na problem, dok su ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije skloniji strategijama izbjegavanja. Kod strategija suočavanja sa stresom usmjerenih na emocije nije pronađena značajna razlika između zdravih i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije)

Tablica 20 Usporedba korištenja različitih strategija suočavanja sa stresom kod kontrola u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Varijabla	Zdravi (N=50)		Bolesni (N=50)		M-W U**	P
	M	SD	M	SD		
	SUNP ^a	2,56	0,55	2,17		
SUNE ^b	1,81	0,49	1,99	0,50	1.496,00	0,089
SI ^c	0,75	0,53	1,39	0,80	1.858,00	0,000*

* $P < 0,05$

**M-W U – Mann-Whitney U test

^astrategije usmjerene na problem

^bstrategije usmjerene na emocije

^cstrategije izbjegavanja

Na temelju rezultata usporedbe različitih domena kvalitete života kod kontrola u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 21) utvrđeni su značajno viši rezultati u zdravih ispitanika u svim domenama (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, okolina).

Tablica 21 Usporedba različitih domena kvalitete života kod kontrola u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije

Varijabla	Zdravi (N=50)		Bolesni (N=50)		M-W U**	P
	M	SD	M	SD		
	Tjelesno zdravlje	18,54	2,21	14,78		
Psihičko zdravlje	16,33	1,46	12,44	2,49	232,50	0,000*
Socijalni odnosi	15,84	1,99	12,03	6,77	396,50	0,000*
Okolina	15,52	2,21	12,12	2,73	406,50	0,000*

* $P < 0,05$

**M-W U – Mann-Whitney U test

Iako nije jedan od primarnih ciljeva istraživanja, ispitali smo postoji li značajna razlika u doživljenoj traumi između ove dvije skupine ispitanika te je korišten Hi-kvadrat test. Provedena analiza utvrdila je veći udio doživljene traume među ispitanicima koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u usporedbi sa skupinom zdravih ispitanika (Tablica 22).

Tablica 22 Usporedba kontrola i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u doživljenoj traumi

Varijabla	Zdravi (N=50)		Bolesni (N=50)		X ²	P
	Da	Ne	Da	Ne		
	Trauma	52%	48%	84%		

* $P < 0,05$

**Hi-kvadrat test

6 RASPRAVA

Anksiozni poremećaji i depresija su poremećaji koji imaju visoku prevalenciju u općoj populaciji i javljaju se u svim dobnim skupinama. Strah, tjeskoba, duševna bol, paraliza osjećaja i nesigurnost često su stigmatizirani od strane društva. Sve to utječe na kvalitetu života i zdravih ljudi, ali još više osoba oboljelih od nekog od mentalnih poremećaja (1) (4).

U ovom istraživanju zanimali su nas mehanizmi suočavanja sa stresom kod zdravih ispitanika u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije. Nadalje, ispitali smo i kvalitetu života ovih dviju skupina ispitanika. Rezultati istraživanja govore da postoje razlike između ispitivanih skupina. Razlike su ustanovljene u mehanizmima suočavanja sa stresom i u kvaliteti života između ovih skupina ispitanika. Slični rezultati dobiveni su istraživanjima koja su provedena 1999. godine (17), 2002. godine (18) i 2010. godine (19). Istraživanju koje je provedeno 1999. godine (17) odnosilo se na kvalitetu života ispitanika koji su se liječili od depresije. Ispitivanje je provedeno na 97 ispitanika koji su liječeni kognitivnom terapijom i farmakoterapijom. Istraživanje je provedeno na sličnom broju ispitanika kao i naše ispitivanje i pokazalo se da bez obzira kojom su metodom liječenja ispitanici bili liječeni, kvaliteta života je bila uvijek niža kod ispitanika liječenih od depresije nego kod kontrolne skupine koji su bili zdravi ispitanici. Istraživanje koje je provedeno u Španjolskoj u 2010. godini (19) provedeno je na uzorku od 274 ispitanika (56% ženskih ispitanika) u dobnj skupini od 17 do 62 godine. Ovim istraživanjem se ispitivao odnos između strategija suočavanja sa stresom u stresnim situacijama i osobine ličnosti i anksioznosti i depresije. Rezultati istraživanja pokazuju da osobe s niskim vanjskim lokusom kontrole², visokim samopoštovanjem i niskom razinom anksioznosti i depresije koriste strategiju usmjerenosti na problem. Naprotiv, strategiju usmjerenosti na emocije koriste više osobe s visokim vanjskim lokusom kontrole², niskim samopoštovanjem i s visokom anksioznošću i depresijom. Dok strategiju izbjegavanja uglavnom koriste osobe s visokom razinom anksioznosti i depresije. Rezultati također pokazuju da ženski ispitanici uglavnom koriste strategiju usmjerenost na emocije i strategiju izbjegavanja, dok podjednako oba spola koriste strategiju usmjerenost na problem (19). Uspoređujući ove rezultate s našim istraživanjem utvrđena je razlika u strategiji usmjerenosti na emocije. U našem istraživanju dobiveno je da

² Pojedinci s vjerom u vanjsku kontrolu smatraju da pojačanje ne ovisi samo o njihovom ponašanju. Sreća, slučajnost i moćni pojedinci isto imaju ulogu u njihovom životu. Ne vide poveznicu između njihova ponašanja i pojačanja. U ovoj se situaciji pojačanje vide kao nešto izvan njihove kontrole i vjerojatnost da će se isto ili slično pojačanje izroditi iz istih ili sličnih situacija. Osobe s vanjskim lokusom vide sebe kao pijune, žrtve okolnosti koja je izvan njihove kontrole i osjećaju da uspjeh i neuspjeh ovise o vanjskim silama (23)

obje skupine ispitanika (kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije) koriste podjednako usmjerenost na emocije.

