



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**PROUČEVANJE ANKSIOZNOSTI PRI
ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI**

**ANXIETY RESEARCH IN NURSING
EMPLOYEES**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Urban Bole

Jesenice, oktober, 2014

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., za vsa koristna navodila, strokovnost ter spremljanje pri pripravi diplomskega dela.

Zahvalil bi se recenzentoma doc. dr. Emilu Benediku in Sedini Kalender Smajlovič, pred., za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala gre tudi dr. Nini Modrijan, prof. slov., za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Hvala vsem zdravstvenim delavcem in študentom, ki so prostovoljno sodelovali v naši raziskavi, in njihovim vodjem, ki so odobrili sodelovanje v raziskavi.

Posebna zahvala gre moji družini ter partnerici, ki me je tekom študija spodbujala in skupaj z menoj strmela k cilju moje zastavljene poti.

POVZETEK.

Teoretična izhodišča: Anksioznost je usklajen spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost, ki pomaga ubežati trenutni nevarnosti in se izogniti prihodnji. V življenju se med delovnikom in študijem srečujemo z različnimi situacijami, ki lahko povzročijo pojavnost anksioznosti.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati pogostost anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije in med študenti tretjega letnika Fakultete za zdravstvo Jesenice ter primerjati podatke s primerljivimi raziskavami in predlagati ukrepe.

Metoda: Za raziskavo je bil uporabljen strukturiran Burnsov kontrolni seznam anksioznosti. Med zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah in študente Fakultete za zdravstvo Jesenice je bilo razdeljenih 350 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 242 vprašalnikov, kar predstavlja 69-odstotno realizacijo vzorca. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS 22.0; pri opisni statistiki so bile izračunane najmanjša, največja in povprečna vrednost, standardni odklon ter standardna napaka. Za razlike med spremenljivkami smo uporabili Levenov test, ANOVA test, Welchov test, Mnogoterne primerjave ter t-test. Za analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient.

Rezultati: V raziskavi smo ugotovili, da se zaposleni in študenti srečujejo z anksioznostjo – zaposleni se najpogosteje srečujejo z telesnimi znaki anksioznosti, študenti pa z anksioznimi mislimi ($p = 0,039$) in anksioznimi občutji. Zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija se pogosteje srečujejo z znaki anksioznosti kot zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje ($p = 0,007$) ter zaposleni iz Maribora ($p = 0,003$). Med študenti se pri ženskah v večji meri pojavljajo anksiozna občutja ($p = 0,046$). Anketiranci, ki kadijo redno ($p = 0,030$) ali občasno ($p = 0,020$), so bolj dovzetni za anksiozna občutja in telesne znake anksioznosti. Ankentiranci, ki svoj ekonomski položaj ($p = 0,001$) in zdravje ($p = 0,000$) zaznavajo slabše, pa bolj občutijo znake anksioznosti.

Razprava: Na podlagi raziskave smo ugotovili, da se zaposleni in študenti srečujejo z znaki anksioznosti, prav tako smo ugotovili, da se ankentiranci srečujejo z različnimi stopnjami anksioznosti. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave, predvsem pa bi bilo

potrebno izobraziti zaposlene in študente, da prepoznajo znake ter si tako pomagajo pri premagovanju le-teh.

Ključne besede: anksioznost, anksiozne motnje, stres na delovnem mestu, anksioznost med zaposlenimi, anksioznost med študenti

SUMMARY

Theoretical background: Anxiety is coordinated cognitive, emotional, physiological and behavioral response to actual or impending danger, which helps to escape the current dangers and avoid future. In life we meet, through working hours and study deals, a lot of different situations that can cause anxiety.

Objective: The aim of the thesis was to investigate the frequency of anxiety symptoms between employers in health care in the field of psychiatry and between third-years students in the Faculty of Health Jesenice. Data were compared with comparable research and actions were being proposed.

Method: Burns Checklist of anxiety was used for research. 350 questionnaires were distributed in psychiatric hospitals and among students of the Faculty of Health Jesenice. The returned 242 questionnaires were representing 69% of the realization of the sample. For the analysis of the results we used SPSS 22.0 program; the descriptive statistics were calculated minimum, maximum and average value, standard deviation and standard error. For the difference between the variables, we used Levenov test, the ANOVA test, Welchov test, the multiple comparison and the t-test. To analyse the relationship between variables, we used Pearson's correlation coefficient.

Results: In this study we found out that employees and students are faced with an anxiety and that employees are more confronted with the physical symptoms of anxiety, and students more with anxiety thoughts ($p = 0.039$) and anxiety feelings. Employees at the Psychiatric Hospital Idrija are more frequently confronted with anxiety symptoms, than employees in psychiatric hospital Begunje ($p = 0.007$), and employees from Maribor ($p = 0,003$). Among the students, women are more frequent to feel anxiety ($p = 0.046$). Respondents who smoke regularly ($p = 0.030$) and from time to time ($p = 0.020$) were more receptive to have feelings of anxiety and physical symptoms, but those who detected their economic status ($p = 0.001$) and health ($p = 0, 000$) worse, they feel more anxiety symptoms.

Discussion: Based on our research, we found out, that employees and students are experiencing anxiety symptoms and that respondents are faced with different levels of anxiety. Therefore, it would be necessary to further research the subject, and it would be

necessary to educate employees and students to recognize symptoms and to assist in overcoming these.

Keywords: anxiety, anxiety disorder, stress at work, anxiety among employees, anxiety among students

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	OPREDELITEV ANKSIOZNOSTI.....	3
2.1.1	Vzroki anksioznosti.....	4
2.1.2	Stopnje anksioznosti.....	5
2.1.3	Znaki anksioznosti.....	6
2.1.4	Pogostost anksioznosti.....	8
2.1.5	Izraženost anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi.....	9
2.1.6	Anksioznost med študenti zdravstvene nege.....	10
2.1.7	Premagovanje anksioznosti in zdravljenje anksioznih motenj.....	11
3	EMPIRIČNI DEL	13
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	13
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	14
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	14
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	15
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	17
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA.....	35
4	ZAKLJUČEK	41
5	LITERATURA	43
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis vzorca.....	16
Tabela 2: Pojavnost znakov anksioznosti.....	19
Tabela 3: Anksiozna občutja	20
Tabela 4: Anksiozne misli	21
Tabela 5: Telesni znaki.....	22
Tabela 6: Razlika med znaki anksioznosti pri zaposlenih v različnih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah.....	23
Tabela 7: Statistična pomembnost med zaposlenimi v posameznih bolnišnicah	24
Tabela 8: Mnogoterne primerjave med zdravstvenimi ustanovami	25
Tabela 9: Pojavnost znakov anksioznosti med zaposlenimi, ki delajo na intenzivnem oddelku	26
Tabela 10: Vpliv nočnega dela na pojavnost znakov anksioznosti	27
Tabela 11: Pojavnost znakov anksioznosti glede na delovno dobo	28
Tabela 12: Pojavnost znakov anksioznosti glede na spol med anketiranci	29
Tabela 13: Pojavnost znakov anksioznosti glede na kajenje.....	31
Tabela 14: Mnogoterne primerjave med skupinami.....	33
Tabela 15: Korelacije med zaposlenimi	34
Tabela 16: Korelacije med študenti	34
Tabela 17: Stopnje anksioznosti.....	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Znaki anksioznosti.....	7
Slika 2: Kajenje med anketiranci.....	29

1 UVOD

O zdravju in bolezni se praviloma razpravlja s pomočjo odnosa do telesa oziroma človekove utelešenosti. Človekova utelešenost je več kot človekovo fizično telo, saj jo številni raziskovalci obravnavajo tudi kot sestavni del človekove identitete in počutja. Ljudje zato o zdravju in bolezni ne razmišljamo le skozi stanja in medicinske simptome, temveč tudi skozi spremembe svojega počutja in videza oziroma predstav o sebi in občutja sveta, v katerem živimo (Kamin et al., 2009).

Duševno zdravje je čustvena in duhovna prožnost, ki nam omogoča uživati življenje in se soočati z bolečino, trpljenjem, razočaranjem. Zrcali se v kakovosti življenja posameznika, v načinu, kako se sooča z življenjskimi težavami, krizami, stiskami, v odnosu, ki ga ima do sebe in do drugih. Duševno zdravje se prepozna v sposobnosti, da ne glede na okoliščine najdemo smisel svojega življenja in mu sledimo; v moči, da smo nenehno v stiku s samim seboj, kar nam omogoča, da smo vedno v centru svojega lastnega življenja. Vsebina duševnega zdravja se odraža tudi v kvaliteti odnosov, ki smo jih sposobni vzpostavljati in vzdrževati v svojem življenju (Skrb za duševno zdravje; 2014).

Občutki strahu, pospešeno, plitko dihanje, želja po begu in boju ali zamrznitev predstavljajo značilen odgovor organizma na prepoznano nevarnost. To je človeku omogočilo preživetje in evolucijski razvoj. Nenehne spremembe v okolju so bile tisti stresni dejavnik, zaradi katerega se je človek moral spreminjati. Tako je razvijal in iskal vedno novo dinamično ravnovesje v sebi in okolju, ki ga je sooblikoval. Danes je življenje drugačno doživljanje sebe in sveta ter iz tega izhajajoče potrebe, ob številnih družbenih in evolucijskih spremembah pa tudi zahteve in nevarnosti vsakdana, kot so naravne katastrofe, terorizem, finančni zlomi, pandemije, kriminal in vojne, ki grozijo, da bodo porušile varnost domov, posameznikov in družin. Življenje še nikoli ni bilo tako zapleteno kot dandanes. Delovne obveznosti se povečujejo. Razbite in pomešane družine ustvarjajo dodaten stres, s katerim se moramo spoprijeti. Televizijski in računalniški ekrani iz trenutka v trenutek skrbijo za najnovejše grozote. Časopisi, blogi, tviti in revije poročajo o kriminalu, vojni in korupciji. Terorizem je zajel ves planet.

Skoraj bi lahko rekli, da nam mediji prodajajo strah. Kar pa lahko izzove različna čustvena stanja, med njimi tudi anksioznost (Elliott, Smith, 2010; Fiala, 2011; Rebolj, 2011).

Anksioznost je v ožjem smislu čustveno stanje, zla slutnja pred neko neodločljivo grožnjo usmerjeno v prihodnost (Sandock, Sandock, 2009). Tako kot med splošno populacijo, je anksioznost zelo pogosta tudi med zdravstvenimi delavci (Nash-Wright, 2011), zato bomo v diplomskem delu proučili pojavnost znakov anksioznosti med njimi, natančneje med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije.

2 TEORETIČNI DEL

Anksioznost je čustveno stanje, ki ga posameznik doživlja kot bojazen in zaskrbljenost. Spremljajo jo določene motnje telesnega delovanja, v zmerni obliki pa anksioznost predstavlja običajen odziv na stres ter odgovor na dejansko ali grozečo dejavnost. Avtorji (Dernovšek et al., 2006a; Hribar, 2007; Dolenc, Pišot, Šimunič, 2009) anksioznost definirajo kot tesnobo – neprijetno čustvo, ki pa je še vedno del normalnega čustvovanja, ter čustvo, ki je znano vsakemu od nas. Pojma anksioznost in tesnoba označujeta isti fenomen, sicer z različnimi poudarki, a ju lahko obravnavamo kot sopomenki.

2.1 OPREDELITEV ANKSIOZNOSTI

Beseda *anksioznost* prihaja iz latinske besede *anxius*, ki pomeni stanje vznemirjenosti in stiske. Nanaša se na fiziološki, vedenjski in psihološki odziv organizma. Slovenska beseda je prevzeta iz angleškega in francoskega jezika (ang. *anxiety*; fr. *anxiete*) (Bourne, 1995; Hribar, 2007) in se uporablja v dveh pomenih – v prvem pomenu kot stanje, v drugem pa kot osebna poteza anksioznosti (Povoden, 2005):

- *Anksiozno stanje*: pomeni začasno povečanje ravni vzburjenja; v zmerni obliki predstavlja normalno reakcijo na stresor, z neprijetnim čustvenim doživljanjem, občutkom napetosti, zaskrbljenosti. Povečano vzburjenje ima v osnovi prilagoditveno funkcijo, a premočno vzburjenje pa lahko privede do blokade, dezintegracije vedenja, kar predstavlja patološki pojav.
- *Osebna poteza*: pomeni nagnjenost k anksioznemu reagiranju v velikem številu situacij in le v skrajnih, patoloških primerih nastanejo funkcionalne spremembe v fizioloških procesih, ki povzročijo, da se adaptacija nivoja vzburjenja poruši, kar privede do tega, da tudi ko potencialno ogrožajoči dejavniki prenehajo delovati, pretirano vzburjenje še traja. Zaradi tega je porušeno vegetativno ravnotežje, reakcija organizma na zunanji dražljaj pa neustrezna.

2.1.1 Vzroki anksioznosti

V literaturi avtorji (Kocmur, 1999; Dernovšek et al., 2006a; Nash-Wright, 2011; Kovač Vouk, 2011) vsak na svoj način razlagajo vzroke anksioznosti. Vse razlage imajo nekatere skupne značilnosti, vendar z nekaterimi razlikami, zato bomo nekaj le-teh v nadaljevanju izpostavili.

