

Utjecaj neuroza i agravacije na izbivanje s posla u fizičkih radnica

Lalić, Hrvoje

Doctoral thesis / Disertacija

1996

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:188:291704>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

HRVOJE LALIĆ

**UTJECAJ NEUROZA I AGRAVACIJE NA IZBIVANJE
S POSLA U FIZIČKIH RADNICA**

DOKTORSKA TEZA

SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA
RIJ E K A



930024911

Rijeka, 1996.

UDK 616.891:616-058

Rad je izrađen na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, na Katedri za socijalnu medicinu i zdravstvenu ekologiju i u Domu zdravlja Rijeka, kao fakultetskoj nastavnoj bazi.

MENTOR RADA: **prof.dr.sc. MIHOVIL VUKELIĆ**

Medicinski fakultet u Rijeci, Braće Branchetta 20

Rad ima 204 stranica, 60 grafikona i 30 tablica

Zahvaljujem se prof.dr.sc. Mihovilu Vukeliću na stručnoj pomoći, podršci i razumijevanju pri izradi ove doktorske teze.

SAŽETAK

Ovim radom želi se prikazati kako neuroze i agravacije kod zaposlenih fizičkih djelatnica utječu na izbivanje s posla.

Ispitivanjem je obuhvaćeno 516 zaposlenih uslužnih djelatnica metodom prikupljanja i obrade odgovora na opsežnom anketnom listu. Nakon izvršene analize i obrade odgovora, statističkom metodom hi kvadrat testa analizirani su i obrazloženi rezultati.

Analizirana je pojava sljedećih osjećaja stupnjevanih od 1 do 5 prema intenzitetu jakosti: straha, tjeskobe, žalosti, ljutnje, krivnje, nezadovoljstva, šutljivosti s povlačenjem, ugroženosti, razdražljivosti i uznemirenosti. Oni čine, pojedinačno ili češće udruženi zajedno, simptome pojedinih neuroza.

Usporedbom svakog od spomenutih osjećaja s brojem puta izostanaka s posla i posebno prema ukupnom trajanju bolovanja u mnogih se pokazala hipoteza točnom, tj. da su obilježja zavisna. Dobiveni rezultati pokazali su da strah, žalost, ljutnja, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na broj puta izostanaka s posla, dok strah, tjeskoba, žalost, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na ukupno trajanje bolovanja. Također, detaljno je analiziran odnos 10 čimbenika nemotiviranosti za posao prema ukupnom trajanju bolovanja (slabe plaće, slabe zaštite na radu, smjenskog rada, nestalnog radnog mjesta, udaljenih lokaliteta rada, teškog posla, izloženosti vremenskim nepogodama, nemogućnosti napredovanja, fizičkom i psihičkom iscrpljivanju radom, te nerješavanju životnih problema radom). Statističku signifikantnost, tj. međusobnu zavisnost ispitivanih obilježja pokazali su smjenski rad, nestalno radno mjesto,

udaljeni lokaliteti rada, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, fizičko i psihičko iscrpljivanje radom i nerješavanje životnih problema radom.

Čimbenici nemotiviranosti za posao, osim što neposredno utječu na ukupno trajanje bolovanja, svojim dugotrajnim djelovanjem utječu i na pojavu negativnih emocionalnih osjećaja, odnosno svih vrsta neuroza, čak i konverzivne neuroze za koju se smatralo da se ne nalazi kod ovakve populacije.

Posebno treba napomenuti njihov utjecaj na razvoj sklonosti kod djelatnica k agravaciji, gdje je produbljivanjem neurotske simptomatologije, samim srljanjem pacijentica svjesno u bolest došlo do razvoja i psihotičkih pomaka, tako da su one postale predmetom rješavanja invalidskih komisija i na kraju su umirovljene. Dobivanjem mirovine njihova simptomatologija naglo nestaje.

Detaljnou analizom i raščlanjivanjem deset negativnih emocionalnih osjećaja, odnosno neuroza kod zaposlenih uslužnih djelatnica, nađeno je da se mahom radi o "površinskim" neurozama, jednostavnim neurozama, često i "prozirnih" karakteristika, koje je jednostavno liječiti uklanjanjem vanjskih uzroka, čija simptomatologija kao bolesnog stanja brzo nestaje. Zato, za promjenu utjecaja neuroza i agravacija na izbivanje s posla, bilo bi potrebno izmijeniti uvjete života i olakšati radne uvjete za žene zaposlene s punim radnim vremenom.

Tu mnogo može pridonijeti izabrani doktor medicine, djelujući po konceptu primarne zdravstvene zaštite, kao pokretač promjena u cijeloj zajednici, provodeći tri osnovna principa rada (dentološki, didaktički i socijalno-medicinski) u cilju uklanjanja čimbenika nemotiviranosti i svih ostalih štetnih čimbenika koji djelatnice tjeraju u bolest.

SUMMARY. The intention of this thesis is to show how neuroses and aggravations present at employed physical female workers influence the absence from work. By the examination 516 female workers employed in services of different kind have been included and elaborated by the method of gathering and studying the answers to the large questionnaire. After a laborated received answers and performed analysis by the method of hi kv. test the results themselves have been analysed and explained. The following emotional conditions have been analysed and graduated from 1 do 5 according to their intensity: fear, anxiety, sadness, anger, feeling of guiltiness, unsatisfaction, withdrawal, threateness, irritability and uneasiness. All of them, each by itself or connected with other symptoms, what is more often the case make the symptoms of different kinds of neuroses. By the comparison of each of mentioned emotions with the number of absences of work and specially considering the total duration of sick leave in the most of cases hypothesis has been justified. Received results show that the fear, sadness, angryness, unsatisfaction, withdrawal, irritability and anxiety influence frequency of sick leave while fear, anxiety, sadness, unsatisfaction, withdrawal, irritability and uneasiness influence the total duration of sick leave.

Ten factors of the lack of motivation for work towards the total duration of sick leave have been also analysed in details: low vages, bad work protection, shift work, non-stable working duties, working locations far from the place of living work in open at any weather conditions, lack of possibility of advancement in work, physical and psychical exhaustion and impossibility to solve vital problems by work. Statistically significancy and mutual influence have been shown by shift work, non-stable working duties, working locations far from the place of living, work in open at any weather condition, physical

and psychical exhaustion by work and impossibility to solve vital living problems by work. The factors of lack for motivation for work do not only directly influence the duration of sick leave, but also with their long duration influence the apparition of the emotional conditions or better all kinds of neuroses including even conversive neurosis for which it was thought that is not present in these population. It is very important to underline the influence of these factors on the development of agravation at these female workers. Where the patients conscienscly or semi-conscienscly proceed in illness causing that the neurotic symptomatology become deeper and deeper and the psychotic conditions develop and agravated, so that many of them have become the object of egzamination by the invalid medical comision and at the end have got invalid pension. Once received the pension their symmptomatology suddenly dissapear. By the detailed analysis of ten negative emotional conditions and neuroses at the female workers employed in services of different kind (mostly cleaners, assistents in kitchem and so on) has been found that in the most of cases it is the problem of surface neuroses, simple neuroses often even by "transparent" characteristics which can be easily curad by removing the outside causes when the symptomatology of sick conditions quickly dissapears. Because of that, in order to change the influence of neuroses and agravation on the absence from work should be necessary to change the condition of life and better the work conditions for women employed with full work time. In this case the chosen medical practitioner can contribut acting by the concept of primary medical protection as well as promotor of changings in the whole community respecting three main principles of work: (deontological, didactical and socio-medical) in order to remove

the factors of the lack of motivation for work and all others harmful factors which are driving the female workers into illness.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Ocjena radne sposobnosti	2
1.2. Primjena ocjene radne sposobnosti.....	5
1.3. Ocjena radne sposobnosti kod žena.....	6
1.4. Ocjenjivanje radne sposobnosti neurotika.....	9
1.5. Ocjena radne sposobnosti kod depresije.....	12
1.6. Medicinska i profesionalana rehabilitacija radnika.....	14
1.7. Medicinska i profesionalana rehabilitacija kod neuroza.....	19
1.8. Medicinska rehabilitacija kod depresija.....	21
1.9. Uvjeti rada i radne sredine-ergonomijski aspekt radne sposobnosti.....	24
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	34
3. ISPITANICI I METODE	35
4. REZULTATI	49
5. RASPRAVA	66
6. ZAKLJUČAK	93
7. PRILOZI	98
7.1. Tablice i grafikoni	99
8. LITERATURA	191

U V O D

Liječnici opće medicine i specijalisti medicine rada susreću se u svojim ambulantama s velikim problemom porasta bolovanja.

Ni jednom liječniku sa završenom propisanom edukacijom i položenim stručnim ispitom, tj. osposobljenošću za samostalan rad, nije problem postaviti dijagnozu i sprovesti odgovarajuću terapiju. Veliki je broj dijagnostičkih pomagala za potvrđivanje dijagnoze, od biokemijskih laboratorija, suvremenih RTG aparata i CT uređaja, UZ-a, EKG-a, scintigrafa, endoskopa, a neki od njih istovremeno služe i u terapijske svrhe. Tako su gotovo svi, pa čak i oni najudaljeniji dijelovi ljudskog tijela dostupni pregledu. Često se događa da su svi dobiveni nalazi dobri, a pacijent i dalje govori da se osjeća bolesno. Većina takvih pacijenata je u vrijeme obavljanja pretraga na bolovanju.

Liječnik će pacijentu, nakon dobivenih urednih rezultata sprovedenih pretraga, zatvoriti bolovanje. To onda izaziva nezadovoljstvo i frustraciju pacijenta, on se i dalje osjeća bolesnim, neopravdano traži upućivanje drugim specijalistima, dok ne bude upućen i psihijatru, te dobije jednu od psihijatrijskih dijagnoza koje će se kasnije teško riješiti. Liječnik često nije u mogućnosti mijenjati lančani uzročno-posljedični niz koji je prouzročio pojavu simptoma u dotičnog pacijenta i doveo ga do bolovanja. Zato je potrebno da svaki liječnik, a naročito liječnik opće medicine, dobro poznaje temelje ocjene radne sposobnosti (141), jer on mora odgovorno procijeniti kolika je stvarna potreba za privremenim bolovanjem. Liječnik može dati takvo bolovanje, ne samo do 30 ili 42 dana kao ranije, već može, ako je to potrebno držati pacijenta na bolovanju do 6 mjeseci neprekidno, ponekad čak i do godinu dana, sve do upućivanja na invalidsku komisiju. Na liječniku je velika odgovornost, i nije potrebno posebno

isticati da pacijent na bolovanju predstavlja materijalni trošak prvo poduzeću, a zatim i zdravstvenom osiguranju.