Uspoređujući naše istraživanje s istraživanjem Ravindran i suradnici iz 2002. godine (18) utvrđeno je da je kvaliteta života viša u svim segmentima života kod kontrolne skupine. Dok je kod strategija suočavanja sa stresom utvrđeno odstupanje kod usmjerenosti na emocije koja je kod istraživanja Ravindran i suradnici bila na strani ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije. U navedenom istraživanju ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije koriste uglavnom emocionalno izražavanje ili emocionalno potiskivanje. Međutim, manje koriste kognitivne strategije (aktivno planiranje i suočavanje s problemima). U navedenom istraživanju sudjelovalo je 226 ispitanika (18).

Analizom našeg istraživanja kod mehanizama suočavanja sa stresom (Tablica 20) ustanovili smo da zdravi ispitanici koriste mehanizme usmjerenost na problem, a ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije koriste strategije izbjegavanja. Mehanizme usmjerene na emocije podjednako koriste zdravi ispitanici kao i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.

Stres i mehanizmi suočavanja sa stresom bili su fokus istraživanja skupine stručnjaka u Klinici za psihijatriju Vrapče. Ispitivanje je provedeno u 2012. godine. Navedeno istraživanje pokazuje da zdravi ispitanici i osobe oboljele od mentalnih poremećaja podjednako koriste mehanizme suočavanja sa stresom i to mehanizme usmjerenost na problem, usmjerenost na emocije i strategije izbjegavanja (16).

Rezultate koje smo dobili našim istraživanjem, u slučaju strategija usmjerenih na emocije sličan je rezultatu koji je dobiven u istraživanju u Klinici za psihijatriju Vrapče (16) što je iznenađujuće s obzirom da se očekivalo da će, u skladu s drugim istraživanjima (18 i 19), strategije usmjerene na emocije biti izraženije kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije. Moguće je da je razlog ovakvim rezultatima premali uzorak ispitanika, heterogena skupina ispitanika ili različite osobine ličnosti.

Rezultati vezani za druga dva mehanizam suočavanja sa stresom razlikuju se od onih dobivenih istraživanjem u Klinici za psihijatriju Vrapče (16). Pokazalo se da su rezultati ovoga istraživanja u skladu s nekim od do sada objavljenih istraživanja (18 i 19) tj. da zdravi ispitanici češće koriste mehanizme usmjerenost na problem, a osobe oboljele od nekih mentalnih poremećaja koriste strategije izbjegavanja.

Rezultati kvalitete života (Tablica 21) pokazuju da je kvaliteta života viša u svim ispitivanim domenama (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, okolina) kod zdravih ispitanika. Rezultati su u skladu s istraživanjem Ravindran, i suradnici o stresu, suočavanju i

kvaliteti života u podtipovima depresije iz 2002. godine (18). Njihovi rezultati pokazali su da su zdravi ispitanici globalno zadovoljniji kvalitetom života u odnosu na skupinu ispitanika oboljelih od mentalnih poremećaja. (kontrolna skupina M=5,53, osobe oboljele od mentalnih poremećaja M=3,00).

Rezultati našeg istraživanja kod oboljelih od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a koji se liječe u dnevnim bolnicama Klinike za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb pokazali su da oboljeli od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije imaju slabiju kvalitetu života. Temeljeno na našem kliničkom iskustvu, pretpostavljamo da je uzrok istom činjenica da su ispitanici s mentalnim poremećajima u višem stupnju okupirani simptomima koji ih koče u svakodnevnim aktivnostima i aktivnostima koje im pružaju ugodu.

Iz gore navedenog, vidljivo je, da je, u skladu s glavnim ciljem, kako je navedeno u ciljevima istraživanja, pronađena razlika u mehanizmima suočavanja sa stresom kod zdravih ispitanika i oboljelih od mentalnih poremećaja. Dakle, zdravi ispitanici koriste mehanizme usmjerene na problem, odnosno u stresnim situacijama odgovaraju na problem preuzimanjem odgovornosti za pronalaženjem rješenja za svoje probleme. Problemima pristupaju s osjećajem sigurnosti. Njihov cilj je procijeniti situaciju i izraditi plan koji će biti u njihovom najboljem interesu i to nastoje iskoristiti za svoj osobni rast. Slični rezultati ustanovljeni su i istraživanjem Pedro González Leandro i suradnici (19).

Osobe koje se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije koriste mehanizam suočavanja izbjegavanje. Pretpostavljamo da je uzrok istom primarna mentalna bolest (iako isto nismo ispitivali u ovom istraživanju), zbog čega nisu u mogućnosti suočiti se sa problemom, vjerojatno zbog nedostatka sigurnosti, podrške, hrabrosti za suočavanje pa radije izbjegnu problem. Navedeno dodatno pogorša razinu anksioznosti s jedne strane, zbog pojave frustracija i osjećaja nemoći, a s druge strane izbjegavanje ih štiti od paralize osjećaja. Osobe s ovim obilježjima sklone su okriviti druge za svoje probleme te rjeđe pristupaju životnim izazovima s osjećajem nade, sigurnosti i osobne kontrole. Zaključno na navedeno, kad se izbjegavanje koristi kratkoročno i povremeno preporučljivo je, ali na duge staze može dodatno pogoršati kliničku sliku mentalnog poremećaja, kako navode Pedro Gonzalez Leandro i suradnici u svom istraživanju iz 2010.g. (19).