Ljudje smo biološko programirani, da zaznamo nevarnost, ko nam grozi, možgani takrat telesu sporočijo, naj se pripravi na nevarno situacijo. Srce poveča svoje delo, pospeši se dihanje, da telo dobi več kisika, ki ga potrebuje za fizični odgovor. Te fiziološke reakcije lahko pojasnimo kot odgovor organizma – t. i. »boj ali beg«. Vključuje namreč različne znake, kot so pospešeno bitje srca, hitro dihanje, napete mišice, mrzle dlani in stopala, občutek strahu in ogroženosti. Reakcija »boj ali beg« je signal, da smo v nevarnosti. Pomaga nam, da se zaščitimo, zaradi česar velja, da je anksioznost uporabna obramba (Dernovšek et al., 2006a; Nash-Wright, 2011).

Kocmur (1999) pravi, da preprostega odgovora na vprašanje, ali ima anksioznost telesne ali psihološke vzroke, ni. Skoraj vsako anksioznost lahko najbolje razumemo kot posledico sovpadanja ustrezne dispozicije s sprožilnim dejavnikom. Vselej vključuje biokemične spremembe v možganih, vendar so te lahko posledica genetskih vzrokov ali življenjskih dogodkov. Kovač Vouk (2011) opisuje, da anksioznost nastane, ko se aktivirajo obrambne reakcije. Tako je lahko vzrok v zunanjih okoliščinah, ki pri večini povzročijo strah, lahko pa gre za idiosinkratično značilnost posameznika – bodisi v njegovem načinu psihološke predelave določenih okoliščin ali pa v posebnostih fiziološkega uravnavanja mehanizmov anksioznosti. Te idiosinkrazije lahko nastanejo zaradi genetskih mehanizmov, določenih življenjskih dogodkov ali pa zaradi kombinacije omenjenih dejavnikov. Zato velja, da so nekateri ljudje celo življenje bolj občutljivi in so vseskozi bolj ali manj anksiozni, medtem ko drugi lahko doživijo anksioznost naenkrat v določenem obdobju svojega življenja – bodisi kot posledico bolečega trenutka ali pa povsem spontano.

2.1.2 Stopnje anksioznosti

Anksioznost se lahko kaže v različnih intenzivnih vzorcih. Glede na intenziteto lahko pri anksioznosti določimo različne stopnje, ki segajo od blage, zmerne pa vse do hude ali skrajne anksioznosti. Tudi mati psihiatrične zdravstvene nege, Hildegard Peplau, je preučevala anksioznost. Razdelila jo je na naslednje stopnje: blaga, zmerna, huda in skrajna anksioznost (Stuart, 2013).

- *Blaga anksioznost:* gre za stanje pripravljenosti, kjer gre za povišano zaznavno polje (vid, sluh, okus, vonj, dotik). Povečani sta posameznikova sposobnost reševanja problematičnih situacij ter sposobnost učenja in odzivanja na stresorje. Posameznik vidi povezavo med dogodki in posledično anksioznostjo. Gre za t. i. ustvarjalno anksioznost.
- *Zmerna anksioznost:* posameznik ne more identificirati dejavnikov, ki pripomorejo k pojavu anksioznosti. Pozornost je zmanjšana, prav tako tudi sposobnost koncentracije in kognicije. Posameznikovi odgovori so lahko nepopolni, ker je vsa njegova pozornost usmerjena v podrobnosti. Tudi ta anksioznost je še vedno ustvarjalna, vendar posameznik porabi več energije za reševanje problemov, kot bi bilo potrebno.
- *Huda anksioznost:* Posameznik je sposoben rešiti probleme le z veliko pravilnega usmerjanja pomoči, saj so njegovi miselni procesi omejeni, zaradi česar sta prisotna zmedenost ter omejeno funkcioniranje. Zmanjšata se tudi spoznavno polje in sposobnost občutka za bolečino. Posameznikovo olajšanje je nesmiselno in brez cilja.
- *Skrajna anksioznost:* posameznik povečuje pomen neke podrobnosti ter nerealno zaznava situacijo. Dojemanje okolja je prekinjeno, zato lahko nastopi agitiranost. Posameznik ne more rešiti problema niti z usmerjanjem. Nastopi lahko tudi občutek osebnega razkroja – gre za strašno in paralizirano vedenje. Ta stopnja anksioznosti ni kompatibilna s posameznikovim življenjem, saj ga v hudi fazi lahko tudi ogroža (ibid.).

Pri obravnavi anksioznosti je ocenitev stopnje anksioznosti ključnega pomena. Za določitev stopnje anksioznosti se uporabljajo različne lestvice – ena izmed njih je tudi Burnsov kontrolni seznam anksioznosti (v nadaljevanju: BSA), ki ga sestavlja 33 za anksioznost značilnih znakov. Točkovanje BSA: 0–4 (anksioznosti ni ali je minimalna); 5–10 (mejna anksioznost), 11–20 (mila anksioznost), 21–30 (zmerna anksioznost), 31–50 (težka anksioznost), 51–99 (skrajna anksioznost). BSA smo uporabili tudi v naši raziskavi (Burns, 2002).

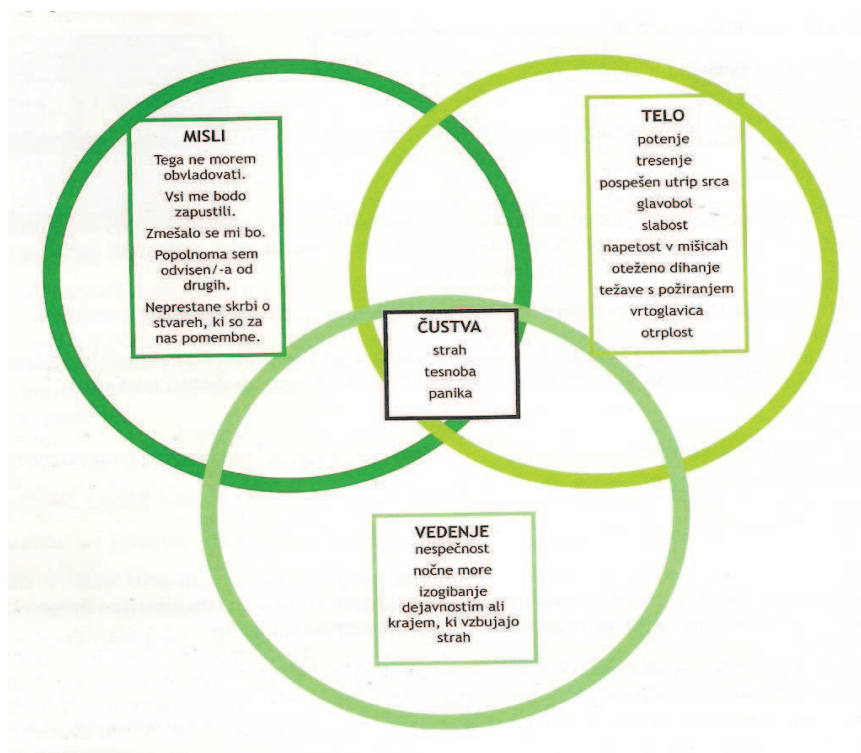
Povečana anksioznost je osnova vseh anksioznih motenj. Nastanejo takrat, ko je anksioznost tako obremenjujoča, da moti vsakodnevno delovanje in uspešno udejstvovanje ter slabša kakovost življenja. O anksioznih motnjah govorimo, ko anksioznost vztraja tudi, ko nevarnosti ni več, če oseba anksioznosti ne obvladuje oziroma če anksioznost obvladuje osebo. Anksioznost pri anksioznih motnjah torej izgubi svojo varovalno funkcijo in postane moteča (Dernovšek, 2009; Dernovšek, 2013).

2.1.3 Znaki anksioznosti

Skoraj vsi ljudje z anksioznostjo doživljajo različne znake anksioznosti. Ti občutki niso samo v glavi. Odzivi na anksioznost se od človeka do človeka močno razlikujejo in vključujejo: pospešen srčni utrip, dvig krvnega tlaka, vrtoglavico, utrujenost, gastrointestinalne težave, bolečine na splošno, mišično napetost, krče in potenje. Znake anksioznosti ni lahko prepoznati. Delimo jih v štiri različne skupine: miselni znake, vedenjske znake, telesni znake in občutke. Lahko se razdelijo tudi na več ravni posameznikovega delovanja, in sicer na: biološko, psihološko ter družbeno. Znaki anksioznosti se lahko manifestirajo na več nivojih: fiziološkem, emocionalnem, kognitivnem ter vedenjskem nivoju (Veber Habjan, 2005; Kamin et al., 2009; Elliott, Smith, 2010; Kovač Vouk, 2011).

Naj na tem mestu omenimo, da avtorji (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006b) poudarjajo pomembnost ustreznega prepoznavanja znakov anksioznosti pri osebah z anksioznostjo,

saj se na ta način zmanjša možnost, da bo oseba telesne znake zamenjala za srčni napad ali jih pripisala kakšnemu drugemu vzroku. Slika 1 prikazuje znake anksioznosti, ki so jih avtorice (ibid.) razdelile v štiri skupine, ki se med seboj prepletajo.



Slika 1: Znaki anksioznosti

(Vir: Dernovšek et al., 2006b)

Osebe, ki se spopadajo z anksioznimi motnjami, se velikokrat tudi anksiozno vedejo in razmišljajo. Značilnosti anksioznega razmišljanja pri posamezniku sta Elliott in Smith (2010) opisala, kot da:

- si posameznik predstavlja pretirane napovedi za prihodnost;
- posameznik misli, da ne bo zmožel opravljati zastavljenih stvari;
- se posameznik pogosto ukvarja z razmišljanjem o ugajanju drugim ljudem;
- posameznik misli, da ne more biti popoln;
- posameznika pretirano skrbi, da nima vsega pod nadzorom.

Elliott in Smith (2010) sta navedla tudi naslednje značilnosti anksioznega vedenja:

- pogosto izogibanje družbenim dogodkom;
- zapuščanje situacij, v katerih posameznik postane anksiozen;
- posameznik v določenih situacijah nikoli ne upa razumno tvegati;
- sprotno iskanje načinov in izgovorov za bežanje pred določeno situacijo, ki povzroča anksioznost.

2.1.4 Pogostost anksioznosti

Vsak četrti človek trpi za anksioznostjo ali pa se bo tekom življenja vsaj enkrat srečal z njo. Skoraj polovica ljudi se bo nekoč tako ali drugače spopadala z anksioznostjo, čeprav ne bo nujno razvila katere od anksioznih motenj. Na drugi strani pa tudi število ljudi z anksioznimi motnjami že desetletja narašča – in temu ni videti konca (Miklavčič, 2011).

Anksiozni simptomi in znaki danes sodijo med najpogostejše vzroke iskanja pomoči v osnovnem zdravstvenem varstvu. Poleg depresije so anksiozne motnje najpogostejše duševne motnje v razvitem svetu, zato to bolezen štejemo za bolezen sodobnega časa. Pogosto se pojavlja hkrati z depresijo in zlorabo psihoaktivnih substanc. Anksiozne motnje so resen problem današnjega časa, blizu 20 % ljudi na leto trpi zaradi anksioznih motenj, kar 30 % pa se v svojem življenju z anksiozno motnjo sreča – najpogosteje se srečujejo z različnimi fobijami, ki jih ima okrog 10 % splošne populacije. Posttravmatsko stresno motnjo ima okrog 8 %, panično in generalizirano anksiozno motnjo pa okrog 5 % splošne populacije. V primerjavi z drugimi boleznimi so duševne motnje drugi najpogostejši vzrok invalidnosti v ZDA. Po podatkih Social Security Administration (SCA) za leto 2008 v ZDA ugotavljajo, da kar 40 milijonov odraslih trpi za anksioznimi motnjami, kar le-to postavlja na prvo mesto med duševnimi motnjami v ZDA. Če gledamo podatke za Evropo, ima tovrstne težave 43 milijonov ljudi (Sandock, Sandock, 2005; Sandock, Sandock, 2009; Dernovšek, 2009; Kamin et al., 2009; Leahy, 2009; Elliott, Smith, 2010; Zalar 2010; Nash-Wright, 2011). Na razširjenost anksioznih motenj v Sloveniji kažejo tudi izsledki nekaterih raziskav iz preteklih let, ki so obravnavale duševno zdravje vseh prebivalcev ali posameznih

populacijskih skupin. V letu 2007 je bila v Sloveniji izvedena anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu European Health Interview Survey (EHIS), katere namen je bil ugotoviti, kako prebivalci Republike Slovenije ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, kako pogosto uporabljajo zdravstvene storitve in kakšen je njihov življenjski slog, povezan z zdravjem. Rezultati raziskave kažejo, da je imelo slabih 5 % vprašanih kronično anksioznost, med njimi je bilo več žensk (Kamin et al., 2009). Na Inštitutu za javno zdravje so v letu 2004 na primarni zdravstveni dejavnosti in specialistični ambulantni dejavnosti zabeležili, da je bilo od vseh obravnavanih pacientov 9 % tistih z anksioznimi motnjami. V letu 2012 je bilo samo v Ljubljani 1,3 % obravnavanih pacientov zaradi anksioznih motenj (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

2.1.5 Izraženost anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi

Zaposleni v zdravstvu so pogosto izpostavljeni stresogenim situacijam. Stres je sestavni del življenja vsakega posameznika. Različne okoliščine, v katerih je posameznik vsakodnevno ujet, so možni sprožilci napetosti in stresa. Na nastanek anksioznosti vplivajo tudi socialni vzroki, med katere spada stres na delovnem mestu. Tako sta anksioznost in stres tesno povezana pojma. Na Inštitutu za znanost in tehnologijo univerze v Manchesteru so objavili rezultate raziskave, ki je razvrstila poklice od najbolj do najmanj stresnih z ocenami od 0 do 10. Tu izredno izstopata poklic medicinske sestre, ki so ga ocenili z oceno 6,5, ter poklic zdravnika, ki ima oceno 6,8 (Jerman, 2005; Hribar, 2007; Lapanja, 2010; Pačnik, 1992 povz. po Goranski, 2011).