1.1. Ocjena radne sposobnosti

Ocjena radne sposobnosti znači usklađivanje bioloških karakteristika organizma sa zahtjevima radnog mjesta i obratno, ovisno o tome da li se traži odgovarajuće radno mjesto za radnika ili se traži odgovarajući radnik za neko radno mjesto.

Ocjena radne sposobnosti složen je i vrlo odgovoran posao, stoga privlači sve veću pozornost društva i gotovo svih medicinskih grana. Biološke karakteristike organizma i zahtjevi radnog mjesta podložni su stalnim promjenama, pa jednom izvršena ocjena radne sposobnosti ne može biti statična i trajna.

Ocjena radne sposobnosti je zapravo zaključak koji se donosi iz prikupljenih podataka o djelatniku, njegovim biološkim karakteristikama (3,81), i radnom mjestu.

U tu svrhu prikupljaju se sljedeći podaci:

- o djelatniku i njegovu tjelesnom i mentalnom zdravstvenom stanju što se postiže detaljnim, sistematskim kliničkim pregledom s ciljem otkrivanja eventualnih akutnih ili kroničnih bolesti, a (134) sprovode se i psihološka testiranja prilagođena određenim grupama zanimanja;
- o funkcionalnim sposobnostima organizma, što uključuje ispitivanje kinetičkih funkcija zglobova, mišića i kostiju. To je naročito važno ispitati kod fizičkih radnika u industrijskoj proizvodnji (94) gdje postoje veliki zajednički zahtjevi, uključujući dizanje, savijanje tijela unatrag, stajanje, ovijanje, rad s rukama iznad glave jer to dovodi do

izvornog opterećenja kralježnice i razvoja sindroma bolnih leđa i križa sa čestim subakutnim tijekom bolesti.

Istraživanja su identificirala sljedeće rizične čimbenike udružene s bolnim sindromima: težak rad, loše i nespretno držanje tijela, ponavljano kretanje ruku, rad s uzdignutim rukama iznad glave i nedostatak odmora (152). Kako bi se eliminiralo rizične čimbenike, potrebno je sprovesti ergonomsku kontrolu. Nedostatak tjelesnih sposobnosti (47) je dodatni čimbenik etiologije muskulo-koštanih poremećaja kad se teret podiže ručno u industrijskim postrojenjima. Mnogi autori (45) preporučuju programe s materijalno-efektivnom koristi radi povećanja radnog kapaciteta i smanjivanja apsentizma u relaciji prema muskulo-koštanim ozljedama. Oni se prije svega temelje na tjelesnim vježbama. Za procjenu funkcionalnih kapaciteta koriste se klinički dinamometri i radni simulatori.

Također se ispituju metaboličke funkcije, izmjena tvari, respiratorni i kardiovaskularni sustav. Za kardiopulmonalnu procjenu aktivnosti (70) koristi se ergospirometar-kontinuirano registriranje respiracije u vrijeme rada ergometrom.

To omogućuje mjerenje metabolizma plina.

S druge strane, važno je uočiti eventualne mentalne poremećaje (116, 117, 148), pogotovo razvijene depresije s anksioznim obilježjima jer to sigurno uzrokuje pojavu apsentizma. Rano otkrivanje takvih bolesnika smanjit će broj izgubljenih radnih dana. Emocionalna tenzija (140) i nemotiviranost za posao dovode do raznih nivoa anksioznosti i do grešaka u radu.

Prikupljaju se i podaci o socijalno-ekonomskom stanju radnika, mjestu stanovanja, tj. udaljenosti od radnog mjesta, načinu dolaska na posao i prehrambenim navikama. Posebno treba izdvojiti podatke koji se prikupljaju o radnom mjestu, a uključuju:

- zadatke, poslove i način na koji se oni obavljaju,
- sirovine i materijale, poluproizvode i proizvode,
- mjesto rada (zatvoreni ili otvoreni prostor),
- osvjetljenost, buku, prašinu, kemijski štetne agense,
- položaje i aktivnosti tijela radnika pri radu i psihička opterećenja,
- indikacije i kontraindikacije za rad.

Zaključak, odnosno ocjena radne sposobnosti, mora dati odgovor na sljedeća pitanja:

1. Može li radnik raditi na radnom mjestu bez opasnosti za sigurnost ili zdravlje okoline, te za vlastito zdravlje i sigurnost?
2. Može li se od radnika očekivati prosječna radna sposobnost, odnosno da njegov rad neće remetiti proizvodni proces?
3. Koliko dugo se može očekivati jednaka radna sposobnost bez opasnosti za oštećenje zdravlja, uz iste biološke karakteristike organizma i zahtjeve radnog mjesta?

Radna mjesta s visokom odgovornošću za sigurnost drugih (piloti, vozači autobusa, strojovođe, dizaličari) iziskuju najviši stupanj zahtjeva (109) radne sposobnosti pa je pri ocjenjivanju radne sposobnosti opravdano korištenje metode profesionalne selekcije, što znači odabiranje najsposobnijih iz skupine sposobnih. U svim ostalim slučajevima koristi se najčešće metoda profesionalne orijentacije.

Radno mjesto koje zahtijeva visok stupanj brzine reakcija, slušnih, vidnih ili drugih sposobnosti, koje prirodno slabe procesom starenja organizma (98), neće više biti prikladno za starije radnike. Slabljenjem psihofizioloških sposobnosti opada radnikova produktivnost i on sve teže postižu normu prilagođenu mlađim dobnim skupinama i gubi sigurnost u radu na radnim mjestima s velikom izloženošću ozljedama s padom produktivne sposobnosti, radnik sve teže dostiže normu, te mu prihvodi ili stagniraju ili opadaju, što izaziva slabljenje motivacije za

rad, dok motivacija za odlazak u invalidsku mirovinu raste. Sve češće se pojavljuje bijeg u bolest zbog nemogućnosti rješavanja nastalog konflikta između radnikove sposobnosti za rad i zahtjeva radnog mjesta. Rano povlačenje u mirovinu (64) prati znatno smanjenje prihoda, gubitak samoštovanja i razvijanje negativnog odnosa s partnerom.

1.2. Primjena ocjene radne sposobnosti

Ocjenjivanje radne sposobnosti provodi se više puta tijekom radnog staža radnika, zapravo ona mora biti uključena u svaki preventivni pregled u medicini rada.

Ocjenjivanje počinje prije radnikova zapošljavanja, tj. nakon završetka obveznog (137), a prije početka stručnog školovanja. Po ZORO se više ne vrši liječnički pregled prije stupanja na rad.

Rad (19) mora biti prilagođen psihofizičkom stanju radnika.

Učeniku ili studentu, njegovim roditeljima ili skrbnicima, potrebno je objasniti eventualni zdravstveni nedostatak, stupanj nesposobnosti i terapijske mogućnosti. Insuficijenciju psihofizioloških sposobnosti važno je kod adolescenata uočiti na vrijeme, kako bi ih se zaštitilo od štetnih agensa na poslu. S druge strane, uočavanje posebnih psihofizioloških sposobnosti značajno je radi usmjeravanja adolescenata (89,108) u posebna zanimanja, naročito u suvremenim industrijskim granama, gdje je potrebna inventivnost u sprovođenju tehnoloških inovacija.

Ispitivanje školske djece (100) pokazalo je da znatnije povećanje tjelesne težine-pretilost dovodi do signifikantnog smanjenja funkcionalnih sposobnosti za vršenje propisanih zadataka. Zato je

potrebno istaknuti veliki značaj zdravstvenog i tjelesnog odgoja čemu je potrebno pridati posebnu pažnju već u osnovnoj školi. Na uspješno obavljanje vježbi kasnije se nadovezuje dobro savladavanje ergonomske programe za poboljšanje radne sigurnosti i izvođenja samog rada.

Kad god dođe do promjene, bilo bioloških karakteristika radnika ili zahtjeva radnog mjesta, treba izvršiti evaluaciju prijašnje ocjene radne sposobnosti i utvrditi da li novonastali uvjeti odgovaraju radniku ili je poremećena uskladenost bioloških karakteristika i zahtjeva radnog mjesta.

U ocjeni radne sposobnosti u postupku ocjene invalidnosti, razlikuju se dvije osnovne faze:

1. Ocjena stupnja radne nesposobnosti za radno mjesto na kojem radnik radi ili za bilo koje druge poslove.
2. Ocjena radne sposobnosti za drugo radno mjesto-profesionalna orijentacija.

1.3 Ocjena radne sposobnosti žena

U suvremenom društvu sve je veći broj žena zaposleno i sve je šire područje djelatnosti u kojima se one zapošljavaju.

Nema još konačnog ni jedinstvenog rješenja u tome kako da žena usporedo koristi svoju biološku osobinu da rađa i podiže djecu, i istovremeno radi i povećava svoju tjelesnu i psihičku sposobnost na radnom jestu. Mnogo je tvornica podignuto u vrijeme kad je radnik bio samo privjesak stroju, pa su mnoge i izgrađene samo za mušku radnu snagu. Strojevi i druge sprave proračunate su prema tjelesnoj snazi, visini i težini prosječnog muškarca. Takvi strojevi nisu prilagođeni

radnicima koji su bili ili postali, uslijed bolesti ili starosti, manje spretni i sporiji u radu, radnicima koji češće poboljšavaju, koji ne mogu obavljati sve poslove, kao i onima s umanjenom radnom sposobnošću: ženama, mladim radnicima, starim radnicima, invalidima i kroničnim bolesnicima.

Bez žena u industriji i privredi moralo bi se gotovo polovinu tvornica zatvoriti. Žene se zapošljavaju, jer im to jedino jamči materijalnu nezavisnost i ravnopravnosti u društvu i u obitelji.

Ipak, ženski organizam je, s obzirom na njegovu specifičnu funkciju, osjetljiviji od muškog. Žena (150) prolazi kroz tri reproduktivna sindroma-predmenstrualni sindrom, postnatalnu depresiju i menopauzalni sindrom. U trudnoći (112) je otežano izvođenje svih fizičkih aktivnosti. Zato kad se radi o fizičkim radnicama, nadležni liječnik neće pogriješiti ako odmah nakon dijagnosticiranja trudnoće, uz nalaz ginekologa i osobni zahtjev radnica, otvori bolovanje koje će, uz kontrolu, trajati sve do porodnog dopusta.

Isto tako, važno je pratiti i zaštititi žene (91) u doba laktacije i to bez obzira na socijalni status, naročito u vrijeme vulnerabilnog neonatalnog perioda-od poroda do 40. dana, ranog perioda (6.-12. tjedna).