Kako bi se provjerile zadane hipoteze postavili smo i specifične ciljeve temeljem kojih smo utvrdili da između zdravih ispitanika i ispitanika koji boluju od nekog od anksioznih poremećaja i depresije postoji razlika u razini depresivnosti, anksioznosti i stresa. Utvrđeno je da ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije postižu znatno viši stupanj depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Za ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije od koristi bi bilo poboljšati strategije za smanjenje razine anksioznosti, depresivnosti i stresa, načine kako poboljšati kvalitetu života u smjeru socijalizacije, redovitih liječničkih kontrola te im omogućiti edukaciju o komunikaciji i komunikacijskim vještinama te korištenju zrelijih mehanizama suočavanja sa stresom.

Demografski podaci uspoređeni su sa istraživanjem Pjević, Štrkalj Ivezić i Melad o stilovima sučeljavanja sa stresom. U navedenom istraživanju (16) sudjelovalo je 120 ispitanika i to pacijenti koji su dolazili na ambulanto liječenje na program dnevne bolnice Klinike za psihijatriju Vrapče, a kontrolna skupina su bili medicinsko osoblje (uglavnom medicinske sestre) unutar bolnice (n=30). Suprotno od toga u našem istraživanju sudjelovalo je 100 ispitanika i to pacijenti iz dvije dnevne bolnice Klinike za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb, a kontrolnu skupinu činile su osobe izvan bolnice (n=50).

Slika 16 i Slika 17 pokazuju da je u kontrolnoj skupini bilo 38% muškaraca i 62% žena prosječne dobi 36 godina.

Uspoređujući podatke sa istraživanjem (16) razvidna je sličnost u zastupljenosti ženskih i muških ispitanika u odnosu na naše istraživanje (56,7% ženskih ispitanika i 43,3% muških ispitanika prosječne dobi 45 godina). Postoji razlika u dobnoj skupini ispitanika. Nažalost, u našoj ustanovi Klinika za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb, sve je veći broj mladih osoba u dobi od 18 - 30 godina koje traže psihološku i psihijatrijsku pomoć zbog teškoća u svakodnevnom funkcioniranju. Tome su vjerojatno pridonijeli bolest COVID19 i elementarne nepogode koje u posljednje vrijeme haraju svijetom i narušavaju kvalitetu života, iako ovo nije bio cilj našeg istraživanja.

Rezultati istraživanja Klinike za psihijatriju Vrapče (16) s obzirom na stupanj obrazovanja ukazuju na značajnije odstupaju od rezultata našeg istraživanja prikazanih u

Tablica 14 i Slika 18. U njihovom istraživanju 67,5% ispitanika ima završenu srednju školu, 11,7% ispitanika ima VSS, 14,2% ispitanika ima VŠS te 6,7% ima završenu osnovnu školu. Razliku u rezultatima je moguće potkrijepiti sa različitom skupinom ispitanika u kontrolnoj skupini. U našem istraživanju ispitanici koji čine kontrolnu skupinu probrani su metodom grude snijega, uglavnom u nekoliko tvrtki, čiji zaposlenici su mahom visoko obrazovani.

Prema bračnom statusu postoji sličnost u rezultatima istraživanja između istraživanja provedenog u Klinici za psihijatriju Vrapče (16) i rezultata našeg istraživanja, prikazanih u Tablica 15 i Slika 20.

Jasno je vidljivo iz provedenog istraživanja da je kvaliteta života (Tablica 21) na višoj razini u kontrolnoj skupini, nego u skupini ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije. Kvaliteta života je izrazito važan čimbenik u braku koji obogaćuje i povezuje partnere u zajedničkim aktivnostima. U prilog tome govore i mehanizmi suočavanja sa stresom (Tablica 20) gdje kontrolna skupina koristi mehanizme suočavanja usmjerene na problem u situacijama suočavanja sa stresom. Pored ostalog, za pretpostaviti je da i navedeno povoljno utječe na bračnu zajednicu. Suprotno od toga je strategija izbjegavanja koju koriste ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije. Moguće je da pored ostalog i ovakav način suočavanja utječe na otežano socijalno funkcioniranje, upoznavanje potencijalnog bračnog partnera, uspostavljanje emocionalnih veza i sklapanja bračne zajednice.

Više od tri četvrtine ispitanika nalazi se u radnom odnosu (79%) (Tablica 16 i Slika 23), dok je prema rezultatima istraživanja u Klinici za psihijatriju Vrapče broj ispitanika u radnom odnosu 50% (16).

Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije razlikuju se s obzirom na radni status. Kao što je gore navedeno kontrolnu skupinu u našem istraživanju čine ispitanici izvan bolnice (n=50) te se njih 92% (46 ispitanika) nalazilo u radnom odnosu. U istraživanju provedenom u Klinici za psihijatriju Vrapče (16) bilo je ukupno 30 ispitanika u kontrolnoj skupini te je 29 ispitanika bilo u radnom odnosu.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da su traumatska iskustva češće doživjeli ispitanici koji se liječe zbog nekog od anksioznih poremećaja ili depresije (Tablica 5). Niz je čimbenika koji utječu na način na koji ćemo se nositi sa stresorima i traumatskim iskustvima. Na nastanak traumatskog događaja, nažalost, ne možemo utjecati, sve ovisi o načinu na koji će pojedinac proraditi traumatske događaje i u kojoj mjeri će koristiti zrelije mehanizme obrane. Novija istraživanja ističu važnost elastičnosti odnosno sposobnosti da se nakon traumatskog iskustva ponovo postane jak, zdrav i uspješan, što predstavlja adaptivan odgovor ličnosti koji proizlazi iz kompetencija usvojenih kroz sazrijevanje i ranijih iskustva pojedinca. Razvoj elastičnosti potiču funkcionalni obiteljski odnosi, kvalitetno provedeno vrijeme, psihofizičko zdravlje, osjećaj pripadnosti i podrške te podržavajući odnosi u široj društvenoj zajednici. Iz navedenog možemo zaključiti da osobe oboljele od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije imaju slabiji kapacitet za uspješnu adaptaciju, što je čimbenik za perzistenciju ili pogoršanje psihičkih poteškoća (20).