Delovno mesto zagotavlja socialno podporo, samozavest in varnost ter pomembno vpliva na počutje in zdravje zaposlenih. Pomembno je, da se zaposleni na delovnem mestu dobro počutijo, imajo dobre odnose s sodelavci in nadrejenimi ter da je vzdušje v organizaciji prijateljsko in podporno. Vse pogosteje pa se dogaja, da so delovne obremenitve prevelike. Hitrejši ritem škoduje kakovosti, krha delovne odnose ter ubija inovativnost. Zaposleni imajo lahko tudi občutek, da delovna klima ni podporna, da so premalo plačani ter da delo ne zagotavlja motivacije. Vsi ti dejavniki pri posamezniku lahko izzovejo anksioznost (Gomboc, 2010).

Veliko medicinskih sester dela v stresogenem okolju, kar lahko vpliva na njihovo počutje. Situacijo pa raziskovalci vidijo, kot zelo alarmantno. V raziskavi, med več kot 1.800 zaposlenimi v zdravstveni negi (v nadaljevanju: ZN) so analizirali glavne dejavnike ki vplivajo na pojavnost anksioznosti. Ugotovili so naslednje vzroke: slabo vrednoteno delovno mesto, prevelika zavzetost, prisotnost kroničnih bolezni, slabi odnosi med zaposlenimi v ZN in pacienti, nižja socialna podpora ter nižja ocena bolnišnice. Rezultati študije so med drugim pokazali, da pravilno svetovanje, promocija zdravega načina življenja in medsebojnih odnosov na delovnem mestu lahko pomagajo k znižanju anksioznosti ali pa celo preprečijo znake le-te. Ključna ugotovitev raziskave je bila, da se pri skoraj polovici preiskovancev pojavljajo znaki anksioznosti, ki po ugotovitvah raziskovalcev že zahtevajo pozornost vodstva bolnišnic (Gao et al., 2012).

Na anksioznost vpliva tudi področje dela. Nooryan in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je delo na intenzivnem oddelku za zaposlene, še posebej za zdravnike in medicinske sestre, stresno, kar ima lahko negativne učinke na njihovo delovno učinkovitost. V Sloveniji je Selič (2010) raziskovala stres in izgorelost pri zaposlenih v zdravstveni negi in medicini na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Ugotovila je, da so zdravniki v primerjavi z zaposlenimi v zdravstveni negi v povprečju huje čustveno izčrpani. Prav čustvena izčrpanost pa je eden glavnih dejavnikov, ki vodijo v izgorevanje. Avtorica opisuje, da se čustvena izčrpanost praviloma povezuje z anksioznostjo, doživljanjem večje delovne obremenjenosti, ki pa je bolj opazno pri osebju z večjim številom medosebnih konfliktov in slabšo opremljenostjo s socialnimi veščinami. Avtorica v prispevku zaključuje s predstavitvijo varovalnih dejavnikov pred izgorelostjo.

2.1.6 Anksioznost med študenti zdravstvene nege

Ljudje so na splošno prepričani, da študentsko življenje oz. študij velja za enega najlepših posameznikovih obdobj. Prehod iz ustaljenega dnevnega ritma srednje šole, varnosti domačega kraja in podpore staršev v neobvezujočo akademsko sfero, kjer študent skrbi večinoma časa sam zase in kjer ga dejansko nihče ne nadzira več, se zdi kot izpolnjevanje sanj vsakega najstnika. Študij naj bi predstavljal intelektualno, čustveno in socialno rast, vendar je v resnici ta čas prepleten z mnogimi stresogenimi

dejavniki. Študent se sooča z družbeno sprejemljivostjo, razumevanjem s sostanovalci, odkrivanjem svoje seksualnosti in s številnimi drugimi zadevami, ki spremljajo prehod iz adolescence v odraslost. Poleg vsega se morajo študenti, predvsem tisti, ki prvič obiskujejo fakulteto, ukvarjati z zahtevami študijskih obveznosti ob študijskih dejavnostih, hkrati pa morajo zadovoljiti tudi želje staršev in okolice nasploh. V tako zahtevnem okolju ni nič nenavadnega, da sposobnosti obvladovanja lahko odpovejo in se poveča možnost nastanka duševnih motenj. V raziskavi, ki jo je izvedla Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), je bilo ugotovljeno, da se polovica vseh resnejših bolezni, vključno z anksioznimi motnjami, začne pri 14 letih, pri 25 pa je klinično izraženih že tri četrtine vseh primerov. Da je stvar še slabša, se večine bolezni ne odkrije in ne zdravi oz. se zdravljenje začne šele z zelo dolgim zamikom, ki traja 6–8 let za motnje razpoloženja in kar 9–23 let za anksiozne motnje (Kessler et al., 2005).

Sprejem v študijski program zdravstvene nege zaznamuje začetek poklicne poti, vendar pa lahko študij zaradi težavnosti in kompleksnosti postane za študenta naporen. Stres, depresija in tesnoba lahko pomembno vplivajo na učenje, učni uspeh in otežujejo pridobivanje znanja v kliničnih okoljih. Študije poročajo o resnem porastu težav v duševnem zdravju med študenti zdravstvene nege, ter predvsem o porastu anksioznosti, ki se pojavlja med opravljanjem klinične prakse. Znano je, da nekateri študenti, ki doživijo anksioznost, med klinično prakso celo prekinejo izobraževalni program zdravstvene nege. Glavni dejavniki za anksioznost v kliničnem okolju so strah pred napakami, strah pred neznanjem, slabi odnosi z mentorji, strah pred izpostavljanjem v zdravstvenem timu ter strah pred konkurenco, ki jo predstavljajo ostali študenti (Melincavage, 2011; Chernomas, Shapiro, 2013).

2.1.7 Premagovanje anksioznosti in zdravljenje anksioznih motenj

Anksioznost ter anksiozne motnje obvladujemo s sproščanjem in spreminjanjem prepričanj ter z zdravili. Pomembno je znižati raven tesnobe, ki je moteča. Priporočljivo je redno izvajanje dejavnosti, ki zmanjšujejo tesnobo: sproščanje, sprehod, pogovor, izrekanje podpore. Psihoterapijo dalj časa trajajoče anksiozne motnje izvaja psihoterapevt ob aktivni udeležbi pacienta in sestoji iz natančno določenega zaporedja

seans, ki trajajo približno 6 mesecev. Cilj teh je, da se pacient sam nauči reševati probleme, povezane z anksioznostjo. Poznamo več vrst psihoterapij: vedenjsko, kognitivno in kognitivno-vedenjsko terapijo, ki pa je tudi najpogostejša terapija, saj gre za kombinacijo vedenjske in kognitivne terapije. Raziskave potrjujejo, da je vedenjsko-kognitivna terapija pri zdravljenju blage do zmerne anksioznosti enaka ali celo bolj učinkovita kot zgolj farmakoterapija. Prednost farmakoterapije je v hitrem odpravljanju simptomov. Pri zdravljenju anksioznih motenj zato ponavadi kombinirajo eno ali več vrst psihoterapevtskih metod s farmakoterapijo. Zdravila so učinkovita pri večini ljudi in lahko predstavljajo bodisi kratkotrajno bodisi dolgotrajno terapevtsko možnost, kar je odvisno od posameznega tipa, trajanja ter izraženosti anksiozne motnje in posameznega pacienta. Zdravila prve izbire za zdravljenje anksioznih motenj so antidepresivi. Običajno je potrebno zdravljenje začeti z manjšimi odmerki, saj uvajanje antidepresiva pogosto okrepi simptome anksioznosti. Z manjšimi odmerki se tako izognemo neželenim učinkom, odmerek pa se nato postopoma povečuje. Na začetku zdravljenja z zdravili, ko učinek antidepresiva še ni zadosten ali pa so simptomi še izrazitejši, se anksioznost blaži z benzodiazipenskiimi anksiolitiki, ki se lahko uporabljajo tudi ob krepitvi simptomov anksioznih motenj zaradi različnih vzrokov. Previdnost je potrebna pri tistih pacientih, ki jemljejo ali zlorabljajo druge psihoaktivne snovi, predvsem alkohol. Večino pacientov, ki se srečujejo z anksiozno motnjo, psihoterapevti učijo zdrave asertivnosti ter jih podpirajo pri tem, da se postavijo na vrh piramide odnosov. Tako simptome anksioznih motenj, ki jih imajo na začetku obravnave za prekletstvo, ob postopnem spreminjanju na poti sebi naproti vedno bolj sprejemajo kot blagoslov (Dernovšek et al., 2006a; Anderluh, 2010; Rebolj 2011).

Anksiozne znake pri pacientu Rebolj (2011) razume kot povabilo, da se človek ustavi, analizira svoje življenje in na novo postavi cilje. Ob tem lahko spremeni pogled nase in na svet ter v skladu s svojimi sposobnostmi in zmožnostmi zaživi bolj polno življenje.

3 EMPIRIČNI DEL

Z izbrano temo diplomske naloge bomo v empiričnem delu podrobneje predstavili in analizirali, kako se zaposleni v zdravstveni negi in študenti zdravstvene nege soočajo s tempom življenja – preučili bomo pojavnost anksioznosti ter anksioznih znakov.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati pojavnost anksioznosti ter anksioznih znakov, ki se pojavlja pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije ter pri študentih 3. letnika Fakultete za zdravstvo Jesenice (v nadaljevanju FZJ). Podatke bomo primerjali z nekaterimi raziskavami in po potrebi predlagali ukrepe.

Cilj diplomskega dela je ugotoviti:

- pojavnost znakov anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije in pri študentih, ter kateri znaki so pri enih in drugih najbolj pogosti;
- razlike v pojavnosti anksioznih znakov med zaposlenimi v zdravstveni negi v različnih psihiatričnih bolnišnicah;
- razlike med pojavnostjo znakov anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije glede na nekatere demografske podatke ter značilnosti delovnega mesta;
- razlike med pojavnostjo anksioznih znakov anketirancev glede na njihovo ekonomsko stanje ter samooceno zdravja;
- razlike med pojavnostjo znakov anksioznosti pri zaposlenih, ki so nekadilci, in pri zaposlenih, ki so kadilci;

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kakšna je pojavnost znakov anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije in študenti zdravstvene nege, ter kateri znaki se najpogosteje pojavljajo?
- Kakšna je razlika v pojavnosti znakov anksioznosti med zaposlenimi v različnih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji?
- Kakšna je razlika med različnimi delovnimi mesti na pojavnost znakov anksioznosti? Je nočno delo lahko dejavnik tveganja za pojavljanje znakov anksioznosti ter ali so zaposleni, ki imajo v povprečju pet ali več nočnih izmen, bolj dovzetni za znake anksioznosti?
- Kakšna je razlika v pojavnosti znakov anksioznosti glede na delovno dobo zaposlenih, njihov spol, njihovo samooceno zdravja in ekonomski status ter ali so zaposleni in študenti, ki kadijo, bolj dovzetni za pojav znakov anksioznosti kot zaposleni, ki ne kadijo.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe teoretičnega dela smo pregledali dostopno strokovno in znanstveno literaturo iz domačega in tujega okolja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke v empiričnem delu diplomskega dela smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika in jih nato kvantitativno obdelali. Pregled literature je narejen na osnovi strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v strokovnih in splošnih knjižnicah v Sloveniji. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, za iskanje tujih člankov pa smo uporabili tuje baze podatkov, in sicer Cinahl, PubMed, Medline, SpringerLink idr. V pregled smo vključili 30 člankov, po kriteriju izločitve s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo naše diplomske naloge: anksioznost, anksiozne motnje, stres na

delovnem mestu, anksioznost med zaposlenimi, anksioznost med študenti; v angleškem jeziku: anxiety, anxiety disorders, stress at work, anxiety among employees, anxiety among students; smo v diplomsko nalogo vključili 13 člankov.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskovalni del diplomskega dela smo pridobili s pomočjo strukturiranega standardiziranega vprašalnika Burnsovega kontrolnega seznama anksioznosti (pov. po Burns, 2002), ki smo ga razdelili med zaposlene v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah ter med študente tretjega letnika FZJ. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov, vseh vprašanj je devet. Prvi del vprašalnika zajema demografske podatke ter podatke o delovnem mestu. Drugi del je standardiziran Burnsov kontrolni seznam anksioznosti (v nadaljevanju BSA), ki ga sestavlja 33 za anksioznost značilnih znakov. Vprašalnik se deli na tri dele, in sicer na občutja, misli ter telesne znake (Burns 2002). Točkovanje po BSA (ibid.) je naslednje: 0–4 (anksioznosti ni ali je minimalna), 5–10 (mejna anksioznost), 11–20 (mila anksioznost), 21–30 (zmerna anksioznost), 31–50 (težka anksioznost), 51–99 (skrajna anksioznost). Tretji del vprašalnika obsegajo trditve (o ekonomskem položaju, subjektivnem zaznavanju zdravja ter fizični pripravljenosti/aktivnosti). Za oceno teh trditev smo uporabili Likertovo (petstopenjsko) lestvico v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro).