Ispitivanja su pokazala da su žene zbog svojih specifičnih bioloških karakteristika i svoje reproduktivne i majčinske obveze ipak vulnerabilnije i podložnije djelovanju stresnih čimbenika negoli su to muškarci, a što se često manifestira pojavom svih oblika neuroza i depresija, raznih intenziteta.

Žene su (39) u odnosu prema muškarcima, znatno prisutnije među subjektima s depresivnim sindromima dužim trajanjem, većim brojem simptoma i s čestim recidivima.

U žena dijagnozu depresije češće prate smetnje apetita i fobije, nego kod muškaraca.

Kod asocijalnih poremećaja osobnosti (65, 155), kao što je prekomjerno uživanje alkohola, pokazalo se kod žena da je među njihovim očevima bio veći udio uživalaca alkohola nego kod muškaraca.

Još uvijek u nekim obiteljima žene imaju podređenu ulogu. U takvim obiteljima suprug je često i alkoholičar, maltretira ženu (115), zlostavlja na razne načine, bilo fizički, bilo psihički.

Također, žene (113) su osjetljivije na promjenu sredine. Česte su velike migracije iz sela u grad, iz jednog kraja zemlje u drugi, zbog traženja zaposlenja. Takav stres će kod žena češće izazvati pojavu depresivnog sindroma nego kod muškaraca.

Samoubojstvo majke i čedomorstvo (135) su ekstremni tipovi psihološkog i socijalnog oboljenja udruženog s "postpartum" depresijom. U svrhu prevencije zlostavljanja djece, važno je rano identificirati maternalnu depresiju kao strategiju, pa djelatnici primarne zdravstvene zaštite imaju važnu ulogu.

Za vrijeme paramenstrualne faze (146) menstrualnog ciklusa (4-5 dana prije i za vrijeme menstruacije) biološki gledano u kasnoj luteinskoj fazi-javljaju se efekti koji su dovoljni za podsticanje egzacerbacije psihijatrijskih poremećaja u vulnerabilnih pacijentica, nezavisno od njihovih dijagnoza koje su eventualno poznate već otprije. Treba posebno zaštititi ženu od noćnog rada. Fiziološki ritam odvijanja funkcija organizma je konstantan, pa već rad u smjenama traži od organizma dodatne napore, kako bi se mogao prilagoditi promjenama u načinu života.

Rad u noćnim smjenama vrlo je nepovoljan za žene, naročito za majke jer njihova djeca najčešće ostaju nedovoljno zbrinuta.

Ženski organizam je i konstitucijski slabiji od muškog.

Posebno treba napomenuti da, sve do završetka procesa rasteñja i okoštavanja, naporan rad i nošenje težeg tereta mogu izazvati deformaciju kostiju kičmenog stupa, donjih ekstremiteta i, što je još važnije deformaciju zdjelice, pomicanje promontorijuma prema naprijed i smanjenje anterioposteriornog dijametra, što može izazvati poteškoće pri porodu.

Organizam žene je naročito osjetljiv na industrijske otrove, koji prvenstveno remete njene generativne funkcije. Organska otapala su posebno opasna. Takve supstancije pojačavaju menstrualne smetnje, smetnje u graviditetu i anemiju. Dugotrajna menstrualna krvarenja izazvana ovim otrovima mogu dovesti do težih anemija i opće astenizacije organizma žene, što se može odraziti na opće pobolijevanje, radnu sposobnost i izostajanje s posla. Neki otrovi (npr. živa, olova, arsen, fosfor, trinitrotoluol) pronađeni su i u majčinom mlijeku kad je žena s njima bila u doticaju. Zato je važno odabrati adekvatno zanimanje, a liječnik mora biti na oprezu pri periodičnim medicinskim pregledima.

Žene mogu biti ugrožene na svim poslovima ako medicinsko osoblje ne vodi dovoljno računa o njihovom zdravlju i ako započne svoje djelovanje tek kada se simptomi bolesti pojave.

1.4. Ocjenjivanje radne sposobnosti psihoneurotičara

Neuroza odnosno psihoneuroza (74) je funkcionalni poremećaj kojemu nije pronađen organski uzrok, a očituje se neadekvatnim ponašanjem, u odnosu na neki vanjski ili unutarnji stres. Radi se o psihogenom poremećaju ponašanja koji se očituje poteškoćama u komunikaciji s

okolinom, uz popratnu tjeskobu i manje ili više izražene vegetativne smetnje. Neuroze imaju golemo društveno značenje, jer uzrokuju poteškoće pojedincu, njegovoj obitelji i društvu. O neurozama je napisan nepregledan broj radova. Usprkos tome, one nisu dokraja razjašnjene. Granice neuroze, prema emocionalnim reakcijama zdrave osobe na stres, kao i prema psihozama, nisu sasvim jasne.

Kod žena su neuroze vrlo česte, i to u svim oblicima. Iako se često piše, kako u stranoj tako i u domaćoj literaturi, o radnoj sposobnosti osoba oboljelih od neuroze, još uvijek nema jasnog stava, ni kad se ocjenjuje privremena radna nesposobnost, ni invalidnost.

Još Kretschmer odbacuje principijelno dodjeljivanje rente psihoneurotičarima, izuzimajući samo slučajeve teških prisilnih neuroza i kroničnih "okamenjenih" hipohondrija, koje poprimaju značenje shizofrenih ekvivalenata. Odobravanje rente neurotičaru djeluje suprotno terapijskim nastojanjima. U svrhu ocjene radne sposobnosti, drugi njemački autori ističu potrebu tipološkog diferenciranja svake neuroze.

Čimbenici koje u proces ocjene radne sposobnosti (118) unosi liječnik jesu: liječnikov stav prema radu, prema neurozi, njegovo poznavanje psihodinamike i njegove karakterne crte, predodžbe o bolesnikovom radnom mjestu, motivacija za ocjenu radne sposobnosti, kao i njegov stav prema sekundarnoj dobiti bolesnika.

Čimbenici koje u proces ocjene radne sposobnosti unosi pacijent jesu: razvoj bolesnikove ličnosti, svladavanje frustracije tijekom razvoja ličnosti, mehanizmi obrane karakteristični za određenu ličnost, stav prema radu prije i sada, sekundarna dobit, njezin intenzitet i vrsta, trajanje smetnji, kapacitet očuvanja ličnosti, motivacija za promjenu stanja i za eventualnu terapiju. Temeljni je princip da se bolesnika što duže zadrži u radnom odnosu (106).

Posebno je važna suradnja s predstavnicima poduzeća u kojem pacijent radi (18), kao i rad s obitelji zbog stvaranja povoljnijih uvjeta koji će pripomoći poboljšanju bolesnikova zdravstvenog stanja.

Betlheim smatra da je bolovanje indicirano kod teških prisilnih neurotičara, pogotovo kroničnih, starijih, pa i raznih fobičara. Oni se svakako, brže umaraju zbog trajne napetosti, te im je od vremena do vremena potreban kraći ili duži odmor. Stari, "teški" fobičari ili prisilni neurotičari postaju, iako rijetko, trajno radno nesposobni, kao i oni s teškim hipohondrijskim kompleksom. Reaktivno depresivno stanje često iziskuje bolovanje, katkad i smještaj u bolnicu, zbog izdvajanja iz sredine u kojoj se zbio akutni konflikt, a i zbog eventualne opasnosti od suicida. Općenito je neurotičarima katkad potrebna promjena okoline.

40 do 50% bolesnika koji se liječe u ambulantama opće medicine, a osobito u neuropsihijatrijskim ambulantama, boluje od psihoneurotskih poremećaja. Oni česti izostaju s posla, što je uz ostala bolovanja, ozbiljan medicinski, socijalni i ekonomski problem. U posljednje se vrijeme sve više takvih bolesnika, nakon neuspješnog liječenja, šalje invalidskim komisijama radi ocjenjivanja njihove radne sposobnosti. Sve više tih bolesnika izostaje s posla ili odlazi u invalidsku mirovinu, iako je sigurno da gotovo svaki neurotičar može raditi do kraja svog radnog vijeka, uz uvjet da se stvore određeni medicinski, socijalni i profesionalni uvjeti.

1.5. Ocjena radne sposobnosti kod depresije

Depresivna stanja se dijele na organska, endogena i psihogena. To je razvrstavanje bitno zbog terapije, ali i prognoze same bolesti, da bi se na temelju toga mogla dati ocjena radne sposobnosti.

Organske depresije dijele se na:

- somatogene depresije (manije) npr. toksične, farmakogene ili infektivne,
- depresije i manije uzrokovane organskim bolestima (kontuzije mozga, vaskularne promjene).

Endogene depresije i manije dijele se na:

- involutivne depresije,
- monopolarne i bipolarnu ciklotimiju,
- shizofrenu,
- depresije kod reaktivnih distimija.

U psihogene depresije spadaju:

- neurotične depresije,
- depresije koje su rezultat iscrpljenosti,
- sekundarno vitalizirane depresivne reakcije,
- reaktivna depresija (depresivno doživljavana reakcija),
- depresije koje se temelje na konstitucionalno psihopatskoj osnovi ličnosti.

Najbolju prognozu, naravno, imaju psihogene depresije, jer se radna sposobnost najprije može uspostaviti uklanjanjem egzogenog uzroka koji je doveo do prolaznog stanja depresije.

Kod endogenih depresija, za razliku od psihogenih, ne postoji subjektivni doživljaj nekog teškog aktualnog ili dugotrajnog psihičkog konflikta kojim bi se moglo protumačiti nastajanje i razvoj depresije. Ako je endogena depresija ipak izazvana nekim psihičkim

traumatskim događajem, onda taj događaj ima samo provokativno značenje, jer se depresija dalje razvija i mimo tog događaja. Za prognozu jedne endogene depresije treba uzeti u obzir više čimbenika, kao što je npr. premorbidna ličnost, konstitucija, dob i spol. Ocjena invalidnosti i preostale radne sposobnosti ovisi i o vremenu kad se prvi puta javi bolest. Životna dob ima patoplastičko značenje za psihozu, jer simptomatologija bolesti je drukčija ako se psihoza javi u dječjoj dobi, nego kada se javi u involuciji.

Rizik (6) nastanka psihogenih depresija znatno je veći kod žena nego kod muškaraca, a to pozitivno korelira s porastom životne dobi. Također, takve vrste depresija znatno češće se javljaju kod rastavljenih žena i žena koje žive odvojeno od svojih bračnih partnera. Rizik pojave depresija, uvijek će biti veći kod nezaposlenih nego kod zaposlenih.