Vezano za kvalitetu života, rezultati dobivenim ovim istraživanjem slični su rezultatima istraživanja koje su proveli Ravidron i sur., 1999.g.(17) i Ravidron i sur., 2002.g.(18) te Topić Lukačević i sur., 2020. (20). Svi oni ustanovili su da je kvaliteta života viša u svim domenama

kod ispitanika kontrolne skupine, tj. zdravih ispitanika te da se zdravi ispitanici lakše nose sa stresom, da aktivnije pristupaju njegovom rješavanju te da se sa izazovima pokušavaju suočiti s nadom, strpljenjem i smislom za humor, dok osobe oboljele od mentalnih poremećaja nastoje izbjeći i ignorirati problem.

Rezultate ovoga istraživanja treba uzeti s oprezom jer postoji velika raspršenost rezultata unutar demografskih obilježja skupina te se radilo o malom uzorku ispitanika.

7 ZAKLJUČAK

Temeljem rezultata dobivenim ovim istraživanjem ističem sljedeće zaključke:

1. Kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije utvrđena je znatno viša razina depresivnosti, anksioznosti i stresa.
2. Ovi ispitanici imaju i slabiju kvalitetu života u odnosu na zdrave ispitanike te češće koriste mehanizme izbjegavanja kod suočavanja sa stresom.
3. Zdravi ispitanici češće koriste strategije suočavanja sa stresom usmjerene na problem, odnosno kada se susretnu sa određenim problemom traže najadekvatnije strategije za rješavanje problema, dok su ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije skloniji strategijama izbjegavanja.
4. Kod strategija suočavanja sa stresom usmjerenih na emocije nije pronađena značajna razlika između zdravih ispitanika i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.
5. Kvaliteta života kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u svim domenama (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, okolina) je lošija u odnosu na zdrave ispitanike.
6. Ovo istraživanje pokazuje da su ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije češće doživjeli neko od traumatskih iskustava, kao vršnjačko nasilje, fizičko i psihičko zlostavljanje, sukobi sa zakonom, rastava braka, gubitak bliske osobe, prometne nesreće...
7. Za ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije bilo bi poželjno uvesti različite radionice i edukacije o stresu, anksioznosti, depresivnosti i drugim psihičkim poteškoćama što stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja trebaju imati na umu.
8. Menadžeri u zdravstvu, ali i unutar bilo kojeg tima zaposlenika trebaju imati na umu da osobe koje se liječe od nekog od mentalnih poremećaja funkcioniraju drugačije od zdravih zaposlenika.

8 SAŽETAK

Stresu smo svakodnevno izloženi nevezano o spolu, dobi, bračnom stanju i obrazovanju.

Mehanizmi suočavanja sa stresom nam pomažu u lakšem svladavanju stresa.

Anksiozno depresivni poremećaji su sve više prepoznati među mlađom populacijom, te narušavaju kvalitetu života i iziskuju iscrpan rad i edukaciju oboljelih.

Glavni cilj ovoga istraživanja je ispitati razlike u mehanizmima suočavanja sa stresom kod zdravih osoba u odnosu na osobe koje boluju od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.

U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti:

1. COPE - brief upitnik,
2. DASS upitnik,
3. Upitnik kvalitete života,
4. Upitnik sociodemografskih podataka

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika. Dvadeset i pet pacijenata liječenih u dnevnoj bolnici za integrativnu psihijatriju i dvadeset i pet pacijenata liječenih u dnevnoj bolnici za nepsihotične poremećaje, Klinike za psihijatriju Sveti Ivan, Zagreb. Ostalih 50 ispitanika su kontrolna skupina, zdrave osobe.

Rezultati istraživanja pokazuju da je razina anksioznosti, depresivnosti i stresa viša kod ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, u odnosu na zdrave ispitanike.

Kod strategija suočavanja sa stresom, zdravi ispitanici koriste strategiju suočavanja sa stresom usmjerenu na problem, a ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije koriste strategiju izbjegavanja.

Kod strategija suočavanja sa stresom usmjerenih na emocije nije pronađena značajna razlika između zdravih osoba i osoba koje se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije.

Analiza podataka pokazuje da je kvaliteta života viša kod zdravih ispitanika u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije i to na područjima kao psihičko i fizičko zdravlje, okolina i socijalni odnosi.

Ključne riječi: stres, strategije suočavanja sa stresom, anksiozno depresivni poremećaji, kvaliteta života.

9 ABSTRACT

We are exposed to stress on a daily basis regardless of gender, age, marital status and education.

Mechanisms of coping with stress help us cope with stress more easily.

Anxiety depressive disorders are unfortunately increasingly recognized among the younger population or impair the quality of life and require exhaustive work and education for people.

The main goal of this research is to examine the differences in the mechanisms of coping with stress in healthy individuals in relation to people who suffer from some of the anxiety disorders or depression.

The following instruments were used in the research:

1. COPE - brief questionnaire,
2. DASS questionnaire,
3. Quality of life questionnaire,
4. Sociodemographic data questionnaire.

The research included a total of 100 patients. Twenty-five patients hospitalized in the daily hospital for Integrative Psychiatry and twenty-five patients hospitalized in the daily hospital for non-psychotic disorders, the Psychiatric Hospital Sv. Ivan, Zagreb. The other 50 subjects are a control group, i.e. healthy individuals.

The results of the research show that the level of anxiety, depression and stress are higher in subjects who are treated for any of the anxiety disorders or depression, compared to healthy subjects.