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koefecientom alfa v programu SPSS 22.0, ki znaša 0,831, iz česar lahko sklepamo, da je merski instrument zanesljiv (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Anketiranje smo izvedli med zaposlenimi v treh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji (anketirali smo zdravstvene tehnike in dipl. m. s.). Prav tako smo anketiranje izvedli tudi na FZJ med študenti, ki so bili v študijskem letu 2013/14 vpisani v tretji letnik. Po metodi namenskega vzorca smo nenaključno razdelili 350 vprašalnikov, vrnjenih smo

dobili 242, kar predstavlja 69-odstotno realizacijo vzorca. Vsi vprašalniki so bili pravilno izpolnjeni in zajeti v statistično obdelavo podatkov.

Iz tabele 1 lahko razberemo, da je v raziskavi sodelovalo 192 (79,3 %) zaposlenih v zdravstveni negi iz treh slovenskih psihiatričnih bolnišnic in 50 (20,7 %) študentov FZJ. Med anketiranci je bilo 186 (76,9 %) žensk in 56 (23,1 %) moških. Glede na posamezne zdravstvene ustanove smo vključili 73 (30,1 %) zaposlenih iz Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, 60 (24,8 %) iz Psihiatrične bolnišnice Idrija ter 59 (24,2 %) iz Psihiatrične bolnišnice Begunje. Največ zaposlenih ima delovno dobo med 20 do 29 let (62 ali 32,3 %), 52 (27,1 %) je zaposlenih od 10 do 19 let, 41 (21,4 %) je zaposlenih pod 10 let ter 37 (19,3 %) od 30 do 39 let. 157 (64,9 %) anketiranih ima srednješolsko izobrazbo, 8 (3,3 %) višješolsko ter 77 (31,8 %) visokošolsko izobrazbo. Slaba polovica anketirancev, tj. 109 (45 %), prihaja iz mesta, z vasi 73 (30,2 %) ter iz predmestnega okolja 60 (24,8 %). Več kot polovica zaposlenih, tj. 125 (65,1 %), več kot polovico svojega delovnega časa dela na intenzivnih oddelkih. Prav tako pa več kot polovica zaposlenih, tj. 125 (65,1 %), več kot 5 dni svojega delovnega časa dela v nočni izmeni, 13 (6,8 %) zaposlenih mesečno opravi več kot 7 dni nočnih izmen, 59 (30,7 %) pa ima manj kot 5 nočnih delovnih dni v mesecu.

Tabela 1: Opis vzorca

	N = 242	%
Zaposleni/študenti FZJ		
Zaposleni	192	79,3
Študenti	50	20,7
Spol		
Ženska	186	76,9
Moški	56	23,1
Zdravstvena ustanova		
UKC Maribor – Oddelek za psihiatrijo	73	30,1
Psihiatrična bolnišnica Idrija	60	24,8
Psihiatrična bolnišnica Begunje	59	24,4
Delovna doba zaposlenih		
Pod 10 let	41	21,4
10 do 19 let	52	27,1
20 do 29 let	62	32,3
30 do 39 let	37	19,3

	N = 242	%
Izobrazba		
Srednja	157	64,9
Višja	8	3,3
Visoka	77	31,8
Okolje		
Mesto	109	45,0
Primestno okolje	60	24,8
Vas	73	30,2
Delo na intenzivnem oddelku zaposlenih (več kot 50 % delovnega časa)		
Da	125	65,1
Ne	67	34,9
Nočno delo zaposlenih (več kot 5 dni v mesecu)		
Da	120	62,5
Da (več kot 7 dni)	13	6,8
Ne	59	30,7

Legenda: N = velikost vzorca; % = odstotni delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnike smo na začetku z vso potrebno dokumentacijo posredovali vodstvu bolnišnic in FZJ (Katedri za znanstvenoraziskovalno delo in mednarodno sodelovanje) in tako pridobili vsa potrebna dovoljenja za opravljanje anketiranja. Vprašalnike smo po predhodnem dogovoru z odgovornimi v PB Begunje in PB Idrija ter FZJ poslali po pošti. Anketirance, ki so v vzorcu z Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, smo anketirali izven bolnišnice, na strokovnih srečanjih Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Vprašalnike smo takoj po izpolnitvi dobili nazaj. Vsem anketirancem, ki so sodelovali v naši raziskavi, smo pisno in ustno pojasnili namen in vsebino vprašalnika. Zagotovili smo anonimnost in prostovoljnost pri sodelovanju. Raziskava je potekala od junija do avgusta 2014.

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 22.0. Uporabili smo opisno statistiko, pri spremenljivkah smo uporabili frekvence, odstotke, najmanjšo (v nadaljevanju: MIN) in največjo (v nadaljevanju: MAX) vrednost, povprečno vrednost (v nadaljevanju: PV), ki nam je dala le podatek o srednji vrednosti, ne vemo pa, kako razpršeno so udeleženci odgovarjali, zato smo izračunali tudi standardni odklon (v nadaljevanju: SO). Ta nam pove mero razpršenosti

ter standardno napako (v nadaljevanju: SN), ki nam da informacije o tem, kako dobre podatke imamo – manjša je napaka, bolj verjetno je, da je povprečje bolj kredibilno. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali ugotoviti razlike med spremenljivkami. V ta namen smo uporabili statistične teste, kjer smo računali p-vrednost. Če je p-vrednost manjša kot 0,05, pomeni, da lahko na nivoju 5-odstotnega tveganja trdimo, da statistično pomembne razlike obstajajo, oziroma obstaja 5-odstotna verjetnost (ali manjša), da smo prišli do razlik v našem vzorcu po naključju. Če pa je p-vrednost manjša od 0,01, potem lahko na nivoju 1-odstotnega tveganja trdimo, da se statistično pomembne razlike pojavljajo. Za ugotavljanje statistične pomembnosti smo v raziskavi uporabili t-test za neodvisne vzorce, s katerim smo želeli preveriti razlike v povprečjih dveh skupin (zaposleni, študenti). S pomočjo Levenovega testa enakosti varianc smo izračunali t-test, katerega pogoj je, da so variance med skupinami večje od 0,05 %, kar pomeni, da so enake. Prav tako pa smo z Levenovim testom preverjali homogenost varianc, saj je homogenost le-teh potrebna za izračun ANOVE, ki jo lahko uporabimo, kadar je p-vrednost večja od 0,05. Če je p-vrednost manjša od 0,05 in variance niso homogene, uporabimo Welchov test. Uporabili smo tudi Mnogoterne primerjave (post-hoc). Ta test podrobneje prikaže, katere skupine se med seboj statistično pomembno razlikujejo. Za analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili na dva tematska sklopa. Prvi tematski sklop obsega demografske podatke, ki so predstavljeni v opisu vzorca ter prikazani v tabeli 1. Drugi tematski sklop zajema rezultate glede na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Rezultati drugega tematskega sklopa

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je pojavnost znakov anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi in študenti zdravstvene nege ter kateri znaki se najpogosteje pojavljajo?

Tabela 2 prikazuje pojavnost znakov anksioznosti med zaposlenimi v zdravstveni negi ter med študenti zdravstvene nege. Pri zaposlenih v zdravstveni negi je pojavnost znakov anksioznosti PV = 0,30 (SO = 0,32), med študenti pa je pojavnost PV = 0,35 (SO = 0,28). Zaposleni v večji meri navajajo prisotnost telesnih znakov (PV = 0,33), med študenti pa so bolj prisotna anksiozna občutja in misli (PV = 0,36), slednje imajo SO = 0,31, kar predstavlja manjšo razpršenost med povprečno vrednostjo. Preverjali smo statistično pomembne razlike v povprečjih med zaposlenimi in študenti. Ugotovili smo, da se razlike v povprečjih pojavljajo. S parametričnim t-testom smo ugotavljali, ali so te razlike tudi statistično pomembne. Iz razbranega lahko potrdimo, da imajo študenti v povprečju statistično značilno večjo pojavnost ($p = 0,039$) anksioznih misli kot zaposleni. Pri ostalih znakih statistično pomembnih razlik ni.

Tabela 2: Pojavnost znakov anksioznosti

Zaposleni/študenti		N	PV	SO	SN	t-test enakosti povprečij	
						T	p-vrednost
Anksiozna občutja	Zaposleni	192	0,31	0,32	0,02	-0,923	0,357
	Študenti	50	0,36	0,36	0,05		
Anksiozne misli	Zaposleni	192	0,25	0,34	0,02	-2,077	0,039
	Študenti	50	0,36	0,31	0,04		
Telesni znaki	Zaposleni	192	0,33	0,39	0,03	0,099	0,921
	Študenti	50	0,32	0,34	0,05		

Tabela 3: Pojavnost znakov anksioznosti

Zaposleni/študenti		N	PV	SO	SN	t-test enakosti povprečij	
						T	p-vrednost
Anksioznost skupaj	Zaposleni	192	0,30	0,32	0,02	-1,02	0,309
	Študenti	50	0,35	0,28	0,04		

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko; t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce; p – statistična značilnost

V tabeli 3 so prikazane povprečne vrednosti posameznih znakov, ki opredeljujejo anksiozna občutja med zaposlenimi in študenti. Anketiranci se v največji meri srečujejo s tesnobo, živčnostjo, zaskrbljenostjo ali bojznijo (PV = 0,93), sledijo občutek napetosti (PV = 0,52) in zle slutnje (PV = 0,17). Ostale podatke si lahko ogledamo v tabeli 3.

Tabela 4: Anksiozna občutja

Anksiozna občutja	N	MIN	MAX	PV	SO
tesnoba, živčnost, zaskrbljenost ali bojazen	242	0	3	0,93	0,70
občutek, da so stvari okoli vas nenavadne, neresnične	242	0	3	0,11	0,38
občutek, da ste oddvojeni od telesa	242	0	3	0,09	0,37
nenadni, nepričakovani napadi panike	242	0	2	0,10	0,33
zle slutnje	242	0	2	0,17	0,43
počutite se napeti, pod stresom, pod hudim pritiskom	242	0	3	0,52	0,68

Legenda: N = velikost vzorca; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

V tabeli 4 so prikazane povprečne vrednosti posameznih znakov, ki opredeljujejo anksiozne misli med zaposlenimi in študenti. Anketiranci se v največji meri srečujejo s težavami z zbranostjo (PV = 0,69), bojijo se kritiziranja (PV = 0,84) in drvečih ter begajočih misli (PV = 0,30).

Tabela 5: Anksiozne misli

Anksiozne misli	N	MIN	MAX	PV	SO
težave z zbranostjo	242	0	3	0,69	0,65
drveče misli, beganje misli	242	0	2	0,30	0,55
strah, dnevno sanjarjenje	242	0	2	0,23	0,49
občutek, da izgublimate nadzor nad seboj	242	0	3	0,13	0,41
bojazen, da bi se zlomili	242	0	3	0,22	0,51
bojite se, da boste omedleli, izgubili zavest	242	0	3	0,08	0,33
bojite se, da boste telesno zboleli, doživeli infarkt ali umrli	242	0	2	0,16	0,40
skrbi vas, da bo vaše vedenje v očeh drugih bedasto ali neprimerno	242	0	2	0,29	0,53
bojite se, da boste sami izobčeni ali zapuščeni	242	0	3	0,17	0,44
bojite se kritiziranja	242	0	4	0,48	0,74
strah vas je, da se bo zgodilo nekaj hudega	242	0	2	0,22	0,49

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

V tabeli 5 so prikazane povprečne vrednosti posameznih znakov, ki opredeljujejo telesne znake med zaposlenimi in študenti. Anketiranci se v največji meri srečujejo z utrujenostjo in izčrpanostjo (PV = 0,87), nerednim ali hitrim srčnim utripom (PV = 0,60) ter potenjem (PV = 0,48).

Tabela 6: Telesni znaki

Telesni znaki	N	MIN	MAX	PV	SO
nereden ali hiter srčni utrip	242	0	3	0,60	0,68
bolečina, stiskanje ali napetost v prsnem košu	242	0	3	0,33	0,62
mravljinca ali odreveneli prsti na rokah ali nogah	242	0	3	0,19	0,51
stiskanje ali neprijeten občutek v želodcu	242	0	3	0,40	0,63
zaprtost ali driska	242	0	3	0,23	0,55
nemirnost ali pretirano odzivanje na dražljaje	242	0	3	0,28	0,59
toge, napete mišice	242	0	3	0,21	0,51
potenje	242	0	3	0,48	0,71
cmok v grlu	242	0	3	0,29	0,54
drhtenje ali tresenje	242	0	3	0,20	0,48
mehka kolena	242	0	3	0,14	0,39
omotica, vrtoglavica, izguba ravnotežja	242	0	2	0,10	0,35
oteženo dihanje, občutek dušenja ali davljenja	242	0	4	0,12	0,43
glavoboli, bolečina v tilniku ali hrbtu	242	0	3	0,46	0,74
vročinski valovi	242	0	3	0,30	0,63
utrujenost, izčrpanost	242	0	3	0,87	0,83

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je razlika v pojavnosti znakov anksioznosti med zaposlenimi v različnih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji?