Osobe s teškim i lošim iskustvima u djetinjstvu (17), uključujući roditeljsku nebrigu i indiferentnost, pa čak i slučajeve fizičkog nasilja i seksualnog iskorištavanja, imaju povećani rizik da u odrasloj dobi ispolje znakove depresije i anksioznih stanja, vrlo često udruženih s raznim fobijama.

Današnja terapija tricikličkim antidepresivima i psihoterapija (106) znatno smanjuju teškoće takvim bolesnicima, smanjuje se njihov apsentizam, raste radna produktivnost i puno lakše se rješavaju interpersonalni problemi, tj. pacijent se socijalizira. Socioterapijske metode koje se provode kod depresije imaju slične ciljeve kao metode grupne psihoterapije. Njihov je cilj da kod depresivnog bolesnika potiču osjećaj grupne pripadnosti, stimuliraju, proširuju i obogaćuju socijalne komunikacije i da bolesniku vrate svijest o vlastitoj vrijednosti i važnosti.

1.6. Medicinska i profesionalna rehabilitacija radnika

Medicinski izraz rehabilitacija označava ponovo uspostavljanje tjelesne i psihičke aktivnosti i radne sposobnosti oboljelih osoba koje su zbog bolesti izgubile, u manjoj ili većoj mjeri, sposobnost vođenja normalnog života i obavljanja svog redovnog rada. Medicinska rehabilitacija označava poboljšanje oštećenih funkcija organa i organskih sustava i uspostavljanje funkcija koje su povredom ili bolešću bile ugašene. Medicinska rehabilitacija je osnovna pretpostavka profesionalne rehabilitacije, što će reći osposobljavanja oštećene osobe za ponovni posao ili za neko drugo zanimanje i djelatnost što ovisi o raspoloživim biološkim funkcijama i funkcijama koje dotična aktivnost traži. Iz ovoga proizlazi i ekonomska i socijalna rehabilitacija koja znači ekonomsko osamostaljenje hendikepirane osobe i njeno potpuno uključivanje u normalan život s mogućnošću prihvaćanja svih socijalnih i profesionalnih zahtjeva. Stručnjaci Svjetske zdravstvene organizacije definiraju rehabilitaciju kao "vraćanje oboljelog, unesrećenog njegovoj najpunijoj fizičkoj, mentalnoj, emocionalnoj, socijalnoj, profesionalnoj i ekonomskoj aktivnosti i sposobnosti za aktivan rad."

Postoje (144) i gotovi razvijeni modeli za provođenje medicinske rehabilitacije. Oni trebaju olakšati nova zapošljavanja radnika s nastalim hendikepima. Svaki model ima svoje dobre i loše strane, ali od velikog značenja je grupiranje bolesti za koje se sprovodi rehabilitacija. Za razvoj kliničkih standarda u industrijskoj rehabilitaciji (61) prije njihovog konačnog objavljivanja, potrebno je prikupiti širok pregled stručne literature, respektirajući konstruktivne prijedloge vladinih organizacija koje moraju financijski podržati program.

Suvremeni principi i metode rehabilitacije stvoreni su i razvijeni ponajprije u području traumatologije i patologije lokomotornog aparata. Od začetka funkcionalnog osposobljavanja u vrijeme prvog svjetskog rata, preko prvih oformljenih principa i metoda osposobljavanja u drugom svjetskom ratu, domovinskom ratu, kao i za vrijeme epidemija poliomijelitisa, rehabilitacija, plinom svoje progresivne humano-socijalne filozofije, ruši konzervativne stavove klasične medicine i potvrđuje se kao osnovni kriterij vrijednosti liječenja oboljelih i povrijeđenih.

Suvremena industrijska proizvodnja pred biološki organizam postavlja velike zahtjeve. Postoji (41) velika multidisciplinarnost kroničnih, radom uzrokovanih poremećaja ekstremiteta i kralježnice.

Učestalost radom uzrokovanih poremećaja ekstremiteta raste u zadnjem desetljeću. Perzistentna bol, gubitak funkcije i s tim udružena radna nesposobnost u pacijenata uzrokovana je multiplim činiocima, uključujući fizičke sposobnosti u odnosu prema zahtjevima posla, ergonomske rizične čimbenike posla, psihološke čimbenike u odnosu na radne osobine i psihološku spremnost za povratak na posao. Kompleksnost prirode ovih poremećaja navodi na nužnost multidisciplinarnog programa ciljanog na te čimbenike. Ozbiljnost (147) i težina ozljede na poslu često rezultira dugotrajnim apsentizmom s posla. Rehabilitacijske intervencije mogu naglašeno olakšati povratak na posao, ubrzati oporavak i tako prevenirati pojavu nezaposlenosti. Aktualna literatura ukazuje na potrebu što je moguće ranijeg započinjanja s rehabilitacijom. Radnici čije ozljede su vrlo teškog i ozbiljnog karaktera i čije liječenje traje dugo, s vremenom imaju sve manje volje vratiti se na posao. Te radnike se vrlo često upućuje na invalidsku komisiju koja ocjenjuje nastalu invalidnost.

Prema Zakonu o osnovnim pravima iz mirovinskog i invalidskog osiguranja, invalidnost postoji kada kod osiguranika, zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju prouzrokovanih povredom na radu, profesionalnom bolešću, povredom izvan rada ili bolešću, koje se ne mogu otkloniti liječenjem ili mjerama medicinske rehabilitacije, nastane smanjenje ili gubitak radne sposobnosti za obavljanje poslova na koje je bio raspoređen i koje je obavljao prije nastanka invalidnosti, te za obavljanje poslova u poduzeću, koji odgovaraju njegovoj stručnoj spremi odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom.

Preostala radna sposobnost postoji kada osiguranik, kod kojeg je utvrđeno smanjenje radne sposobnosti, može raditi (52) najmanje pola radnog vremena na poslovima na koje je bio raspoređen i koje je obavljao prije nastanka invalidnosti, te na poslovima koji odgovaraju njegovoj stručnoj spremi odnosno radnoj sposobnosti stečenoj radom, ili može raditi puno radno vrijeme na drugim poslovima s ili bez prekvalifikacije ili dokvalifikacije.

Gubitak radne sposobnosti osiguranika znači da ne postoji preostala radna sposobnost.

Osim (86) kod onih najtežih i multiplih ozljeda na radu koje ostavljaju sigurne i trajne posljedice, uvijek je potrebno pokušati vratiti radnika u prijašnje stanje svim dostupnim mjerama rehabilitacijskog programa.

Primjena jednog sistematiziranog (95), stručnog programa sastavljenog od multidisciplinarnih čimbenika, dat će bolje rezultate nego obična medicinska njega. Konačni cilj takvih programa, koje vodi specijalist fizikalne medicine, je povratak na posao.

S druge strane, (156) na temelju strukturne analize podataka, razvijeni su cijeli katalozi psiholoških točaka i instrumenata u svrhu

osposobljavanja svih tipova hendikepiranih osoba i nesposobnih za razne profile poslova.

Često se pod pojmom rehabilitacija misli isključivo na fizikalnu rehabilitaciju, odnosno na fizikalnu terapiju. Fizikalna terapija sprovodi se u smislu rehabilitacije lokomotornog aparata.

U ambulantama liječnici su svjedoci da radnice učestalo traže uputnice za sprovođenje fizikalne terapije. Takva sprovađanja fizikalnih terapija, prosječno 2 puta godišnje ili češće, prema potrebi, izazivaju značajna poboljšanja u kliničkoj slici i simptomatologiji pacijenata oboljelih prvenstveno od neuromuskularnih bolesti i bolesti lokomotornog aparata.

Od neuromuskularnih bolesti vrlo često se primjenom metoda medicinske rehabilitacije liječe i radikularni sindromi, osim u slučajevima kontraindikacije kod prolapsa intervertebralnog diska, kad je jedina metoda za rješavanje uklještenja korijenova živaca operativni neurokirurški zahvat. Poznavanje radikularnih inervacijskih zona osnova je za prepoznavanje radikularne naravi poremećaja. U ambulatnoj praksi najčešće se susreću oštećenja na nivou L IV, L V i S I.

Nivo L IV: Senzibilitetne smetnje protežu se lateralno od L III dermatoma s maksimumom u prednjem unutrašnjem kvadrantu potkoljenice preko palpabilne površine tibije do unutrašnjeg ruba stopala.

Nivo L V: Simptomi poremećaja senzibiliteta šire se duž uske trake koja se proteže od vanjske strane koljena preko ventrolateralne površine potkoljenice i dorzuma stopala do palca.

Nivo S I: Leži dorzolateralno od 5. lumbalnog dermatoma i proteže se natkoljenicom do sulkusa glutealisa.

Zahvaljujući današnjem stupnju razvoja medicine, mnogi ljudi ne samo da su preboljeli vrlo teške bolesti nego i rade puno radno vrijeme. To je npr. slučaj i kod kardioloških bolesti.

Srčane bolesti, koje su nekad imale infaustnu prognozu, danas se liječe i rehabilitiraju tako da pacijenti rade svoj posao puno radno vrijeme. Ugradnjom pace-makera (35) kod atrioventrikularnog bloka visokog stupnja uspostavlja se maksimalna radna sposobnost. Isto tako (7) pacijenti se vraćaju na posao nakon rehabilitacije poslije nekompliciranog akutnog infarkta. Za vrijeme rehabilitacije potrebno je stalno praćenje miokardskih oksigenskih zahtjeva u zavisnosti od različitih aktivnosti posla, na temelju mjerenja srčane frekvencije i krvnog tlaka.

Pacijenti s oštećenim zaliscima, aortnim i mitralnim (51), nakon operacije i sprovedene rehabilitacije također se uspješno vraćaju na posao. Rezultati ispitivanja su pokazali da je najvažniji čimbenik za povratak na posao predoperativni radni status pacijenta, zatim spol (prije će se na posao vratiti muškarci nego žene). Za prognozu povratka je važan čimbenik podnošenje zadatih vježbi opterećenja i tek na kraju dolazi valvularna lezija (prije će se vratiti ako je operirana aortna nego mitralna lezija).

U suvremenom društvu sve se odvija ubrzanim tempom, koji fiziološki ne odgovara ni jednom zdravom organizmu. Samo npr. u noćnom radu, i radu u smjenama već se gubi onaj prirodni tijek između sna i jave. Organizam je za savladavanje takvih neprirodnih situacija prisiljen trošiti velik dio svoje energije.

Svako dugotrajno opterećenje dovodi do pojačanja tenzije cijelog organizma, što se nakon nekog vremena počinje očitovati napetošću muskulature cijelog tijela, a prvenstveno mišića vrata i zatiljne regije, leđa i ramenog područja. Naročito je na takva pojačana opterećenja

osjetljiv nervni sustav. Stalni stresovi na poslu, užurbanost i strahovi, dovest će do stalne psihičke napetosti koja će, ako osoba na vrijeme ne ode na odmor, izazvati kliničke simptome anksioznosti i kod posebno strukturiranih osoba, neurastenije.