In stress coping strategies, healthy subjects use a problem-oriented coping strategy, and subjects who are treated for one of the anxiety disorders or depression use an avoidance strategy.

No significant difference was found in emotion-focused coping strategies between healthy subjects and subjects who are treated for one of the anxiety disorders or depression.

The analysis of the data shows that the quality of life is higher in healthy subjects compared to subjects who are treated for one of the anxiety disorders or depression in areas such as mental and physical health and social relations.

Keywords: stress, stress coping strategies, anxiety and depressive disorders, quality of life

10 LITERATURA

1. Begić D. Psihopatologija. Zagreb : Medicinska naklada, 2011.
2. Atkinson/Hilgrad. Uvod u psihologiju. Zagreb: Naklada Slap, 2007.
3. Pregrad J. Osnove psihosocijalne traume i oporavka, Zagreb, 1996.
4. Karlović D. Psihijatrija. Naklada Slap, 2019.
5. Hollander E., Simeon D. Anksiozni poremećaji. Zagreb : Naklada Slap,2006.
6. Frančišković T., Moro Lj. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
7. Moro Lj., Frančišković T. i suradnici . Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
8. Kaličanin P. Psihijatrija 1. Beograd : Elit Medica, 2002.
9. Monat A., Richard S., Lazarus and Gretchen Reevy . The Praeger Handbook on Sress and Coping. Westport, Connecticut London, 2007.
10. Davidson, G.C., Neale, J.M. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
11. Leahy, R.L., Holland, S.J., McGinn, L.K. *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
12. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:303909>
13. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:809028>
14. <http://www.enciklopedija.hr>
15. <https://dokumen.tips/documents/poslovna-statistika-gaussova-kriva.html>
16. Z. Pjević, S. Štrkalj Ivezić, A. Melad Stilovi sučeljavanja sa stresom u odnosu na različite dijagnoze psihičkih poremećaja, JAHS. 2015; 1(1): 57-7
17. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Teiner J, bialik RJ, Weins A, Ellis J, Griffiths J. Treatment of pri-mary dysthymia with cognitive therapy and pharmaco-therapy: clinical symptoms and functional impairments. American Journal of Psychiatry. 1999;156:1608-161
18. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual model and emerging data. Journal of Affective Disorders. 2002;71:121-130.

19. Leandro PG, Castillo D. Coping with stress and its relationship with personality dimensions anxiety, and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1562-1573
20. S. Topić Lukačević, S. Cvitanušić, I. Filipčić, M. Kosović Poticanje rezilijencije, a time i kvalitete života kod stresom i traumom uzrokovanih poremećaja putem kriznih intervencija, *Socijalna psihijatrija*, Vol. 48 No. 3, 2020
21. Pašić M. prijevod Modrah I. Pobjedite stres : prilagodite se okolini i modernim izazovima, Rijeka : Dušević i Kršovnik d.o.o. ; 2007.
22. Jakovljević M. Depresivni poremećaji. Zagreb: Pro Mente, 2013.
23. Horvat B. Povezanost čimbenika stresa i radnog lokusa kontrole kod medicinskih sestara, Završni rad, Osijek 2017. (<https://core.ac.uk/download/pdf/197869794.pdf>)

11 ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Marijana Hajmburger

Datum i mjesto rođenja: 15.01.1982., Vinkovci

E-mail: mkajkic@gmail.com

Službeni e-mail: marijana.hajmburger@pbsvi.hr

Kontakt: 098/98/91/898

OBRAZOVANJE

2021. – Fakultet zdravstvenih studija Rijeka – Sveučilišni diplomski studij Menadžment u sestrinstvu, Rijeka

2017 – Stjecanje zvanja grupnog psihoterapeuta u Psihijatrijskoj bolnici Sveti Ivan Zagreb

2014. – 2017. – Zdravstveno veleučilište Zagreb – diplomski stručni studij Menadžment u sestrinstvu, diplomirana medicinska sestra, diplomski rad na temu: Indikatori mjerenja izvora i načina rješavanja različitih traumatskih događaja pod mentorstvom Županić Mare, dr.sc. socijalni gerontolog

2003 – 2006 – Zdravstveno veleučilište Zagreb – dodiplomski stručni studij sestrinstva; prvostupnica sestrinstva, diplomski rad na temu: Najčešći uzroci prestanka dojenja, pod mentorstvom dr.sc. Jadranke Pavić

2001 – 2002 – Preddiplomski studij Biologije i kemije Osijek – Odjel za biologiju

1996 – 2000 – Zdravstveno i veterinarska škola dr. Andrije Štampara Vinkovci- Škola za medicinske sestre

RADNO ISKUSTVO

2020 – Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Zagreb - Glavna sestra dnevne bolnice za integrativnu psihijatriju

2015 – 2020 – Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Zagreb – Glavna sestra dnevne bolnice Stresom i traumom uzrokovanih poremećaja

2012 – 2015 – Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Zagreb – Zamjena glavne sestre Odjela VIII - Odjel za biologijsko i socioterapijsko liječenje

2009 – 2012 – Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan - Zamjena glavne sestre Odjela na odjelu za biologijsko i socioterapijsko liječenje bolesnika smještenih u heteroobiteljima

2008 – 2009 – Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan Zagreb - prvostupnica sestrinstva na odjelu VIII – odjel za biologijsko i socioterapijsko liječenje

2008 – Klinička bolnica Zagreb – Zavod za neonatologiju – prvostupnica sestrinstva

2006 – 2007 – Sveučilišna specijalna bolnica Vuk Vrhovac – pripravnica

ZNANJA I VJEŠTINE

Rad na računalu: Poznavanje rada na računalu Microsoft Office alati (Word, Excel, PowerPoint)

Aktivno poznavanje engleskog jezika

KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE:

Aktivno, profesionalno i stručno poznavanje i prakticiranje verbalne i neverbalne komunikacije.