Iz tabele 6 lahko razberemo, da se razlike v povprečjih med skupinami pojavljajo. V največji meri se z znaki anksioznosti srečujejo zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija (PV = 0,41), prav tako se največkrat srečujejo s posameznimi znaki.

Tabela 7: Razlika med znaki anksioznosti pri zaposlenih v različnih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah

		N	PV	SO	SN
Anksiozna občutja	Maribor	73	0,28	0,27	0,03
	Idrija	60	0,43	0,41	0,05
	Begunje	59	0,23	0,25	0,03
	skupaj	192	0,31	0,32	0,02
Anksiozne misli	Maribor	73	0,18	0,30	0,03
	Idrija	60	0,35	0,37	0,05
	Begunje	59	0,23	0,33	0,04
	skupaj	192	0,25	0,34	0,02
Telesni znaki	Maribor	73	0,26	0,37	0,04
	Idrija	60	0,44	0,45	0,06
	Begunje	59	0,29	0,31	0,04
	skupaj	192	0,33	0,39	0,03
Anksioznost skupaj	Maribor	73	0,24	0,28	0,03
	Idrija	60	0,41	0,38	0,05
	Begunje	59	0,25	0,26	0,03
	skupaj	192	0,30	0,32	0,02

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki niso homogene pri anksioznih občutjih ($p = 0,002 < 0,05$), anksioznih mislih ($p = 0,028 < 0,05$) ter pri anksioznih znakih skupaj ($p = 0,007 < 0,05$). Variance so homogene le pri telesnih znakih ($p = 0,80 > 0,05$), zato smo ANOVO test uporabili pri ugotavljanju telesnih znakov, Welchov test pa za ugotavljanje anksioznih občutij, anksioznih misli in pri anksioznosti skupaj. Glede znakov anksioznosti ugotavljamo, da se med skupinami zdravstvenih ustanov pojavljajo statistično pomembne razlike, kar lahko razberemo iz

tabele 7. Ker je p-vrednost pri vseh znakih anksioznosti manjša od 0,05, lahko trdimo, da se skupine med seboj statistično pomembno razlikujejo.

Tabela 8: Statistična pomembnost med zaposlenimi v posameznih bolnišnicah

Primerjave med skupinami	Vrsta testa	F	p-vrednost
Anksiozna občutja	Welch	5,070	,008
Anksiozne misli	Welch	3,764	,026
Telesni znaki	ANOVA	4,064	,019
Anksioznost skupaj	Welch	4,303	,016

Legenda: F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc; p – statistična značilnost

Iz tabele 7 smo lahko razbrali, da se pojavljajo razlike med zaposlenimi v posameznih bolnišnicah. Ali obstajajo tudi statistično pomembne razlike med različnimi bolnišnicami, smo ugotavljali s post-hoc testom (tabela 8). Pri anksioznih občutjih lahko vidimo, da se med seboj statistično pomembno razlikujeta Begunje in Idrija ($p = 0,001$), prav tako tudi Maribor in Idrija ($p = 0,005$). Pri anksioznih mislih se med seboj statistično pomembno razlikujeta Maribor in Idrija ($p = 0,006$), enako pri telesnih znakih ($p = 0,007$), kar velja tudi za Begunje in Idrijo ($p = 0,032$). Pri znakih anksioznosti skupaj se statistično pomembno razlikujeta dve skupini, in sicer Maribor in Idrija ($p = 0,003$) ter Begunje in Idrija ($p = 0,007$). Iz tabele lahko tudi razberemo, da se skupini Maribor in Begunje statistično pomembno ne razlikujeta.

Tabela 9: Mnogoterne primerjave med zdravstvenimi ustanovami

Odvisna spremenljivka		Razlika v povprečjih	p-vrednost	
Anksiozna občutja	Maribor	Idrija	-,15430*	,005
		Begunje	,04179	,448
	Idrija	Maribor	,15430*	,005
		Begunje	,19609*	,001
	Begunje	Maribor	-,04179	,448
		Idrija	-,19609*	,001
Anksiozne misli	Maribor	Idrija	-,16115*	,006
		Begunje	-,04219	,467
	Idrija	Maribor	,16115*	,006
		Begunje	,11895	,051
	Begunje	Maribor	,04219	,467
		Idrija	-,11895	,051
Telesni znaki	Maribor	Idrija	-,17968*	,007
		Begunje	-,02933	,660
	Idrija	Maribor	,17968*	,007
		Begunje	,15035*	,032
	Begunje	Maribor	,02933	,660
		Idrija	-,15035*	,032
Anksioznost skupaj	Maribor	Idrija	-,16504*	,003
		Begunje	-,00991	,856
	Idrija	Maribor	,16504*	,003
		Begunje	,15513*	,007
	Begunje	Maribor	,00991	,856
		Idrija	-,15513*	,007

Legenda: *razlika v povprečjih je statistično pomembna na nivoju 0,05

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšna je razlika med različnimi delovnimi mesti na pojavnost znakov anksioznosti? Je nočno delo lahko dejavnik tveganja za pojavljanje znakov anksioznosti ter ali so zaposleni, ki imajo v povprečju pet ali več nočnih izmen, bolj dovzetni za znake anksioznosti?

V tabeli 9 je predstavljeno, v kakšni meri se zaposleni, ki delajo na intenzivnih oddelkih, srečujejo z znaki anksioznosti. Iz tabele lahko razberemo, da se zaposleni, ki na intenzivnih oddelkih delajo v povprečju več, srečujejo z anksioznimi občutji (PV = 0,33) ter anksioznimi mislimi (PV = 0,26). Na podlagi t-testa smo ugotovili, da se statistično pomembne razlike med skupinama ne pojavljajo ($p > 0,05$).

Tabela 10: Pojavnost znakov anksioznosti med zaposlenimi, ki delajo na intenzivnem oddelku

Intenzivni oddelek		N	PV	SO	SN	t-test enakosti povprečij	
						T	p-vrednost
Anksiozna občutja	Da	125	0,33	0,33	0,03	1,116	0,226
	Ne	67	0,28	0,31	0,04		
Anksiozne misli	Da	125	0,26	0,35	0,03	0,553	0,581
	Ne	67	0,23	0,31	0,04		
Telesni znaki	Da	125	0,33	0,4	0,04	-0,056	0,955
	Ne	67	0,33	0,36	0,04		
Anksioznost skupaj	Da	125	0,30	0,33	0,03	0,547	0,585
	Ne	67	0,28	0,30	0,04		

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; t = t-statistika t-testa za neodvisne vzorce; p – statistična značilnost; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Med zaposlenimi, ki imajo v povprečju pet ali več nočnih izmen na mesec, smo ugotavljali, ali je to lahko dejavnik tveganja za pojavljanje znakov anksioznosti. Ugotovili smo, da nočno delo ne predstavlja tveganja za nastanek znakov anksioznosti, kar je prikazano tudi v tabeli 10. Iz tabele lahko razberemo, da se med zaposlenimi, ki imajo več kot pet nočnih izmen na mesec, ter zaposlenimi, ki imajo teh izmen manj, pojavljajo razlike v povprečnih vrednostih. Za znake anksioznosti so bolj dovzetni

zaposleni, ki imajo manj nočnih izmen na mesec. V največji meri so izpostavljeni telesnim znakom (PV = 0,39), največja razlika med skupinama v povprečni vrednosti pa je pri anksioznih mislih. Na podlagi t-testa smo ugotovili, da se statistično pomembne razlike med skupinama ne pojavljajo ($p > 0,05$).

Tabela 11: Vpliv nočnega dela na pojavnost znakov anksioznosti

Nočno delo		N	PV	SO	SN	t-test enakosti povprečij	
						T	p-vrednost
Anksiozna občutja	Da	133	0,31	0,32	0,03	-0,216	0,829
	Ne	59	0,32	0,33	0,04		
Anksiozne misli	Da	133	0,22	0,31	0,03	-1,932	0,076
	Ne	59	0,32	0,38	0,05		
Telesni znaki	Da	133	0,30	0,37	0,03	-1,607	0,11
	Ne	59	0,39	0,42	0,06		
Anksioznost skupaj	Da	133	0,27	0,30	0,03	-1,395	0,165
	Ne	59	0,34	0,35	0,05		

Legenda: DA = več kot 5 nočnih izmen na mesec; NE = manj kot 5 nočnih izmen na mesec; N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; t = t-statistika t-testa za neodvisne vzorce; p – statistična značilnost; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšna je razlika v pojavnosti znakov anksioznosti glede na delovno dobo zaposlenih, njihov spol, njihovo samooceno zdravja in ekonomski status ter ali so zaposleni in študenti, ki kadijo, bolj dovzetni za pojav znakov anksioznosti kot zaposleni, ki ne kadijo?

V raziskavi smo ugotavljali pojavnost znakov anksioznosti glede na delovno dobo zaposlenih. Iz tabele 11 lahko razberemo, da se pojavljajo tudi razlike med skupinami – v največji meri glede na delovno dobo, in sicer pri telesnih znakih, saj je pri anketirancih, ki so zaposleni pod 10 let, PV = 0,26, medtem, ko je pri anketirancih, ki so zaposleni od 30 do 39 let, PV = 0,45. Ker pa smo želeli preveriti, ali so razlike v povprečjih med skupinami statistično pomembne, smo uporabili ANOVO ($p < 0,05$). Ugotovili smo, da se glede na delovno dobo statistično pomembne razlike ($p > 0,05$) ne pojavljajo nikjer.

Tabela 12: Pojavnost znakov anksioznosti glede na delovno dobo

Delovna doba		N	PV	SO	SN	ANOVA (primerjava med skupinami)	
						F	p-vrednost
Anksiozna občutja	pod 10 let	41	0,27	0,22	0,03	0,389	0,761
	10–19 let	52	0,31	0,30	0,04		
	20–29 let	62	0,34	0,38	0,05		
	30–39 let	37	0,32	0,35	0,06		
	Skupaj	192	0,31	0,32	0,02		
Anksiozne misli	pod 10 let	41	0,22	0,27	0,04	0,377	0,769
	10–19 let	52	0,29	0,41	0,06		
	20–29 let	62	0,24	0,35	0,04		
	30–39 let	37	0,24	0,26	0,04		
	Skupaj	192	0,25	0,34	0,02		
Telesni znaki	pod 10 let	41	0,26	0,25	0,04	1,775	0,153
	10–19 let	52	0,33	0,43	0,06		
	20–29 let	62	0,30	0,38	0,05		
	30–39 let	37	0,45	0,43	0,07		
	Skupaj	192	0,33	0,39	0,03		
Anksioznost skupaj	pod 10 let	41	0,25	0,21	0,03	0,499	0,683
	10–19 let	52	0,31	0,35	0,05		
	20–29 let	62	0,29	0,35	0,04		
	30–39 let	37	0,33	0,33	0,05		
	Skupaj	192	0,30	0,32	0,02		

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc; p – statistična značilnost; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

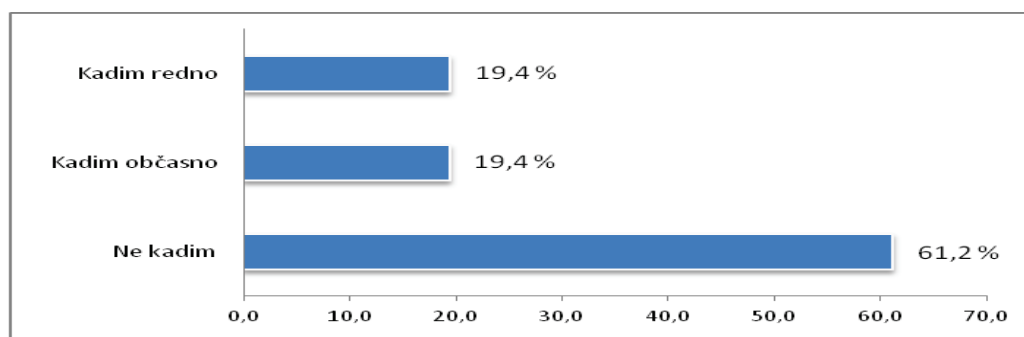
V raziskavi smo ugotavljali tudi pojavnost znakov anksioznosti glede na spol anketirancev. Iz tabele 12 lahko razberemo, da razlike med spoloma obstajajo. V največji meri se razlike med zaposlenimi pojavljajo pri anksioznih mislih, saj je pri ženskih anketirankah $PV = 0,26$, medtem ko je pri moških anketirancih $PV = 0,21$. Pri študentih se v največji meri razlike med spoloma pojavljajo pri anksioznih občutjih – pri ženskah je $PV = 0,42$, pri moških pa je $PV = 0,19$. Ker smo želeli preveriti, ali so razlike v povprečjih med skupinami statistično pomembne, smo uporabili t-test ($p < 0,05$). Ugotovili smo, da se med zaposlenimi statistično pomembne razlike med spoloma ne pojavljajo nikjer, medtem ko se pri študentih pojavljajo statistično pomembne razlike pri anksioznih občutjih – ženske so namreč bolj anksiozne ($p = 0,046$).