Mogu se razlikovati dvije vrste anksioznosti: anksioznost izazvana stresom i panična anksioznost. Sa stajališta medicine rada, interesantna je anksioznost izazvana stresom, dok panična anksioznost spada u domenu psihijatrije.

Anksioznost (116, 149) definiramo kao emociju neizrecivo neugodnog karaktera koja ima subjektivne kvalitete straha ili njemu bliskog doživljavanja. To su: tjeskoba, plašnja, strepnja, bojazan, uznemirenost, strava, stiješnjenost, užasnutost, uzbuđenje, nemir itd. Bez obzira čime je anksioznost izazvana, njene simptome treba uklanjati u samom početku; dok se ne ukorijene, postanu dublji i teško uklonivi terapijom.

1.7. Medicinska i profesionalna rehabilitacija kod neuroza.

Medicinska rehabilitacija mentalnih bolesti, a tako i neuroza, često se primjenjuje već tijekom liječenja psihofarmacima i drugim terapijskim metodama, prije svega psihoterapijskim (11). Liječenje neurotičara većinom se nastavlja primjenom medicinske rehabilitacije (npr. protrahirana psihofarmakološka terapija te česti kontrolni pregledi psihoterapijske prirode). Kod mentalnih bolesti, pa tako i neuroza, medicinska rehabilitacija se u mnogim elementima isprepliće s profesionalnom rehabilitacijom, jer se ona često provodi već tijekom medicinske rehabilitacije, što je preduvjet brže resocijalizacije bolesnika.

Profesionalna rehabilitacija je rehabilitacija u profesiji, kao proces prilagođavanja čovjeka radu i rada čovjeku.

Profesionalna rehabilitacija neurotičara je složen i specifičan proces s obzirom na složene i često varijabilne tijekove bolesti. Radna sposobnost neurotičara u užem smislu, može biti dobro očuvana, a neriješeni socijalni problemi i teškoće pri adaptaciji u određenoj sredini postaju dominantan problem. Radna nesposobnost neurotičara često nastaje kao sekundarna posljedica teškoća u prilagođavanju i u uspostavljanju ili održavanju međuljudskih odnosa. Zbog toga je profesionalna rehabilitacija neurotičara složenija nego rehabilitacija tjelesno invalidnih osoba (34). Tjelesni je invaliditet naime, relativno stacionarno stanje, dok se u većine neurotika susrećemo s procesom koji traje, čiji intenzitet varira, a određena nesposobnost je rezultat složene interakcije, ne samo neurotske bolesti, već i reagiranja društvene sredine na tu bolest. Time je profesionalna rehabilitacija neurotika šira i drukčija od isključivo profesionalne rehabilitacije i prekvalifikacije tjelesnih invalida, te uključuje i sređivanje niza elementarnih životnih potreba-stambene prilike, obiteljski odnosi (18), adekvatno uključivanje u socijalnu sredinu i dr., što se postiže aktivnim i smišljenim mijenjanjem stavova socijalne sredine o neurotskim bolestima, u pozitivnom smislu, i stavova prema emocionalnim potrebama i radnim sposobnostima neurotika.

Psihološkom rehabilitacijom se nastoji ukloniti niz kompleksa, kao što su kompleksi nesigurnosti, osjećaj psihičke manje vrijednosti, inferiornosti ličnosti, odbačenosti, suvišnosti, ali i apatiju, depresiju i druge psihopatološke simptome neurotičara. Za socijalnu rehabilitaciju neurotičara, vrlo je važan pozitivan odnos njegove obitelji.

Doprinos razumijevanju odnosa u obitelji (79) može dati poznavanje psihodinamike obiteljskog života. Temelj psihodinamike predstavljaju emocionalni odnosi između pojedinih članova obitelji i klima koja u obitelji prevladava, što promatračima sa strane, pa i samim sudionicima, može ostati skriveno, premda se radi o bitnim činiocima, koji mogu biti uzrok i posljedica drugih ekonomskih, bioloških i društvenih funkcija obitelji. Uloge pojedinih članova obitelji, odnosi između roditelja, između roditelja i djece, majke i sina, kćeri i oca, ravnoteža davanja i uzimanja, ljubavi i mržnje, sve to čini sadržaj psihodinamičkih promatranja i istraživanja. Saznanja se koriste u terapijske svrhe.

Konačni cilj rehabilitacije je resocijalizacija neurotičara. To je složena, stručna, interdisciplinarna aktivnost multidimenzionalnog sadržaja, popraćena odgovarajućom kontinuiranom društvenom aktivnošću, čiji je konačni cilj osposobljavanje liječnog neurotičara za profesionalnu i socijalnu aktivnost. Dakle, resocijalizacija je složen proces kojim se pomoću različitih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka, te putem kontinuirane društvene aktivnosti i akcija, liječeni mentalni bolesnik reintegrira u svoju socijalnu sredinu i osposobljava za rad i privređivanje.

1.8. Medicinska rehabilitacija depresija

Psihoterapija je sastavni dio svake terapije kod depresije. Ta terapija (31) treba počivati na razumijevanju bolesnikova stanja, koje karakterizira potreba za povezivanjem i ovisnošću o drugim osobama, ili doživljavanje terapeuta kao strogog autoriteta čije postupke bolesnik može doživjeti kao zasluženu kaznu. Zbog pretjerane

ovisnosti i teškoća pri uspostavljanju i održavanju objektnih odnosa, depresivan bolesnik nije podesan za individualnu psihoanalitički orijentiranu psihoterapiju. U psihoterapiji endogene depresije češće se primjenjuju grupne terapijske metode. Ako (29) su izražene suicidalne tendencije, vrlo dobrom se pokazala radno-okupacijska terapija. Glavni cilj svih tih metoda je da se smanji osjećaj usamljenosti koji postoji kod depresivnih bolesnika i da se kroz to poboljšaju socijalne komunikacije. Grupna psihoterapija depresije može pridonijeti kohezivnosti bolesnika, koja se manifestira u prevladavanju osjećaja usamljenosti i pojavi osjećaja prihvaćenosti i pripadanja zajednici. Ta terapija potiče bolesnikovu aktivnost, a time bolesniku (107) vraća samopouzdanje i samopoštovanje. Socioterapijske metode koje se provode kod depresije imaju slične ciljeve kao metode grupne psihoterapije. Njihov je cilj da, prvo, kod depresivnog bolesnika potiču osjećaj grupne pripadnosti, stimuliraju, proširuju i obogaćuju socijalne komunikacije i da bolesniku vrate svijest o vlastitoj vrijednosti i važnosti. Socioterapijske metode mogu se primjenjivati istom onda kad je došlo do poboljšanja depresije (106, 107) i bolesnik može prihvatiti te metode liječenja ne samo racionalno, nego i emocionalno, i kad je sposoban razumjeti njihovu svrhu, a to je moguće tek kad iščeznu simptomi žalosnog raspoloženja, patnje i zakočenosti.

U terapiji depresija važnu ulogu ima i psihofarmakoterapija. Polazi se od uvjerenja da kod endogenih depresija postoje poremećaji metabolizma biogenih amina u mozgu i na njih djeluju psihofarmaci. Pri tome se treba pridržavati sljedećih načela:

- ograničiti primjenu na što manji broj psihofarmaka,
- potrebno je davati lijek duže vrijeme, kako bi se ocijenilo njegovo djelovanje,

- izbjegavati primjenu premalih ili prevelikih doza psihofarmaka,
- misliti na potencirajuće djelovanje takvih lijekova (zabrana alkohola, zabrana vožnje motornih vozila),
- odlučiti se za ambulantno ili, u težim slučajevima, za bolničko liječenje.

Triciklički i tetraciklički antidepresivi se najčešće koriste u terapiji kod najvećeg broja depresivnih stanja. Ipak, kod nekih vrsta depresije oni ne djeluju zadovoljavajuće, pa se javlja indikacija (82) za primjenu elektrokonvulzivne terapije. Na ECT terapiju dobro reagiraju endogene depresije s dnevnim kolebanjem raspoloženja, ranim jutarnjim buđenjem, usporenošću, gubitkom apetita, opadanjem tjelesne težine i sl. Kod depresija kod kojih dominiraju neurotički simptomi, koji ne reagiraju na tricikličke antidepresive i inhibitore monoamino oksidaze, potrebna je najprije psihoterapija, pa ako se ne postigne terapijski učinak, tada se primjenjuje ECT.

U mnogim zemljama (141 a) je medicinska rehabilitacija na zavidnom nivou, ali nije osigurana transmisija i realizacija profesionalne i socijalne rehabilitacije, ili je organizacija neefikasna. Zbog toga velika ulaganja u rehabilitaciju postaju neracionalna jer se ustvari proces osposobljavanja ne završava, već zastaje na etapi koja ne osigurava socijalnu integraciju. Stoga je profesionalno osposobljavanje nedjeljivi program akcije od prvog trenutka kada je došlo do onesposobljenosti. Teža invalidna stanja su u žiži profesionalne i socijalne rehabilitacije, ali se može smatrati da veće probleme stvaraju lakše povrede, bolesti i kronična oboljenja lokomotornog aparata kao izvor masovnog apsentizma zbog bolovanja i ekonomskih gubitaka. Svaki program rehabilitacije je solidan samo u onoj mjeri u kojoj je solidna medicinska služba, koje je on dio. Rehabilitacijska praksa liječnika opće medicine i bilo kojeg drugog liječnika, kao i medicine rada,

počinje osnovnim humanističkim uvjerenjem da njegova odgovornost ne prestaje s prestankom akutnog oboljenja, već onda kad osoba bude osposobljena da živi i radi s onim što joj je od radne sposobnosti preostalo. Prema osnovnim principima modernog pristupa rehabilitaciji teži se privući u zajednički rad sve već postojeće službe i ustanove koje oblužuju zdrave i bolesne ljude i aktivno ih povezati sa službom rehabilitacije.

Liječnici, psiholozi, socijalni radnici, savjetnici za izbor zanimanja, profesionalni edukatori, moraju biti obrazovani na istim principima jedinstvene rehabilitacije sa specifičnostima raznih patoloških stanja. Svi zajedno moraju biti osposobljeni i uvježbani za metodologiju i kulturu timskog rada.