Posjedovanje i prakticiranje komunikacijskih vještina: empatije, asertivnosti, aktivnog slušanja i govora tijela (kimanje glavom, smješkanje, gledanje sugovornika u oči, gestikulacije rukama....)

EDUKACIJE :

2009 – 2016 – edukacija za grupnog psihoterapeuta pod vodstvom grupnog analitičara, prof. Klain, Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan, Zagreb

12 PRILOZI

PRILOG 1: Popis ilustracija

POPIS SLIKA

Slika 1 Diferencijalna dijagnoza anksioznih poremećaja (4).....	8
Slika 2 Beckova kognitivna trijada (4).....	11
Slika 3 Kontrolna skupina, spol	20
Slika 4 Kontrolna skupina, stručna sprema	21
Slika 5 Kontrolna skupina, bračni status	22
Slika 6 Kontrolna skupina, radni status.....	23
Slika 7 Dijagram traumatskih događaja, kontrolna skupina	24
Slika 8 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, spol.....	25
Slika 9 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - stručna sprema	26
Slika 10 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - bračni status	27
Slika 11 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, radni status	28
Slika 12 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - traumatski događaj	29
Slika 13 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – hospitalizacija.....	30
Slika 14 Krivulja normalne raspodjele hospitalizacije.....	31
Slika 15 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele hospitalizacije prema dobi (n=50)	32
Slika 16 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele spola po skupinama ispitanika (n=100).....	33
Slika 17 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Muškarci; b) Žene.....	34
Slika 18 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele stručne spreme po skupinama ispitanika (n=100)	35
Slika 19 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Osnovna škola; b) Srednja škola; c) VŠS; d) VSS	35

Slika 20 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, prikaz raspodjele bračnog statusa po skupinama ispitanika (n=100)	36
Slika 21 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije -a) Brak; b) Slobodni; c) Veza; d) Izvanbračna zajednica; e) Razvedeni; f) Udovac/ica	37
Slika 22 Krivulja normalne raspodjele, a) Primjer normalne raspodjele [16]; b) Krivulja raspodjele Bračni status, kontrolna skupina; c) Krivulja raspodjele Bračni status,	38
Slika 23 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih.....	39
Slika 24 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Zaposleno; b) Nezaposleno; c) Učenik; d) Student; e) Ostalo.....	40
Slika 25 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - traumatski događaj (n=100).....	41
Slika 26 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije, a) Doživjelo traumatski događaj; b) Nije doživjelo traumatski događaj	42

POPIS TABLICA

Tablica 1 Kontrolna skupina - spol	20
Tablica 2 Kontrolna skupina – stručna sprema	21
Tablica 3 Kontrolna skupina – bračni status	22
Tablica 4 Kontrolna skupina – radni status	23
Tablica 5 Kontrolna skupina – Traumatski događaj	24
Tablica 6 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije - spol.....	25
Tablica 7 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – stručna sprema	26
Tablica 8 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – bračni status.....	27
Tablica 9 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – radni status	28
Tablica 10 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – Traumatski događaj.....	29
Tablica 11 Ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – hospitalizacija.....	30
Tablica 12 Dobne skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u odnosu na hospitalizaciju	31
Tablica 13 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije– spol.....	33
Tablica 14 Kontrolna skupina i ispitanici koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – stručna sprema	34
Tablica 15 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – bračni status.....	36
Tablica 16 Kontrolna skupina i skupina ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije – radni status	39
Tablica 17 Kontrolna skupina i psihijatrijski liječeni ispitanici – traumatski događaj	41
Tablica 18 Životna dob ispitanika koji su doživjeli ili nisu doživjeli neku vrstu traumatskog događaja	42
Tablica 19 Usporedba razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod kontrolne skupine i skupine ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	43

Tablica 20 Usporedba korištenja različitih strategija suočavanja sa stresom kod kontrola u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	44
Tablica 21 Usporedba različitih domena kvalitete života kod kontrola u odnosu na ispitanike koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije	45
Tablica 22 Usporedba kontrola i ispitanika koji se liječe od nekog od anksioznih poremećaja ili depresije u doživljenoj traumi.....	45

PRILOG 2: Anketni upitnici

COPE - brief

Ovdje nema «dobrih» i «loših» odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za «većinu ljudi».

Pri tome brojevi znače sljedeće:

0 – NIKADA se tako ne ponašam

1 – KATKADA se tako ponašam

2 – OBIČNO se tako ponašam

3 – ČESTO se tako ponašam

4 – UVIJEK se tako ponašam

1.	Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu.	0	1	2	3	4
2.	Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima.	0	1	2	3	4
3.	Sam/a sebe uvjeravam da to nije istina, da to nije moguće.	0	1	2	3	4
4.	Popijem alkoholno piće, pilule za smirenje ili uzmem drogu kako bih se bolje osjećao/la.	0	1	2	3	4
5.	Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od rodbine i prijatelja.	0	1	2	3	4
6.	Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati.	0	1	2	3	4
7.	Poduzimam određene korake kako bih poboljšao situaciju.	0	1	2	3	4
8.	Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo.	0	1	2	3	4
9.	Razgovaram s drugima kako bih izrazio svoje osjećaje.	0	1	2	3	4
10.	Obraćam se nekome za savjet o tome što da radim.	0	1	2	3	4
11.	Posežem za alkoholom, pilulama ili drogom koje mi pomažu da prebrodim te probleme.	0	1	2	3	4
12.	Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svijetlu i učiniti da izgledaju povoljnije.	0	1	2	3	4
13.	Kritiziram samog sebe.	0	1	2	3	4
14.	Nastojim smisliti strategiju kako riješiti problem.	0	1	2	3	4
15.	Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje.	0	1	2	3	4
16.	Odustajem od pokušaja da se nosim sa situacijom.	0	1	2	3	4
17.	Pokušavam pronaći nešto pozitivno u tome što se dogodilo.	0	1	2	3	4
18.	Šalim se na račun toga.	0	1	2	3	4
19.	Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljao/la.	0	1	2	3	4
20.	Prihvaćam činjenicu da se to dogodilo.	0	1	2	3	4
21.	Otvoreno izražavam svoje negativne osjećaje.	0	1	2	3	4
22.	Utjehu pronalazim u religiji.	0	1	2	3	4
23.	Nastojim dobiti savjet ili pomoć od drugih ljudi.	0	1	2	3	4
24.	Učim se živjeti sa tim problemima.	0	1	2	3	4
25.	Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.	0	1	2	3	4
26.	Krivim samog sebe zbog toga što se dogodilo.	0	1	2	3	4
27.	Molim se ili meditiram.	0	1	2	3	4
28.	Ismijavam te situacije.	0	1	2	3	4