Tabela 13: Pojavnost znakov anksioznosti glede na spol med anketiranci

Spol			N	PV	SO	t- test enakosti povprečij	
						T	p-vrednost
Anksiozna občutja	ZAPOSLENI	ženska	149	0,31	0,32	-0,499	0,618
		moški	43	0,33	0,35		
	ŠTUDENTJE	ženska	37	0,42	0,38	2,041	0,046
		moški	13	0,19	0,21		
Anksiozne misli	ZAPOSLENI	ženska	149	0,26	0,36	0,849	0,397
		moški	43	0,21	0,26		
	ŠTUDENTJE	ženska	37	0,37	0,34	0,471	0,639
		moški	13	0,32	0,17		
Telesni znaki	ZAPOSLENI	ženska	149	0,33	0,4	0,394	0,964
		moški	43	0,31	0,35		
	ŠTUDENTJE	ženska	37	0,34	0,37	0,826	0,413
		moški	13	0,25	0,19		
Anksioznost skupaj	ZAPOSLENI	ženska	149	0,3	0,33	0,288	0,676
		moški	43	0,28	0,28		
	ŠTUDENTJE	ženska	37	0,38	0,31	1,353	0,182
		moški	13	0,26	0,14		

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; t = t-statistika t-testa za neodvisne vzorce; p – statistična značilnost; lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Anketirance smo spraševali, ali kadijo. 148 (61,2 %) anketiranih je nekadilcev, 47 (19,4 %) je občasnih kadilcev, 47 (19,4 %) pa je rednih kadilcev.

**Slika 2: Kajenje med anketiranci**

V raziskavi smo ugotavljali pojavnost znakov anksioznosti glede na to, ali zaposleni in študenti kadijo ali ne. Iz tabele 13 lahko razberemo, da se razlike med anketiranci, ki kadijo redno, občasno, ali pa ne kadijo, pojavljajo. Anketiranci, ki kadijo redno, so bolj dovzetni za znake anksioznosti. Ali so razlike med skupinami statistično pomembne, smo ugotavljali na podlagi testov ANOVA in Welch. Ugotovili smo, da se med zaposlenimi povsod pojavljajo statistično pomembne razlike ($p < 0,05$), med študenti pa se statistično pomembne razlike ne pojavljajo ($p > 0,05$).

Tabela 14: Pojavnost znakov anksioznosti glede na kajenje

			N	PV	SO	SN	ANOVA (primerjava med skupinami)		Welchow test (primerjava med skupinami)	
							F	p-vrednost	F	p-vrednost
Anksiozna občutja	ZAPOSLENI	Ne kadim	118	0,28	0,28	0,03	/	/	3,323	0,042
		Kadim občasno	36	0,25	0,23	0,04				
		Kadim redno	38	0,46	0,47	0,08				
	ŠTUDENTJE	Ne kadim	30	0,38	0,39	0,07	0,439	0,647	/	/
		Kadim občasno	11	0,27	0,19	0,06				
		Kadim redno	9	0,41	0,39	0,13				
Anksiozne misli	ZAPOSLENI	Ne kadim	118	0,23	0,33	0,03	3,464	0,33	/	/
		Kadim občasno	36	0,18	0,25	0,04				
		Kadim redno	38	0,37	0,39	0,06				
	ŠTUDENTJE	Ne kadim	30	0,32	0,26	0,05	1,075	0,35	/	/
		Kadim občasno	11	0,36	0,33	0,10				
		Kadim redno	9	0,48	0,40	0,13				
Telesni znaki	ZAPOSLENI	Ne kadim	118	0,3	0,36	0,03	/	/	4,688	0,012
		Kadim občasno	36	0,23	0,21	0,04				
		Kadim redno	38	0,51	0,53	0,09				
	ŠTUDENTJE	Ne kadim	30	0,32	0,34	0,06	0,511	0,603	/	/
		Kadim občasno	11	0,26	0,18	0,05				
		Kadim redno	9	0,41	0,48	0,16				

Tabela 15: Pojavnost znakov anksioznosti glede na kajenje

			N	PV	SO	SN	ANOVA (primerjava med skupinami)		Welchow test (primerjava med skupinami)	
							F	p-vrednost	F	p-vrednost
Anksioznost skupaj	ZAPOSLENI	Ne kadim	118	0,27	0,29	0,03	/	/	4,36	0,017
		Kadim občasno	36	0,22	0,20	0,03				
		Kadim redno	38	0,45	0,43	0,07				
	ŠTUDENTJE	Ne kadim	30	0,34	0,27	0,05	0,616	0,544	/	/
		Kadim občasno	11	0,30	0,18	0,05				
		Kadim redno	9	0,43	0,41	0,14				

Legenda: N = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; SN = standardna napaka; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc; p – statistična značilnost; Lestvica: 0 – sploh ne, 1 – malo, 2 – zmerno, 3 – veliko

Iz tabele 13 smo lahko razbrali, da se med zaposlenimi pojavljajo statistično pomembne razlike. Želeli pa smo ugotoviti tudi, katere skupine (glede na kajenje) se med seboj statistično pomembno razlikujejo. V tabeli 14 so predstavljeni rezultati testa post-hoc. Pri znakih anksioznosti skupaj se statistično pomembno razlikujeta dve skupini, in sicer redni kadilci in nekadilci ($p = 0,003$) ter redni kadilci in občasni kadilci ($p = 0,002$). Iz tabele lahko tudi razberemo, da se znaki anksioznosti pri občasnih kadilcih in nekadilcih statistično pomembno ne razlikujejo.

Tabela 16: Mnogoterne primerjave med skupinami

Odvisna spremenljivka			Razlika v povprečjih	p-vrednost
Anksiozna občutja	Ne kadim	Kadim občasno	,03712	,537
		Kadim redno	-,18243*	,002
	Kadim občasno	Ne kadim	-,03712	,537
		Kadim redno	-,21954*	,003
	Kadim redno	Ne kadim	,18243*	,002
		Kadim občasno	,21954*	,003
Anksiozne misli	Ne kadim	Kadim občasno	,05029	,427
		Kadim redno	-,13884*	,026
	Kadim občasno	Ne kadim	-,05029	,427
		Kadim redno	-,18913*	,015
	Kadim redno	Ne kadim	,13884*	,026
		Kadim občasno	,18913*	,015
Telesni znaki	Ne kadim	Kadim občasno	,06956	,333
		Kadim redno	-,20949*	,003
	Kadim občasno	Ne kadim	-,06956	,333
		Kadim redno	-,27906*	,002
	Kadim redno	Ne kadim	,20949*	,003
		Kadim občasno	,27906*	,002
Anksioznost skupaj	Ne kadim	Kadim občasno	,05232	,378
		Kadim redno	-,17692*	,003
	Kadim občasno	Ne kadim	-,05232	,378
		Kadim redno	-,22924*	,002
	Kadim redno	Ne kadim	,17692*	,003
		Kadim občasno	,22924*	,002

Legenda: * razlika v povprečjih je statistično pomembna na nivoju 0,05

V nadaljevanju smo zaposlene spraševali, kako zaznavajo svoj ekonomski položaj in kako ocenjujejo svoje zdravje. Ponudili smo jim možne odgovore z Likartovo lestvico stališč, pri čemer je bila 1 – zelo slabo, 5 – zelo dobro. Zaposleni so svoj ekonomski položaj ocenili kot srednje dobrega (PV = 3,22), svoje zdravje pa kot dobro (PV = 3,83). Zanimalo nas je, ali obstaja povezava med ekonomskim statusom in oceno zdravja anketirancev in kako to vpliva na pojav znakov anksioznosti, zato smo uporabili Pearsonovo korelacijo. Ugotovili smo, da se vsepovsod pojavljajo statistično pomembne povezave z ekonomskim statusom in oceno zdravja, kar je prikazano v tabeli 15. Korelacija je povsod negativna – to pomeni, da so anksiozni znaki anketirancev bolj izraziti, kadar svoj ekonomski položaj in zdravje zaznavajo slabše.

Tabela 17: Korelacije med zaposlenimi

		Kako zaznavate svoj ekonomski položaj?	Kako ocenjujete svoje zdravje?
Anksiozna občutja	Pearsonova korelacija	-,263**	-,306**
	p-vrednost	,000	,000
	N	192	192
Anksiozne misli	Pearsonova korelacija	-,176*	-,243**
	p-vrednost	,015	,001
	N	192	192
Telesni znaki	Pearsonova korelacija	-,225**	-,317**
	p-vrednost	,002	,000
	N	192	192
Anksioznost skupaj	Pearsonova korelacija	-,241**	-,317**
	p-vrednost	,001	,000
	N	192	192

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; N = velikost vzorca

V raziskavi nas je prav tako zanimalo, ali pri študentih obstaja povezava med ekonomskim statusom in anksioznostjo, zato smo uporabili Pearsonovo korelacijo. Ugotovili smo, da pri študentih ne obstajajo statistično pomembne povezave med anksioznostjo in ekonomskim položajem ($p > 0,05$).

Tabela 18: Korelacije med študenti

		Kako zaznavate svoj ekonomski položaj?
Anksiozna občutja	Pearsonova korelacija	,140
	p-vrednost	,333
	N	50
Anksiozne misli	Pearsonova korelacija	-,174
	p-vrednost	,226
	N	50
Telesni znaki	Pearsonova korelacija	-,009
	p-vrednost	,949
	N	50
Anksioznost skupaj	Pearsonova korelacija	-,008
	p-vrednost	,956
	N	50

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; N = velikost vzorca

V raziskavi nas je zanimalo, kakšne so stopnje anksioznosti med anketiranci. Iz tabele 18 lahko razberemo, da 87 (36 %) anketirancev ni anksioznih, 75 (31 %) anketiranih je na stopnji mejne anksioznosti, 51 (21,1 %) je milo anksioznih, zmerno anksioznih je 15

(6,2 %), v težko stopnjo anksioznosti se jih uvršča 11 (4,5 %), 3 (1,2 %) pa se uvrščajo med skrajno anksiozne, in sicer 2 zaposlena iz Maribora in 1 zaposlen iz Idrije. V Psihiatrični bolnišnici Begunje in med študenti FZJ nismo zaznali skrajne anksioznosti.

Tabela 19: Stopnje anksioznosti

		Zdravstvena ustanova			Študenti	Skupaj	
		Maribor	Idrija	Begunje			
Stopnja anksioznosti	Ni anksioznosti	Frekvenca	36	17	24	10	87
		Odstotek	49,30 %	28,30 %	40,70 %	20,0 %	36,0 %
	Mejna	Frekvenca	22	14	19	20	75
		Odstotek	30,10 %	23,30 %	32,20 %	40,0 %	31,0 %
	Mila	Frekvenca	9	17	10	15	51
		Odstotek	12,30 %	28,30 %	16,90 %	30,0 %	21,1 %
	Zmerna	Frekvenca	3	6	3	3	15
		Odstotek	4,10 %	10,00 %	5,10 %	6,0 %	6,2 %
	Težka	Frekvenca	1	5	3	2	11
		Odstotek	1,40 %	8,30 %	5,10 %	4,0 %	4,5 %
	Skrajna	Frekvenca	2	1	0	0	3
		Odstotek	2,70 %	1,70 %	0,00 %	0,0 %	1,2 %

3.5 RAZPRAVA

Vedno več je ljudi, pri katerih stres povezan z strokovnim delom povzroča različne čustvene odzive med njimi tudi anksioznost. Število ljudi, pri katerih se pojavlja anksioznost, iz dneva v dan narašča (Fiala, 2011). V našem diplomskem delu smo se odločili, da bomo problematiko raziskali med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije ter med študenti FZJ. Ti dve skupini se med seboj prepletata, saj menimo, da se situacije, ki povzročajo pojavnost anksioznosti med študenti zdravstvene nege v večjem obsegu pojavljajo tudi kasneje pri strokovnem delu. Z povečanimi stresorji ter stresogenimi dejavniki pa lahko anksioznost, ki je bila v času študija mejna preraste tudi v skrajno.

Ugotovili smo, da se pri zaposlenih v največji meri pojavljajo telesni znaki anksioznosti, med katerimi so zaposleni opisovali, da so najpogosteje izpostavljeni utrujenosti in izčrpanosti. Dokazano je, da je stopnja anksioznosti pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni v psihiatriji, večja kot pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni na drugih področjih zdravstvene nege. Predvsem se to kaže pri delu z agresivnimi pacienti, ki zaposlene velikokrat izčrpajo ter utrudijo. Stopnja anksioznosti se povečuje s stopnjo pacientove agresivnosti, kar zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije velikokrat postavlja na lastno preizkušnjo (Chen, Hwu, Williams, 2005). V letu 2009 je bila izvedena raziskava v vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah, kjer je sodelovalo 120 zaposlenih v zdravstveni negi. Kar 90,1 % anketirancev je ocenilo, da je njihovo delo stresno in obremenjujoče, kot znake anksioznosti pa so navajali čustvene težave, motnje spanja, dvom vase itd. Čuk in Klemen (2010) ugotavljata, da je to pereč problem v zdravstveni negi na področju psihiatrije ter da bodo v tej smeri potrebne korenite spremembe, saj večina zaposlenih stres prenese tudi v domače okolje. Naša raziskava je pokazala, da se med študenti v največji meri pojavljajo anksiozne misli in občutja. Med skupinama zaposlenih in študentov smo ugotovili statistično pomembne razlike – med študenti se v večji meri pojavljajo anksiozne misli. Chernomas in Shapiro (2013) menita, da stres in anksioznost vplivata na učenje in učni uspeh pri študentih. Prav te znake so anketirani študenti v naši raziskavi opredelili kot najpogostejše, kar daje rezultatom naše raziskave posebno verodostojnost. Prav tako Szpak in Kameg (2013) ugotavljata, da so najbolj anksiozni tisti študenti, ki se v svojem kliničnem okolju srečujejo s psihiatrično zdravstveno nego. Tudi Melo, Williams in Ross (2010) ugotavljajo, da je anksioznost pri študentih zdravstvene nege višja kot pri splošni populaciji študentov.