1.9. Uvjeti rada i radne sredine-ergonomijski aspekt radne sposobnosti

Veliki utjecaj na radnu sposobnost ima djelovanje stresa. Stres je nepovoljno psihičko stanje koje se manifestira kao doživljaj napetosti, straha, tjeskobe, a posljedica je nepovoljnih utjecaja fizičke i socijalne okoline. Specifičnost je stresa da je on posljedica subjektivne interpretacije svakog pojedinca o tome što je i koliko od vanjskih utjecaja za njega opasno i štetno. Zato je, osim vanjskih, objektivno nepovoljnih utjecaja, za doživljaj stresa najvažnija psihička struktura samog radnika.

Tako potencijalni izvori stresa mogu biti u fizičkoj ili socijalnoj (23) okolini radnika, ali oni dobivaju pravu vrijednost i veličinu tek prelomljeni kroz psihičku strukturu radnika.

Potencijalni stresovi u fizikalnoj okolini uključuju opasne i štetne uvjete kao što su ekstremna hladnoća ili vrućina, prisutnost toksičnih

materijala i sl. Poznato je da svaka teška povreda (134), osobito ako zahvaća kranio-cerebralni sustav, predstavlja također veliki stres za cijeli organizam. Kod takvih povreda kranio-cerebralnog sustava potrebno je nakon sprovedenih rehabilitacijskih mjera ponovo kod radnika provjeriti snagu, pokretljivost, koordinaciju, pamćenje i koncentraciju.

Psihička opterećenja često započinju već kod kuće, u vlastitoj obitelji, nadovezuju se na opterećenja i stresne situacije na poslu, što može (120) korelirati nastankom i depresivne bolesti.

Ni fizički stres, a ni stres uvjetovan socijalnom okolinom, ne djeluju direktno. Socijalna okolina radnika, način rukovođenja, odnosi u grupi, mogućnosti ravnopravne komunikacije, mogućnosti socijalne i osobne afirmacije, jednako su tako potencijalni izvori stresa, a po nekima i znatno veći nego sama objektivna, fizička, radna okolina. Zdravi odnosi u kolektivu, prije svega izravni i jasni oblici komunikacija, znatno pridonose izbjegavanju krive subjektivne interpretacije socijalne klime, koje su najčešći izvor socijalnog stresa. Svaki čovjek će puno lakše podnijeti djelovanje stresa, ako osjeća zadovoljstvo u radu. Ono se može definirati kao ugodno ili pozitivno emocionalno stanje koje je rezultat ocjene vlastitog rada. Tri su osnovna preduvjeta zadovoljstva u radu:

- fizičko-ekonomski podrazumijeva važnost fizičkih uvjeta rada i osobnog dohotka,
- socijalni podrazumijeva ulogu rukovođenja, povezanost radne grupe i prijateljski odnos između radnika i rukovoditelja,
- preduvjet za samoostvarivanjem dovodi do zadovoljstva, jer dolazi do povećanja znanja, spretnosti, efikasnosti i odgovornosti.

U protivnom (140), ako ti preduvjeti nisu zadovoljeni, kod radnika raste emocionalna tenzija s različitim nivoima anksioznosti i to može

direktno voditi do pojave grešaka na poslu, ozljeđivanja i apsentizma. Kao jedan od vrlo važnih elemenata psihosocijalnih aspekata rada, da bi se postiglo osobno zadovoljstvo i zadovoljstvo rezultatima svoga rada, je plaća. Ostvarivanje plaće (79 a) jedna je od temeljnih potreba svake osobe, kao preduvjet njene samostalnosti i socijalne sigurnosti, a šire gledano, plaća je u jedna od temeljnih potreba svake obitelji.

Želja za dobrom plaćom ne proizlazi samo iz zadovoljenja osnovnih fizičkih potreba, već služi i kao sredstvo ostvarivanja drugih potreba (rekreacija, odmor). Za neke je ljude novac simbol statusa, za druge veća sloboda akcije u svim oblicima života (potreba za samopotvrđivanjem). Prirodna želja zaposlenih je želja za napredovanjem. Ona uključuje: potrebu za psihološkim razvojem (veća odgovornost), potrebu za pravednošću (ako je napredovanje zasluženno), potrebu za većom zaradom i potrebu za višim socijalnim statusom. Rad pri kojem su radnici izvrgnuti dodatnom stresu je rad u smjenama i noćni rad. Umor, biološko-fiziološka neadaptiranost, opće i radno nezadovoljstvo, povećavaju rizik ozljeđivanja.

Brojni industrijski procesi ne smiju se zaustaviti ni noću niti zbog tjednog odmora. Visoke se peći ne gase, kemijski i petrokemijski procesi ne smiju se prekidati, isto je i s radom nuklearnih postrojenja. Željeznica, zračni promet, cestovni promet moraju raditi i noću isto kao i mnoge druge javne službe. Noćni rad je neizbježan.

Ljudi, životinje i biljke, prilagođeni su periodičnim promjenama svjetla i temperature, kao i drugim periodičnim promjenama. Kako je taj periodicitet vezan na izmjenu dana i noći, živi su organizmi prilagođeni ritmu koji traje 24h. Dugotrajni noćni rad stvorit će naviku budnosti noću i spavanja danju. Posljedica "rotirajućih" smjena nekih zaposlenih je poremećaj sna. Radnici se danju ne mogu dovoljno ispavati, jer im to ne dopušta stečeni biološki ritam i ometa

ih dnevna buka prometa, djece, ukućana. Interesantno je (32) da efektivnost u izvođenju radnih zadataka u noćnim smjenama ne opada kod starijih u odnosu na mlade radnike. To se može tumačiti dobrom adaptacijom kroz dugi period kod takovih radnika.

Noćni rad žena zakonom je zabranjen radi zaštite zdravlja radnica i samo uz posebno odobrenje mogu se žene zaposliti u noćnoj smjeni. Pa ipak, provedena ispitivanja pokazuju da žene koje rade u smjenama ne doživljavaju drukčije ili brojnije promjene od svojih muških suradnika. One čak izražavaju i veće zadovoljstvo noćnim radom, jer im omogućuje bolje obavljanje dnevnih funkcija u kućanstvu. Upravo to dovodi fiziološki do brze pojave umora.

Mikroklimatski uvjeti na radnom mjestu isto su važan čimbenik koji utječe na radnu sposobnost.

Svjetska populacija je tako rasprostranjena da je maksimalna gustoća i najveći broj stanovnika u području s prosječnom temperaturom zraka od 20°C.

Termoregulacijom i aklimatizacijom može se tjelesna temperatura održati na stalnom, određenom stupnju. Dakako da termoregulacija opterećuje uključene organe i na taj način smanjuje radnu efikasnost. Optimalna temperatura za postizanje normalnog radnog kapaciteta je 20°C. Na temperaturi višoj od 20°C slabi koncentracija, pojavljuju se, i psihički poremećaji.

Smanjene su intelektualne radne sposobnosti i sposobnosti pri radu koji zahtijeva spretnost, smanjuje se radna sposobnost za težak rad, odnosno psiho-fiziološki poremećaji, povećava se broj grešaka i raste broj nesreća na radu. Porast temperature uzrokuje poremećaj vode i acidobazne ravnoteže, opterećuje srce i cirkulaciju, izaziva jak zamor i opasnost od iscrpljenja. Temperatura od 35-40°C je maksimalno podnošljiva radna temperatura.

Hipertermna stanja (13) uzrokuju povećanje adrenalina, histamina i serotonina u krvi. Aktivacija hormonalnih sistema akcelerira biokemijske procese i reducira substrate u organima i tkivima (glutaciona, histidina) koji su nužni za normalni zdravstveni status. Metabolička deplecija biokemijskih reakcija uzrokuje redukciju radnih sposobnosti u radnika u stanjima hipertermnog utjecaja.

U vrlo teškim i rizičnim uvjetima rada (24) poput rada u ljevaonicama čelika, preporuča se na svakih 30 min rada 30 min odmora, te nošenje posebne odjeće koja omogućuje cirkuliranje rashlađene tekućine po grudnom košu radnika.

Hladnoća se lakše podnosi nego toplina. Pri niskim temperaturama i radu u zatvorenom, može se zagrijavati prostor ili se radnik može toplije obući. Količina odjeće utječe na spretnost izvođenja radnje. Drugi je problem rada u hladnim uvjetima opadanje spretnosti ruku i prstiju, javljaju se teškoće pri izvođenju finijih koordiniranih kretnji prstiju.

Jedan od vrlo važnih čimbenika uvjeta rada je dobro osvjetljenje.

Nema gotovo ni jedne radne aktivnosti u kojoj, radi dobivanja informacija, ne sudjeluje osjetilo vida. Kvalitetno osvjetljenje nije samo preduvjet dobre vidljivosti, nego ono djeluje i dinamogeno, tj. potiče organizam na aktivnost. Stoga je ispravna organizacija osvjetljenja radnih prostorija i mjesta rada važna sa psihološkog, fiziološkog, tehničkog i ekonomskog aspekta. Pravilno osvjetljenje radnih prostorija vrlo je složeno pitanje, jer mora voditi računa o intenzitetu svjetla, raspodjeli svjetla, njegovoj vrsti i boji, titranju i bliještanju.

Umjetno svjetlo (121), koje se često koristi u industrijskim pogonima i po poduzećima, razlikuje se od prirodnog svjetla i po intenzitetu, koji je obično niži, i po spektru, koji je obično uži. Dobro je poznata činjenica da ljudsko tijelo svjetlosnu stimulaciju ne prima samo radi

vida, već je vrlo značajna i stimulacija pinealne žlijezde koja je direktno osjetljiva na svjetlo. Radi se o kompleksu neuroendokrinog sustava koji predstavlja interakciju između svjetla i ljudskog organizma, producirajući supstancije od kojih je melatonin najšire ispitan. Sekretija melatonina je korelirana ne samo s intenzitetom svjetla, nego i sa spektrom i vremenom ekspozicije. Funkcija melatonina još nije potpuno razjašnjena, ali zna se da utječe na endokrine funkcije i na razvoj reproduktivnog sustava (pubertet). Promjene u sekreciji melatonina utvrđene su kod psihijatrijskih bolesti, posebno u cikličkim afektivnim poremećajima. Čini se da melatonin sudjeluje u stresnim udruženim mehanizmima, vjerojatno u agonističkoj funkciji, ali i u karcinogenezi, gdje ima ulogu u rastu nekih tumora. Melatonin također utječe na tumorske i stanične imune odgovore. Posljedice koje nastaju zbog prolongiranih i značajnih redukcija danjeg svjetla osobito značajno djeluju na mlade organizme. Radne uvjete znatno mogu pogoršati opasne i štetne materije u radnoj atmosferi. Nagli razvoj kemijske industrije, bez čijih se proizvoda ne može zamisliti moderni način života i opći razvoj, značajno pogoršava zdravstvene uvjete u životnom i radnom okolišu. Broj štetnih toksičnih tvari koje dospijevaju u radnu atmosferu u procesu rada, velik je i u stalnom porastu, a zbog razlika u tehnološkim procesima i u strogosti definicije, znatno se razlikuje u pojedinim industrijskim zemljama.