DASS upitnik

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u zadnjih tjedan dana.

	0	1	2	3	
	Uopće se nije odnosilo na mene	Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme	Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena	Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene	
1	Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2	Sušila su mi se usta.	0	1	2	3
3	Uopće nisam mogao doživjeti neki pozitivan osjećaj.	0	1	2	3
4	Doživio sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora).	0	1	2	3
5	Bilo mi je teško započeti aktivnosti.	0	1	2	3
6	Bio sam sklon pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3
7	Doživljavao sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3
8	Osjećao sam se jako nervozno.	0	1	2	3
9	Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao paničariti ili se osramotiti.	0	1	2	3
10	Osjetio sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3
11	Osjetio sam da postajem uznemiren.	0	1	2	3
12	Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13	Bio sam potišten i tužan.	0	1	2	3
14	Nisam podnosio da me išta ometa u onome što sam radio.	0	1	2	3
15	Osjetio sam da sam blizu panici.	0	1	2	3
16	Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17	Osjetio sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	0	1	2	3
18	Događalo mi se da sam bio prilično osjetljiv.	0	1	2	3
19	Bio sam svjestan rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubranog rada srca).	0	1	2	3
20	Bio sam uplašen bez opravdanog razloga.	0	1	2	3
21	Osjetio sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3

Upitnik kvalitete života

Ovim upitnikom želimo doznati kako doživljavate kvalitetu svog življenja, zdravlje i druga područja života. Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja. Ako niste sigurni kako biste odgovorili na neko pitanje, izaberite odgovor koji Vam se čini najprikladniji. To često može biti odgovor koji Vam se prvi nametne.

Molim Vas, imajte na umu svoja mjerila, nade, zadovoljstva i brige. Pri odgovaranju uzmite u obzir svoj život u protekla dva tjedna.

Molim Vas pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje te na skali za svako pitanje zaokružite broj koji Vam najbolje odgovara.

	Vrlo lošom	Prilično lošom	Ni dobrom ni lošom	Prilično dobrom	Vrlo dobrom
Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	1	2	3	4	5

	Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na to **KOLIKO** ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna.

	Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?	1	2	3	4	5
Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	1	2	3	4	5
Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na to **KOLIKO STE POTPUNO** doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna.

	Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	1	2	3	4	5
Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	1	2	3	4	5
Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	1	2	3	4	5
Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
Imate li prilike za rekreaciju?	1	2	3	4	5

	Vrlo slabo	Slabo	Niti slabo niti dobro	Dobro	Vrlo dobro
Koliko se možete kretati uokolo?	1	2	3	4	5

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste ZADOVOLJNI različitim dijelovima Vašeg života u protekla dva tjedna.

	Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Niti zadovoljan niti nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	1	2	3	4	5
Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvom?	1	2	3	4	5

Sljedeće se pitanje odnosi na to KAKO STE ČESTO osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.

	Nikada	Katkada	Uobičajeno	Prilično često	Uvijek
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?	1	2	3	4	5

Hvala Vam na sudjelovanju!

Marijana Hajmburger

Upitnik o povezanosti sociodemografskih i kliničkih karakteristika psihičkih pacijenata sa doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja za zdrave osobe

Molim Vas da pročitate i ispunite upitnik. Na pitanja odgovarajte nadopunjavanjem ili zaokruživanjem broja ponuđenih odgovora koji najbolje odgovaraju Vašem mišljenju.

Anketa je anonimna i rezultati će mi poslužiti za izradu diplomskog rada na fakultetu Zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Na ponuđena pitanja moguće je dati samo jedan odgovor.

Spol: M Ž

Dob (u godinama): _____

1. Stupanj obrazovanja:

1. Osnovna škola
2. Srednja škola
3. Viša stručna sprema
4. Visoka stručna sprema

2. Bračni status:

1. Samac
2. U vezi
3. U braku
4. Izvanbračna zajednica
5. Rastavljen/a
6. Udovac/ića

3. Radni status:

1. Učenik/ića
2. Student/ića
3. Nezaposlen/a
4. Zaposlen/a
5. Umirovljenik/ića
6. Ostalo _____

4. Jeste li ikada doživjeli traumatske događaje (zlostavljanje ili zanemarivanje vršnjačko i/ili obiteljsko, konfliktni razvodi, gubitak voljene osobe, traumatske selidbe, prometne ili druge nesreće, sukob sa zakonom, nešto drugo)?