Pri primerjavi znakov anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v različnih psihiatričnih bolnišnicah smo ugotovili, da se pojavljajo statistično pomembne razlike. Do le-teh prihaja pri anksioznih občutjih, in sicer med skupinama Begunje in Idrija ter Maribor in Idrija. Pri anksioznih mislih se med seboj statistično pomembno razlikujeta Maribor in Idrija. Prav tako se tudi pri telesnih znakih statistično pomembno razlikujejo Maribor in Idrija ter Begunje in Idrija. Pri znakih anksioznosti skupaj se statistično pomembno razlikujeta dve skupini, in sicer Maribor in Idrija ter Begunje in Idrija.

Sklepamo lahko, da se z znaki anksioznosti v največji meri srečujejo zaposleni iz Psihiatrične bolnišnice Idrija, kjer so leta 2008 izvedli raziskavo med 53 zaposlenimi v zdravstveni negi. Ugotovili so, da se zaposleni (77 %) ob hospitalizaciji pacienta proti volji počutijo dodatno duševno in telesno obremenjeni (Kržišnik, Čuk, 2008). Tudi v naši raziskavi so zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija telesne znake anksioznosti navajali kot najpogostejše. Prav tako smo v naši raziskavi merili stopnjo anksioznosti in ugotovili, da se s skrajno anksioznostjo srečujejo trije zaposleni – dva zaposlena iz Psihiatrične bolnišnice Maribor ter eden iz Psihiatrične bolnišnice Idrija. Med študenti skrajne anksioznosti ni, prevladuje pa mejna anksioznost.

Delovno mesto v naši raziskavi nima pomena na pojavnost znakov anksioznosti. Sicer se zaposleni, ki delajo na intenzivnih oddelkih (v primerjavi z odprtimi oddelki), v povprečju pogosteje srečujejo z anksioznimi občutji ter anksioznimi mislimi, vendar pa ne gre za statistično pomembne razlike. Nooryan in sodelavci (2012) so opravili raziskavo, kjer so merili anksioznost medicinskih sester, ki delajo na intenzivnih oddelkih v splošnih bolnišnicah, in sicer pred izvedbo intervencije ter po njeni izvedbi. Ugotovili so, da je anksioznost visoka pred izvedbo intervencije, po njej, ko se stresorji sprostijo, pa je nekoliko nižja. Prišli so do ugotovitev, da je delo na intenzivnih oddelkih eden vodilnih dejavnikov za nastanek anksioznosti. Menimo, da bi bilo potrebno področje anksioznosti na intenzivnih psihiatričnih oddelkih še dodatno raziskati, saj je kar nekaj avtorjev prišlo do drugačnih zaključkov, ki kažejo na manjšo verodostojnost naših podatkov. Raziskava, ki je bila opravljena v Tajvanu (Chen et al., 2005), je izpostavila pomembnost potencialnega nasilja psihiatričnih pacientov. Razširjenost nasilja med hospitaliziranimi psihiatričnimi pacienti se giblje med 6,1 % do 35 %, oziroma 2,54 napada letno na posteljno enoto v primerjavi z nepsihiatričnimi posteljnimi enotami, kjer je bila incidenca napadov 0,73 na posteljno enoto. Tako vedenje pacientov povzroča visoko pojavnost anksioznosti pri zaposlenih, ki skrbijo zanje. Pri raziskavi, ki so jo opravili Gao in sodelavci (2012) na Kitajskem med 1.800 medicinskimi sestrami, so ugotovili, da ima 43,4 % medicinskih sester znake anksioznosti, ki bi že zahtevali pozornost vodstva bolnišnic. Namen raziskave je bil identificirati dejavnike, povezane z znaki anksioznosti. Eden izmed najbolj pogostih dejavnikov je bil delovno mesto zaposlenega ter z njim povezani stresorji. Avtorji so

prišli do ugotovitve, da se najpogosteje stresni ter nezaželeni dogodki v psihiatriji pripetijo na intenzivnih oddelkih. Znaki anksioznosti, ki se pojavljajo v stresnih razmerah in ki jih zaposleni doživljajo, lahko privedejo do te meje, da zaposleni ne bo zdržal. Temu sledi izogibanje razmeram, ki sprožijo znake anksioznosti, kljub temu pa se strah še dodatno povečuje (Gao et al. 2012). Zaradi tega se pogosto dogaja, da zaposleni zaradi čustvenega, vedenjskega in mišljenjskega stresnega odziva, ki se kopiči brez ustrezne predelave, pregorijo. Značilno je, da svoje stanje zaposleni prepoznajo prepozno. Prav zato je pri skrbstvenih poklicih izrednega pomena supervizija, saj lahko z redno in ustrezno uporabo le-te prej prepoznamo težave zaposlenih ter potem ukrepamo (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006b; Cerkovnik, Bregar, 2010; Filipovič, 2011). Pri dejavnikih tveganja za pojav anksioznosti se, če naše rezultate primerjamo z ugotovitvami drugih avtorjev (Ardekani et al., 2008; Melo et al., 2010; Noorryan et al., 2012) pokaže kar nekaj razlik. Poleg intenzivnih oddelkov pa kot dejavnik, ki vpliva na pojavnost znakov anksioznosti, tuji avtorji navajajo tudi izmensko delo. Od 1195 medicinskih sester v Iranu, ki opravljajo izmensko delo, skoraj polovica zaposlenih navaja telesne znake anksioznosti, kot najpogostejše težave, ki se pojavljajo zaradi izmenskega dela (Ardekani et al., 2008). V naši raziskavi tega ne moremo potrditi. Tudi delovna doba in spol se v naši raziskavi nista izkazala kot dejavnika tveganja za pojav znakov anksioznosti. Naši rezultati se glede vpliva spola ujemajo z rezultati Boya in sodelavcev (2008) in rezultati Atindanbile, Abasimija ter Anime (2012), ki prav tako ugotavljajo, da spol ne vpliva na pojavnost znakov anksioznosti. Nasprotno od tega pa Ardekani in sodelavci (2008) ugotavljajo, da so med ženskami v večji meri prisotni znaki anksioznosti, kot med moškimi, anksioznost pa se je najbolj izražala s telesnimi znaki. Naši rezultati so pokazali razlike pri telesnih znakih, ki se v malo večji meri pojavljajo pri ženskah, vendar statistično pomembnih razlik nismo ugotovili. Pri študentih na drugi strani ugotavljamo statistično pomembne razlike pri anksioznih občutjih, vendar pa ne pri anksioznosti na splošno. To se ujema z rezultati Rajesh Kumar (2011), saj med spoloma študentov zdravstvene nege ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik.

Zaradi povečane in moteče anksioznosti, ki preraste v anksiozne motnje trpi letno blizu 20 % ljudi, zaradi česar avtorji anksiozne motnje opredeljujejo kot bolezen današnjega časa ter javnozdravstveni problem. Podobno je s kajenjem, saj je uporaba tobaka

dosegla razsežnost globalne epidemije, zaradi katere vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi. Vsako leto zaradi bolezni, povezanih s kajenjem, umre 650.000 prebivalcev Evropske unije, od tega jih v Sloveniji vsako leto umre nekaj manj kot 3.000. Kajenje in odvisnost od nikotina so dokazano povezane s pojavnostjo anksioznosti in povečanim tveganjem za nastanek moteče anksioznosti, ki prerašča v motnjo. Vendar pa mehanizmi delovanja še niso popolnoma jasni. Delež kadilcev je veliko večji pri populaciji, ki trpi za anksioznostjo kot pri zdravi populaciji, kar potrjuje tudi visoka povezanost kajenja z anksioznostjo (Elliott, Smith, 2010; Koprivnikar, 2012; Jamal et al., 2012; Moylan et al., 2013). Raziskovalci ugotavljajo, da je zgodnji začetek kajenja tesno povezan z zgodnjim pojavom anksioznosti. Največ ljudi začne kaditi v najstniških letih. Večina mladih kadilcev ve, da je kajenje škodljivo, vendar jih to ne ustavi pri razmišljanju, da bi prenehali s kajenjem ali pa sploh ne pričeli kaditi. Raziskovalci (Česar, Topolovec, 2009; Jamal et al., 2012) ugotavljajo tudi, da imajo kadilci hujše znake anksioznosti, kot nekadilci ter da je stopnja izboljšanja znakov anksioznosti pri kadilcih počasnejša. Tudi v naši raziskavi lahko potrdimo razlike v pojavnosti znakov anksioznosti glede na kajenje anketirancev. Ugotovili smo, da se razlike med anketiranimi zaposlenimi, ki kadijo občasno in redno, ter med nekadilci pojavljajo pri anksioznih občutjih in telesnih znakih (tisti, ki kadijo redno, so v statistično pomembni razliki bolj dovzetni za anksiozna občutja in navajajo več telesnih znakov, kot zaposleni, ki kadijo občasno; prav tako pa so tudi bolj dovzetni za anksiozna občutja kot zaposleni, ki ne kadijo). Med študenti nismo ugotovili statistično pomembnih razlik.

Anketirancem smo v naši raziskavi zastavili tudi vprašanje o vplivu ekonomskega statusa in samoocene zdravja na znake anksioznosti. Tisti anketiranci, ki svoj ekonomski položaj in zdravje ocenjujejo kot slabše, bolj občutijo znake anksioznosti. Hjørleifsdottir Steiner (2007) je skupaj s sodelavci prišel do podobnih ugotovitev. Raziskavo so izvedli na Švedskem (pri drugi populaciji) in ugotovili, da nižji ekonomski status lahko vpliva na pojavnost anksioznosti. Avtorica Brown (2012) je prav tako dokazala, da so državljani ZDA glede na stopnjo ekonomskega statusa bolj dovzetni za anksioznost, ki pa se lahko ob nižanju ekonomskega statusa razrašča tudi v anksiozne motnje in depresijo.

Omejitve raziskave

Menimo, da je bil odziv na raziskavo dober, vendar pa obstaja možnost, da anketiranci niso zbrano odgovarjali na zastavljena vprašanja, saj smo anketni vprašalnik razdelili med delovnim časom ter med predavanji. Obstaja torej možnost, da anketiranci niso bili osredotočeni le na anketni vprašalnik, zato bi priporočali, da se naslednjič anketiranje izvaja v času, ki je namenjen anketam – to velja predvsem za študente FZJ. Med zaposlene naj se anketne vprašalnike razdeli na timskih sestankih, pred tem pa se jim še dodatno pojasni, zakaj je pomembno, da odgovarjajo zbrano ter z mislimi, usmerjenimi zgolj v anketni vprašalnik.

4 ZAKLJUČEK

Najbolj kritični poklici, pri katerih obstaja nevarnost za pogostejšo pojavnost anksioznosti, so poklici, ki zahtevajo veliko čustvenega in negovalnega dela, kar so prav gotovo poklici zdravstvenih delavcev. Različne študije so pokazale, da se pojavnost anksioznosti začne v mladosti, predvsem v obdobju posameznikovega študentskega življenja vsakega posameznika (Chen et al., 2005; Ardekani et al., 2008; Chernomas, Shapiro, 2013). Z našo raziskavo smo ugotovili, da se v največji meri zaposleni in študenti srečujejo z mejno anksioznostjo, med najpogostejšimi znaki pa navajajo utrujenost in izčrpanost. Bistvenega pomena pri anksioznosti je njeno prepoznavanje ter odkrivanje stresorjev, ki povzročajo anksioznost, kar onemogoča, da bi anksioznost prerasla v motnjo. (Epstein, Burns, Acree Conlon, 2010). Ravno zato bi vam rad predstavil tudi svojo izkušnjo glede prepoznavanja anksioznosti. Pri svojem strokovnem delu v službi ter tudi kot študent se nemalokrat srečujem s situacijami, ki so pogosto težke in nepredvidljive ter poleg znanja in izkušenj zahtevajo tudi veliko empatije. Gre za situacije, ki jih občutijo vsi študenti pred izpiti, saj so v veliki meri stresne. Kot zdravstveni tehnik sem v Psihiatrični bolnišnici Begunje dobil priložnost, da anksioznost ter njene znake spoznam skozi oči ljudi, ki jih intenzivnost znakov moti pri vsakdanjem življenju. Anksioznost sem kot aktiven udeleženec spoznaval na tritedenskem psihoedukativnem programu učenja stresnih, nevrotskih in čustvenih motenj, ki poteka v okviru edinega slovenskega oddelka za vedenjsko kognitivno terapijo v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Preko programa sem spoznal, da tudi pri meni stresne situacije povzročajo različne znake anksioznosti (npr. potenje, tresenje rok, napetost in utrujenost) in občutek teh znakov, ki pred psihoedukacijsko skupino ni imel imena, ga sedaj ima. Izkušnja, ki sem jo pridobil preko psihoedukacijskega programa ter z raziskovanjem v diplomskem delu, pa je pokazala, da je anksioznost, čeprav del normalnega odziva na stres pogosto neprepoznana. Poleg prepoznavanja anksioznih znakov so nas naučili tudi tehnik sproščanja, npr. tehniko dihanja s trebušno prepono in progresivno mišično relaksacijo. Predlagam, da se raziskave o anksioznosti opravijo tudi po drugih bolnišnicah v slovenskem prostoru, saj bomo le s podprtimi dokazi o obstoju anksioznosti, ki se pojavlja zaradi stresorjev povezanih z delom v zdravstveni

negi lahko kaj ukrenili v to smer – predvsem v smeri zgodnjega odkrivanja stresogenih dejavnikov, ki izzovejo anksioznosti.