Te se tvari mogu klasificirati, prema načinu djelovanja, u tri skupine:

- fizikalno štetne tvari: kemijski neaktivna i radioaktivna prašina,
- kemijski štetne tvari: plinovi, pare, aerosoli i kemijski aktivne prašine,
- biološki štetne tvari: mikroorganizmi koji uzrokuju oboljenje.

Čak i treća skupina (biološki štetne tvari) izaziva česte zdravstvene probleme iako se to ne očekuje u tolikoj mjeri kod radnika koji su u

kontakta s takvim tvarima. Radnici izloženi žitnoj prašini (127) pokazuju simptome slične oboljelima od influence. Histološkim ispitivanjem nađena je iritacija mukusne membrane. Radnici kod kojih simptomi potraju duže vrijeme, obolijevaju od kroničnog bronhitisa, a utvrđena je i bronhijalna astma. Takvi simptomi razvijaju se kod radnika koji rade na farmama s pljesnivim žitom. Kako bi se izbjeglo razvoj takve situacije predlažu se sljedeće profilaktičke mjere: efektivno sušenje zrna prije skladištenja, efektivna ventilacija i čišćenje takvih spremišta i silosa i pokrivanje radne procedure kad dolazi do prašenja.

Slične simptome (25) pokazuju i radnici na svinjogojskim farmama sa značajnim porastom prevalencije kroničnog bronhitisa i obstrukcije donjih dišnih puteva.

Mjere zaštite od udisanja industrijske prašine i od kontakta s toksičnim tvarima mnogobrojne su, a krajnji im je cilj smanjivanje mogućnosti obolijevanja i trovanja. Najuspješniji su oni postupci kojima se štetne tvari zamjenjuju netoksičkim tvarima, što se može postići samo u nekim tehnologijama. I ovdje, kao i u drugim područjima zaštite, od prvorazredne je važnosti edukacija zaposlenih o primjeni neopasnog načina rada i upotrebi zaštitnih sredstava.

Buka također izaziva smetnje u radu. U najširem smislu, svaki zvuk koji je neugodan ljudskom uhu može se smatrati bukom. Titranje tijela u pravilnim razmacima proizvodi ton. Što je brzina titranja, frekvencija, veća, ton postaje viši. Amplituda titranja utječe na jačinu tona, a jačina (intenzitet) mjeri se decibelima.

Buka od 40 db odgovara tihom govoru, od 60 db glasnom govoru, a 80 db vikanju. Buka od 100 db izaziva smetnje u radu, a buka od 120 db izaziva bol. Audiometrija (62) je vrlo važna metoda koja se koristi prilikom zapošljavanja mladih radnika za zanimanja gdje je izloženost

buci velika. U anamnezi upalno oboljenje srednjeg uha kolerirat će kasnije vrlo često s djelomičnim gubitkom sluha. Buka utječe na radnika dvojako: na stanje i funkcioniranje slušnog aparata i na opće stanje radnika. Opće stanje čovjeka koji radi u buci je rezultat reakcije središnjeg živčanog sistema, te psiholoških reakcija kao što su pojava umora i iritiranost, a sve zajedno se očituje u smanjenju radnog učinka i točnosti u radu.

I vibracije mogu štetno djelovati na organizam što ovisi o kombinaciji njihovih karakteristika: visine, amplitude, frekvencije i smjera s obzirom na tjelesnu os. Vibracije nastaju kao posljedica titranja elastične sredine i šire se u obliku valova. Jedinica mjere vibracije jest 1 herc (Hz).

Vibracije s udarnih uređaja izazivaju promjene na prstima:

Raynaudov sindrom (nastaje kod frekvencije od 50 do 100 Hz).

Za dokazivanje vibracijom induciranih vazospastičnih poremećaja (16) najpogodniji je provokacijski test hladnoćom.

Kod radnika kod kojih nastupe oštećenja, kožna temperatura prstiju bit će niža i oporavak će trajati duže nego kod zdravih radnika, nakon izlaganja provokacijskom testu hladnoćom. Uzrok vaskularnom sindromu-VFW (vibration induced white finger), odnosno vibracijski induciranom bijelom prstu, je propadanje periferne cirkulacije. Takav test za otkrivanje Raynaudeovog fenomena je lako izvodljiv, jeftin i dostupan. Izloženost vibracijama treba prije svega smanjiti dobrim organizacijskim zahvatima, a uz to treba voditi računa da ne dođe do hladenja, koje pogoduje nastanku Raynaudovog fenomena.

Usprkos razvijenoj tehnologiji i industrijalizaciji, fizički rad je još uvijek jedan od osnovnih čimbenika kojim se ocjenjuje težina radnih uvjeta.

U ljudskom radu razlikuju se dinamički i statički rad ili napor. Za dinamički rad karakteristična je promjena napetosti mišića-izmjena stezanja i rastezanja, što omogućuje dobru cirkulaciju u mišiću. Za statički rad karakteristična je stalna napetost mišića (održavanje tijela u uspravnom položaju).

Svakako (47) manjak fizičkih sposobnosti i treninga je dodatni čimbenik muskulo-skeletnih poremećaja kod ručnog dizanja u industriji.

Transportni poslovi, kao nošenje i dizanje tereta, spadaju u skupinu teških poslova. Mehanizacija je uklonila veći dio takvih poslova, ali je ručni transport još uvijek neophodan u nizu poslova. U metaboličnu cijenu nošenja tereta treba uračunati i nošenje vlastite tjelesne težine. Neophodno je kod svih težih poslova (152) pravilno korištenje pauza i termina odmora.

Optimalni teret za muškarca je teret težine 18 kg. Kad je teret teži od 28 kg naglo raste energetska potrošnja. To se naročito može vidjeti (157) kod submaksimalnog opterećenja koje je ispitivano posebno za muškarce, a posebno za žene, koje postižu 50-70% muškog učinka. Inače, za žene je optimalna težina tereta 10 kg.

Pri tome se ne smije zaboraviti, da je početni položaj tijela pri dizanju izvanredno važan, ali su jednako važne i antropometrijske karakteristike pojedinca.

Procjena izvršenog rada, tj. opterećenja, vrši se na osnovi maksimalne potrošnje kisika i na osnovi maksimalne frekvencije srca, porasta tlaka i ostalih parametara.

Npr., za posebna zanimanja (21) vrši se i hiperbarična oksigencija koja subjektima povećava izdržljivost dugog ostanka u teškim uvjetima kad postoji nedostatak kisika.

Testovi za ocjenu fizičke snage, kondicije i izdržljivosti služe kod odabiranja poslova za pojedinca, služe za ocjenu uvježbanosti organizma za obavljanje fizičkih poslova i za ocjenu fizičke uvježbanosti i kondicije športaša.

Ako su ispoštovani svi kriteriji kod ocjene radne sposobnosti (uzevši u obzir sve elemente bioloških karakteristika organizma s jedne strane i radnog mjesta s druge strane) i zadovoljeni svi uvjeti rada i radne sredine (uključujući psihosocijalni aspekt rada, mikroklimatske uvjete, buku i vibraciju, te fizički rad), onda bismo mogli očekivati zdravog i zadovoljnog radnika na odgovarajućem radnom mjestu koji će izbivati s posla samo u izuzetnim situacijama.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je prikazati kako nemotiviranost za posao uzrokuje pojavu negativnih emocionalnih osjećaja, koji su izravno povezani s nastankom psihičkih i somatskih bolesti, te na taj način utječu na izostanak s posla i agravaciju. Od čimbenika koji čine nemotiviranost za posao analiziraju se sljedeći: niska plaća, slaba zaštita na radu, smjenski rad, nestalno radno mjesto, udaljeni lokaliteti, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, nemogućnost napredovanja, fizičko i psihičko iscrpljivanje, te nerješavanje životnih problema radom.

Od negativnih emocionalnih osjećaja detaljno se analiziraju sljedeći: strah, tjeskoba, žalost, ljutnja, krivnja, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, ugroženost, razdražljivost i uznemirenost.

I čimbenici nemotiviranosti za posao i negativni emocionalni osjećaji stupnjevani su od 1-5, tj. od najslabijeg do najjačeg intenziteta.

3. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je izvršeno u razdoblju od 1993. do 1995. godine u Domu Zdravlja Rijeka u ambulanti primarne zdravstvene zaštite "Centar-Žabica".

Ispitanice su odabrane nasumce, tj. metodom slučajnog uzorka, kako su dolazile u ambulantu na pregled.

Obradeno je 516 fizičkih djelatnica metodom prikupljanja odgovora na opsežnom anketnom listu. (Anketni list je u prilogu).

Nakon izvršene analize i obrade odgovora, statističkom metodom hi kvadrat testa analizirani su i obrazloženi rezultati. Sve ispitane osobe su ženskog spola. Za prikazivanje životne dobi korišteno je razvrstavanje prema dekadnim grupama (21-30 godina, 31-40 godina, 41-50 godina, 51-60 godina).

Najveći broj djelatnica je srednje životne dobi. Od 516 djelatnica u dobi od 41 do 50 godina ima 212 (41%), zatim u dobi od 31 do 40 godina ima 166 (32%), u dobi od 51 do 60 godina ima 93(18%), u dobi od 21 do 30 godina ima 39(8%), u dobi iznad 60 godina 4(0,8%) i u dobi ispod 20 godina su 2(0,4%) djelatnice.

S ukupnim radnim stažem od 10-15 godina ima najviše djelatnica - 135(26%), zatim slijede djelatnice s radnim stažem od 15 do 20 godina kojih ima 108(21%), s radnim stažem od 20 do 25 godina ima 90(17%) djelatnica, s radnim stažem od 5 do 10 godina ima 85(16%) djelatnica, s radnim stažem od 25 do 30 godina ima 70(14%) djelatnica, a najmanje djelatnica ima s radnim stažem od 0 do 5 godina-28(5%).

Što se tiče raspodjele prema kvalifikaciji, među njima najviše je nekvalificiranih djelatnica-308(60%), zatim slijede djelatnice sa srednjom stručnom spremom-72(14%), polukvalificirane djelatnice-

70(14%), kvalificirane djelatnice-29(6%), djelatnice s visokom školskom spremom-22(4%) i visokokvalificirane djelatnice-15(3%).