DA NE

5. Ako ste u prethodnom pitanju potvrdno odgovorili, molim Vas da navedete koje ste događaje doživjeli.

6. S kim najčešće razgovarate o svojim problemima (možete odabrati više odgovora)?

1. Otac
2. Majka
3. Braća i sestre
4. Prijatelji
5. Partner/ica
6. Ostalo: _____

7. Jeste li ikad tražili psihološku pomoć (u bilo kojem obliku)?

DA NE

Upitnik sociodemografskih podataka

Molim Vas da pročitate i ispunite upitnik. Na pitanja odgovarajte nadopunjavanjem ili zaokruživanjem broja ponuđenih odgovora koji najbolje odgovaraju Vašem mišljenju.

Anketa je anonimna i rezultati će mi poslužiti za izradu diplomskog rada na fakultetu Zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Na ponuđena pitanja moguće je dati samo jedan odgovor.

Spol: M Ž

Dob (u godinama): _____

1. Stupanj obrazovanja:

1. Osnovna škola
2. Srednja škola
3. Viša stručna sprema
4. Visoka stručna sprema

2. Bračni status:

1. Samac
2. U vezi
3. U braku
4. Izvanbračna zajednica
5. Rastavljen/a
6. Udovac/ića

3. Radni status:

1. Učenik/ića
2. Student/ića
3. Nezaposlen/a
4. Zaposlen/a
5. Umirovljenik/ića
6. Ostalo _____

4. Jeste li ikada doživjeli traumatske događaje (zlostavljanje ili zanemarivanje vršnjačko i/ili obiteljsko, konfliktni razvodi, gubitak voljene osobe, traumatske selidbe, prometne ili druge nesreće, sukob sa zakonom, nešto drugo)?

DA NE

5. Ako ste u prethodnom pitanju potvrdno odgovorili, molim Vas da navedete koje ste događaje doživjeli.

5. S kim najčešće razgovarate o svojim problemima (možete odabrati više odgovora)?

- a. Otac
- b. Majka
- c. Braća i sestre
- d. Prijatelji
- e. Partner/ica
- f. Ostalo: _____

6. Jeste li ikad tražili psihološku pomoć (u bilo kojem obliku)?

DA NE

7. Od koje godine se liječite od psihičkih poteškoća?

8. Koliko ste puta bili hospitalizirani na psihijatrijskom odjelu?

PRILOG 3: Obavijest i suglasnost za ispitanike

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE

Poštovani/poštovana, pozivamo Vas da sudjelujete u istraživanju u kojem je svrha utvrditi razlike kliničkih karakteristika i kvalitete života. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada studentice Diplomskog studija Marijane Hajmburger na temu „Povezanost sociodemografskih i kliničkih karakteristika psihičkih pacijenata sa doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja.“

Cilj rada je ispitati razlike u mehanizmima suočavanja sa stresom i zadovoljstvo kvalitetom života.

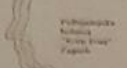
Istraživanje je anonimno, a Vaše sudjelovanje dobrovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga. Rezultati ankete koristit će se jedino i isključivo u svrhu istraživanja.

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

Potvrđujem da sam dana _____ pročitao/pročitala obavijest za gore navedeno istraživanje, te sam imao/imala priliku postavljati pitanja. Znam da je moje sudjelovanje dobrovoljno te da se mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica. Obzirom da je cilj istraživanja isključivo za izradu diplomskog rada na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci bez štetnih učinaka i upotrebe podataka u neke druge svrhe, spreman/spremna sam sudjelovati u navedenom istraživanju.

Navedeno potvrđujem vlastoručnim potpisom _____

PRILOG 4: Suglasnost Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Sveti Ivan Zagreb

 www.pbsvi.hr pbsvi@pbsvi.hr	PSIHIJATRIJSKA BOLNICA "SVETI IVAN" ZAGREB PSYCHIATRIC HOSPITAL "SVETI IVAN" ZAGREB Jankomir 11, 10090 Zagreb, Hrvatska Tel/Fax: +385 1 34 30 000 / +385 1 37 94 116	O-R-15
	Naziv: OBRAZAC SUGLASNOSTI ETIČKOG POVJERENSTVA	1-12021.
		1/1

ETIČKO POVJERENSTVO
PSIHIJATRIJSKE BOLNICE "SVETI IVAN"

Zagreb, 16. lipnja 2021.

URBROJ: 03-2294/21-2

Predmet: Suglasnost za provođenje znanstvenog istraživanja, presječne studije, pacijenata oboljelih od psihičkih bolesti dnevne bolnice za integrativnu psihijatriju i dnevne bolnice za nepsihoteične poremećaje I i II Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan", u svrhu izrade diplomskog rada i publiciranja članka u znanstvenim časopisima. Istraživač Marijana Hajmburger, dipl. med. techn. istraživanje će provesti na temu: „Povezanost sociodemografskih i kliničkih karakteristika psihičkih pacijenata sa doživljajem stresa i mehanizmima suočavanja“ u Psihijatrijskoj bolnici "Sveti Ivan".

Na sjednici Etičkog povjerenstva Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan" održane elektroničkim putem, 16. lipnja 2021. g., nakon pomno proučenog protokola istraživanja i priložene obavijesti za ispitanika, smatramo da je predloženo istraživanje u skladu s etičkim načelima te stoga nema zapreke za njegovo provođenje u Bolnici.

Etičko povjerenstvo Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan" smatra da predloženo istraživanje može započeti u Bolnici uz poštivanje svih epidemioloških mjera u uvjetima epidemije COVID-19.

Etičko povjerenstvo Psihijatrijske bolnice "Sveti Ivan":

1. Prim. dr. sc. Majda Grah, dr. med. predsjednik – predstavnik Bolnice
2. Prim. dr. sc. Paola Presečki, dr. med., član – predstavnik Bolnice
3. Strahimir Sučić, dr. med., zamjenik člana – predstavnik Bolnice
4. Katica Benković, zamjenik član – predstavnik Bolnice
5. Vladimir Kerečeni, svećenik, član – vanjski predstavnik