Vsak posameznik bi se moral v tem hitrem in stresnem tempu življenja 21. stoletja, držati naslednje misli: *»V tednu sta dva dneva, za katera nikakor ne bi smeli biti zaskrbljeni. Prvi je včerajšnji, kateri ni več v naši moči. Drugi dan je jutrišnji, ki tudi ni pod našim neposrednim nadzorom, edino, kar je gotovo, je, da bo vzšlo in zašlo sonce. Edini dan, ki pa nam ostane, je današnji, v katerem pa imamo možnost ustvarjati in živeti«* (Fidler, 2012).

5 LITERATURA

Anderluh M. Pregled zdravilnih učinkovin za zdravljenje anksioznosti. *Farm vest.* 2010;61(2):73–7.

Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci.* 2008;11(12):1605–9.

Atindanbila S, Abasimi E, Anim M. A Study of Work Related Depression, Anxiety and Stress of Nurses at Pantang Hospital in Ghana. *Research on Humanities and Social Sciences.* 2012;2(9):1–8.

Brown A. With Poverty Comes Depression, More Than Other Illnesses; 2012. Dostopno na: <http://www.gallup.com/poll/158417/poverty-comes-depression-illness.aspx> (11. 8. 2014).

Boya FO, Demiral Y, Ergor A, Akvard Y, Whitte HD. Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial Health.* 2008;4(1):613–9.

Bourne EJ. *The anxiety and phobia workbook.* Oakland: New Harbinger publications; 1995:65–76.

Burns DD. *Kako smo lahko srečni in zadovoljni.* Ljubljana: Založba Mladinska knjiga; 2002:43–5.

Chen SC, Hwu HG, Williams RA. Psychiatric nurse's anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Arch Psychiatry Nurs.* 2005;19(3):141–9.

Chernomas WM, Shapiro C. Stress, depression and anxiety among undergraduate nursing students. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2013;10(1):255–66.

Cerkovnik MH, Bregar B. Supervizija – zaščita pred izgorevanjem na delovnem mestu. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:66–72.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 49.

Česar I, Topolovec E. Mladi in tobak. Maribor: Slovenska zveza za tobačno kontrolo RS; 2009:7–9.

Čuk V, Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Obzor Zdr N. 2010;44(3):179–87.

Dolenc P, Pišot R, Šimunič B. Stopnja anksioznosti in različne strategije spoprijemanja s stresom pri vojakih Slovenske vojske. Zdrav Var. 2009;48(3):114–21.

Dernovšek Z, Tavčar R, Orel A, Muhič M, Pečnik S. Prepoznavanje in premagovanje anksioznosti. Duševne motnje moderne dobe – teden možganov: delavnica, Ljubljana 13.–19. marec 2006. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2006a: 1–6.

Dostopno na: <http://www.sinapsa.org/tm/media/priponke/a64-Prepoznavanje%20in%20premagovanje%20anksioznosti.pdf> (29. 4. 2014).

Dernovšek Z, Gorenc M, Jeriček H. Ko te stresa stres: Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2006b:36–41.

Dernovšek Z. Anksiozne motnje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009:235–45.

Dernovšek Z. Anksiozne motnje. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherel S, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2013:228-34.

Elliott C, Smith L. Premagovanje anksioznosti za telebane. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami; 2010:9–20.

Epstein PM, Burns C, Acree Conlon H. Substance abuse among registered nurses. AAOHN Journal. 2010;58(12):513–6.

Fidler L. Doživljanje stresa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zdravstvenem domu in v bolnišnici: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012:2–17.

Filipovič Z. Stres pri zaposlenih v zdravstveni negi ob nezaželenih dogodkih pri pacientih z duševnimi motnjami: [diplomsko delo]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice; 2011:13–15.

Fiala P. Strah ali anksioznost: Kadar duša zboli in zaboli. In: Miklavčič M, Jurčević A, eds. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto: Tiskovina; 2011:14–5.

Gao YQ, Pan BO, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Anxiety symptoms among Chinese nurses and associated factors: a cross sectional study. BMC Psychiatry. 2012;41(12):1–9.

Goranski S. Stres pri delu medicinskih sester v UKC Maribor: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta; 2011:20–30.

Gomboc N. Vpliv stresa na delovnem mestu – vzroki stresa na delovnem mestu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v enotah za intenzivno terapijo kirurških in

internističnih strok: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2010:11–15.

Hribar M. Razmejitev anksioznosti (tesnobe) od nekaterih sorodnih fenomenov: znanstveni teoretsko pregledni prispevek – psihološka obzorja. Maribor: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2007:76–88.

Hjorleifsdottir Steiner K, Johannsson SE, Sundquist J, Wandell PE. Self-Report Anxiety, Sleeping Problems and Pain Among Turkish-Born Immigrants in Sweden. *Ethnicity and Health*. 2007;12(4):363–79.

Jamal M, Willem Van der Does AJ, Cuijpers P, Penninx BW. Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2012;126(1–2):138–46.

Jerman J. Stres pri strokovnih delavcih v vzgojno-izobraževalnih in prevzgojnih zavodih. *Socialna pedagogika*. 2005;9(4):469–98.

Kamin T, Jeriček Klanšček H, Bajt M, Roškar S, Dernovšek M. Duševno zdravje prebivalcev Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009:112–20.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.

Kržišnik K, Čuk V. Obremenitev in izgorevanje zdravstveno-negovalnega osebja v psihiatriji. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo*, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:30–47.

Kovač Vouk L. Tehnike sproščanja. In: Žmitek A, ed. Psihosocialni ukrepi za vsakdanjo rabo: Zbornik predavanj, Begunje 18. in 19. november 2011. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2011:133-55.

Koprivnikar H. Trendi v kajenju tobaka. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V, Bajt M, eds. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012:165–82.

Kocmur M. Nevrotske, stresne in somatoforme motnje. In: Tomori M, Ziherel S, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999:224–58.

Lapanja A. Doživljanje in soočanje medicinske sestre s stresom na intenzivnem psihiatričnem oddelku. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:47–54.

Leahy RL. Anxiety free unravel your fears before they unravel you. Carlsbad CA: Hay House USA; 2009:14–6.

Melincavage SM. Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. Nurse Educ Today. 2011;31(8):785–9.

Melo K, Williams B, Ross C. The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety. Nurse Educ Today. 2010;30(8):773–8.

Miklavčič M. Strah ali anksioznost: Kje je meja med običajnim strahom in anksioznostjo In: Miklavčič M, Jurčević A, eds. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto: Tiskovina; 2011:3.

Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav.* 2013;3(3):302–26.

Nash-Wright J. Dealing with anxiety disorders in the workplace: importance of early intervention when anxiety leads to absence from work. *Prof Case Manag.* 2011;16(2):55–9.

Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M. Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *IJGM.* 2012;55(10):5–10.

Povoden M. Testna anksioznost in samospoštovanje pri dijakih: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2005:13–15.

Rajesh Kumar N. Stress and Coping Strategies among Nursing Students. *Nursing and Midwifery Reserch Journal.* 2011;7(4):141–151.

Rebolj K. Strah ali anksioznost: Zdravljenje bolnika z anksioznimi motnjami. In: Miklavčič M, Jurčević A, eds. *V skrbi za vaše zdravje.* Novo mesto: Tiskovina; 2011: 11.

Sandock B, Sandock V. Kaplan & Sandock s comprehensive textbook of psychiatry 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:1718.

Sandock B, Sandock V. Kaplan & Sandock s synopsis of psyhiatry 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1277.

Selič P. Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Bregar B, Novak Peterka J, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu.* Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana 12. november 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza

strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010:7–18.

Szpak JL, Kameg KM. Simulation decreases nursing student anxiety prior to communication with mentally ill patients. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013; 9(1):13–9.

Stuart G. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2013:610–2.

Veber Habjan B. Anksioznost. Panika: širimo psihološka obzorja. 2005:10(1):61–2.

Zalar B. Celostni vidik anksioznosti. *Farm Vestn*. 2010:61(2):63–5.

Skrb za duševno zdravje. Zavod za zdravstveno varstvo Novo Mesto; 2014. Dostopno na: <http://www.zzv-nm.si/default.cfm?Jezik=si&Kat=050601&Bes=104> (10. 7. 2014).

Viri

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Interno gradivo. 2014.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA O PROUČEVANJU ANKSIOZNOSTI PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

Spoštovani!

Sem Urban Bole, absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pred vami je strukturiran standardiziranega anketni vprašalnika Burnsovega kontrolnega seznama anksioznosti (pov. po Burns, 2002). Prav tako anketni vprašalnik vključuje demografske podatke ter likertovo lestvico stališč. Vprašalni je del mojega diplomskega dela z naslovom »Proučevanje anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi« ki jo pripravljam pod mentorstvom mag. Branka Bregarja. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo odgovori ter rezultati pripomogli k ugotovitvi »pogostosti znakov anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi. Zagotavljam Vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem.

Urban Bole

Absolvent Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice

ANKETNI VPRAŠALNIK

Navodilo za izpolnjevanje: Vprašanja v anketi so zaprtega tipa in na njih odgovarjate tako, da obkrožite črko pred odgovorom oz. označite odgovor s križcem (x).

1. Spol:

- a) Ženska
- b) Moški

2. Delovna doba:

Dopišite _____

3. Izobrazba:

- a) Srednja
- b) Višja
- c) Visoka

4. Kako bi opisali okolje v katerem živite?

- a) Mesto
- b) Primestno okolje
- c) Vas

5. Delo na intenzivnih oddelkih (več, kot 50% delovnega časa):

- a) Da
- b) Ne

6. Nočno delo (več kot 5 dni v mesecu)?

- a) Da
- b) Da (več kot 7 dni)
- c) Ne

7. Kako pogosto občutite tesnobo, ki je povezana z vašim delom v zdravstveni negi?

- a) Nikoli
- b) Redko
- c) Občasno
- d) pogosto
- e) zelo pogosto

8. Ali kadite?

- a) Ne kadim
- b) Kadim občasno
- c) Kadim redno

9. Pred vami je Burnsov kontrolni seznam anksioznosti. Pozorno preberite vsak opis na seznamu. Pri vsakem znaku, označite z križcem v prazen prostor ter se opredelite glede na stopnjo občutij ob misli na probleme, težke situacije, ki pa so povezane z vašim delom, pri čemer pomeni 0 – sploh ne občutim, 1 – malo občutim, 2 – zmerno občutim, 3 – zelo občutim.

ANKSIOZNA OBČUTJA	Sploh ne 0	Malo 1	Zmerno 2	Zelo 3
Tesnoba, živčnost, zaskrbljenost ali bojazen				
Občutek, da so stvari okoli Vas nenavadne, neresnične				
Občutek, da ste oddvojeni od celotnega telesa ali dela telesa				
Nenadni in nepričakovani napadi panike				
Zle slutnje (občutek, da se mi bo nekaj groznega naredilo)				
Počutite se napeti, pod stresom, pod hudim pritiskom ali na koncu z živci				

ANKSIOZNE MISLI	Sploh ne 0	Malo 1	Zmerno 2	Zelo 3
Težave z zbranostjo				
Drveče misli, beganje misli				
Strah, dnevno sanjarjenje				
Občutek, da izgublјate nadzor nad sabo				
Bojazen, da bi se zlomili				
Bojite se, da boste omedleli ali izgubili zavest				
Bojite se, da boste telesno zboleli, doživeli infarkt ali umrli				

ANKSIOZNE MISLI	Sploh ne 0	Malo 1	Zmerno 2	Zelo 3
Skrbi vas , da bo vaše vedenje v očeh drugih bedasto ali neprimerno				
Bojite se, da boste sami, izločeni ali zapuščeni				
Bojite se kritiziranja				
Strah, da se bo zgodilo nekaj hudega				

TELESNI ZNAKI	Sploh ne 0	Malo 1	Zmerno 2	Veliko 3
Nereden ali hiter srčni utrip ali razbijanje srca				
Bolečina, stiskanje ali napetost v prsnem košu				
Mravljinca ali odreveneli prsti na rokah in nogah				
Stiskanje ali neprijeten občutek v želodcu				
Zaprta ali driska				
Nemirnost ali pretirano odzivanje na dražljaje				
Toge, napete mišice				
Potenje				
Cmok v grlu				
Drhtenje ali tresenje				
Mehka kolena				
Omotica, vrtoglavica, izguba ravnotežja				
Oteženo dihanje, občutek dušenja ali davljenja				
Glavoboli, bolečine v tilniku ali hrbtu				
Vročinski valovi				
Utrujenost, izčrpanost				

9. V spodnji tabeli so navedene trditve. Za vsako trditev, ki jo označite z križcem v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo strinjanja od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1- zelo slabo , 2 – slabo, 3- srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

TRDITVE	1	2	3	4	5
Kako zaznavate svoj ekonomski položaj?					
Kako ocenjujete vašo fizično pripravljenost?					
Kako ocenjujete svoje zdravje?					