Prema školskoj spremi najviše ih je samo sa završenom samo osnovnom školom-218(42%), zatim slijede one sa nezavršenom osnovnom školom-135(26%), sa završenom srednjom školom su 93(18%) djelatnice, s nezavršenom srednjom školom je 46(9%) i sa završenom višom i visokom školom 22(4%) djelatnice.

Od neuroze je liječeno 60(12%) djelatnica, a od drugih težih duševnih bolesti liječeno je: od depresije 22(4%) i psihoze 14(3%) djelatnica.

S posebnom pažnjom analizira se emocionalno stanje ispitanih djelatnica i to ispitivanjem prisutnosti 10 negativnih dominirajućih osjećaja stupnjevanih od 1 do 5 prema intenzitetu jakosti.

Analiziraju se osjećaji straha, tjeskobe, žalosti, ljutnje, krivnje, nezadovoljstva, šutljivosti s povlačenjem, ugroženosti, razdražljivosti i uznemirenosti.

Ispitano je djelovanje svakog pojedinačno navedenog osjećaja na broj izostanaka s posla i posebno na ukupno trajanje bolovanja.

Kod djelatnica posebno je analizirano 10 čimbenika nemotiviranosti za posao. To su sljedeći čimbenici: niska plaća, slaba zaštita na radu, težak posao, nestalno radno mjesto, smjenski rad, udaljeni lokaliteti rada, izloženost vremenskim nepogodama zbog rada na otvorenom, fizičko i psihičko iscrpljivanje radom, nemogućnost napredovanja i nerješavanje životnih problema radom.

Čimbenici nemotiviranosti su stupnjevani prema intenzitetima koji utječu na izbivanje s posla.

Intenzitet 1 je gotovo beznačajan, intenzitet 2 je malog utjecaja, intenzitet 3 osrednjeg utjecaja, intenzitet 4 snažnog utjecaja i intenzitet 5 vrlo snažnog utjecaja.

Također je ispitano djelovanje svakog pojedinačno navedenog čimbenika nemotiviranosti za posao na broj izostanaka s posla i na ukupno trajanje bolovanja.

Za prikazivanje nastalog bolovanja, uzrokovanog djelovanjem negativnih emocionalnih osjećaja, a isto tako djelovanjem čimbenika nemotiviranosti za posao, korišteni su određeni vremenski intervali. Radi preglednosti i lakšeg razumijevanja, uvijek su izdvajani intervali bolovanja od 0-1 mjesec, 1-2 mjeseca, 3-4 mjeseca, 4-5 mjeseci, te 5 mjeseci i više.

Posebno je izdvojeno i prikazano 10 djelatnica s jako izraženom agravacijom i svim posljedicama koje iz toga proizlaze za same pacijentice, ali i za zajednicu uopće.

Za prikazivanje pacijentica s agravacijom, bilo je potrebno koristiti njihove zdravstvene kartone, radi točnih evidencija datuma dolaska u ambulantu prije i poslije zatvaranja bolovanja.

Inače, posebno treba istaknuti da je, osim kod pacijentica s jako izraženim agravacijama, anketiranje učinjeno uz punu suradnju ispitanica i neanonimno.

ANKETNI LIST

Ime i prezime: _____

1. Životna dob _____

2. Bračno stanje 1. Neudata 2. Udata 3. Udovica 4. Rastavljena

3. Koliko djece imate? 1. Nemam 2. Jedno 3. Dvoje 4. Troje

2. Četvoro 6. Više od četvoro

4. Zanimanje 1. Čistačica 2. Radnica u kuhinji 3. Ostalo

5. Ukupni radni staž 1. 0-5 god. 2. 5-10 god. 3. 10-15 god.

4. 15-20 god. 5. 20-25 god. 6. 25-30 god.

6. Školska sprema 1. Nezavršena osn. škola

2. Završena osn.škola 3. Nezavr.sred.škola

4. Završena sred.šk. 5. Završena viša škola

7. Kvalifikacija 1.NKV 2. PKV 3. KV 4. VKV 5. NSŠ

6. SSS 7. VŠS

8. Način stanovanja 1. Podstanar 2. Državni stan 3. Stan u

privatnom vlasništvu 4. Vlastita kuća

9. Procjena kvalitete stanovanja 1. Stan je prosječan

2. Stan je ispodprosječan

3. Izrazito loš

10. Procjena imovinskog stanja: 1. Siromašan, životno ugrožen

2. Siromašan, ali ne životno

ugrožen

3. Prosječni prihodi

11. Što pijete od alkoholnih pića:

1. Vino 2. Pivo 3. Žestoka pića 4. Ništa

12. Koliko često pijete alkoholna pića?

1. Pijem gotovo svaki dan 2. Pijem nekoliko puta dnevno

3. Pijem nekoliko puta tjedno 4. Pijem nekoliko puta mjesečno

5. Pijem nekoliko puta godišnje 6. Nikada ne pijem

13. Da li pušite?

1. Da, svakodnevno 2. Povremeno 3. Ne pušim

14. Koliko pušite?

1. Prosječno 10 cigareta 2. Prosječno 20 cigareta
3. Prosječno 30 cigareta 4. Više od 30 cigareta

15. Da li uzimate tablete za umirenje?

1. Uzimam svaki dan 2. Uzimam 2-3x tjedno 3. Uzimam 2-3x mj.
4. Uzimam 2-3x godišnje 5. Nikada nisam uzimala.

16. Da li spavate?

1. Dobro 2. Nemirno 3. Loše

17. Malo 2. Jako 3. Ne

18. Da li ste liječeni zbog neuroze? _____ Da Ne

19. Da li ste liječeni zbog neuroze dulje od 5 god? _____ Da Ne

20. Da li ste liječeni zbog neke druge duševne bolesti?

1. Depresije _____ Da Ne

2. Psihoze _____ Da Ne

21. Da li ste liječeni zbog visokog tlaka? _____ Da Ne

22. Da li ste liječeni zbog visokog tlaka dulje od 5 god? _____ Da Ne

23. Koji osjećaj dominira kod vas?

1. Strah 1 2 3 4 5 Intenzitet 1-jedva primjerno

2. Tjeskoba 1 2 3 4 5 Intenzitet 2-malo

3. Žalost 1 2 3 4 5 Intenzitet 3-osrednje

4. Ljutnja 1 2 3 4 5 Intenzitet 4-često

5. Krivnja 1 2 3 4 5 Intenzitet 5-stalno

6. Nezadovoljstvo

1 2 3 4 5

7. Šutljivost 1 2 3 4 5

8. Ugroženost 1 2 3 4 5

9. Razdraž-

ljivost 1 2 3 4 5

10. Uznemire-

nost 1 2 3 4 5

24. Da li ste u ranom djetinjstvu doživjeli neku veću traumaneizmjerno neugodan doživljaj _____ Da Ne
25. Da li ste u mladosti doživjeli neku veću traumu? Da Ne
26. Da li ste u odrasloj dobi doživjeli veću traumu? Da Ne
27. Da li vas je netko od roditelja u djetinjstvu zlostavljao?
1. Otac Da Ne 2. Majka Da Ne 3. Očuh Da Ne
4. Maćeha Da Ne
28. Da li je netko od vaših roditelja bio alkoholičar: Da Ne
29. Da li ste kada doživjeli povredu na radu? _____ Da Ne
30. Da li ste zbog te povrede bili na bolovanju?
1. do 1 mjesec dana 2. 1-2 mjeseca 3. 3-4 mjeseca
4. 4-5 mjeseci 5. 5 i više mjeseci
6. Nisam bila na bolovanju zbog takve povrede.
31. Da li se ta povreda mogla izbjeći dobrom zaštitom na radu? Da Ne
32. Kakav je vaš posao što ga obavljate u radnoj organizaciji?
1. Posve nezanimljiv i dosadan
2. Pretežno nezanimljiv i dosadan
3. Pretežno zanimljiv i interesantan
33. Kakvi su uvjeti rada na vašem radnom mjestu?
1. Vrlo nepovoljni
2. Podnošljivi
3. Zadovoljavajući
4. Povoljni

34. U pogledu fizičkih i/ili psihičkih napora, vaš posao spada među:
1. Lakše
 2. Umjereno teške
 3. Teške
 4. Vrlo teške poslove.
35. Uzevši u obzir sve zahtjeve vašeg posla, ali i vaše sposobnosti, kako vi osobno izlazite na kraj s vašim poslom?
1. Uvijek svoj posao uspijem obaviti s lakoćom i bez većih problema
 2. Većinom posao uspijevam obaviti bez nekih većih problema
 3. Često imam problema i moram se dosta namučiti da bih obavio svoj posao
 4. Uvijek imam problema i poteškoća, pa me posao posve iscrpljuje
36. Kakvi su u cjelini gledano odnosi između ljudi u vašoj radnoj organizaciji?
1. Dobri su
 2. Uglavnom su dobri iako ne najbolji
 3. Više su loši nego dobri
 4. Loši su.
37. Da li ste i koliko puta u proteklih godinu dana bili na bolovanju?
1. Jedanput
 2. Dva puta
 3. Tri puta
 4. Četiri i više puta
 5. Nisam bila na bolovanju.
38. Ukupno trajanje bolovanja protekle godine:
1. od 0-1 mjesec
 2. dva mjeseca
 3. tri mjeseca
 4. četiri mjeseca
 5. pet i više mjeseci
39. Više puta najradije ne biste išli na posao. Čimbenici koji stvaraju takovu nemotiviranost su:
1. Slaba plaća 1 2 3 4 5
 2. Slaba zaštita na radu 1 2 3 4 5
 3. Smjenski rad 1 2 3 4 5

- | | |
|--|-----------|
| 4. Nestalno radno mjesto | 1 2 3 4 5 |
| 5. Udaljeni lokaliteti | 1 2 3 4 5 |
| 6. Težak posao | 1 2 3 4 5 |
| 7. Izloženost vremenskim nepogodama | 1 2 3 4 5 |
| 8. Nemogućnost napredovanja | 1 2 3 4 5 |
| 9. Fizičko i psihičko iscrpljivanje | 1 2 3 4 5 |
| 10. Nerješavanje životnih problema radom | 1 2 3 4 5 |

Tumač: Intenzitet čimbenika 1. gotovo beznačajan 2. malog uticaja
3. osrednjeg uticaja 4. snažnog uticaja 5. vrlo snažnog uticaja.

Upitnik sastavio: Mr.sc. Hrvoje Lalić

REZULTATI OBRADJE ANKETNIH LISTIĆA

PITANJE BROJ 1

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DO 20	2	0.39
21 - 30	39	7.56
31 - 40	166	32.17
41 - 50	212	41.09
51 - 60	93	18.02
IZNAD 60	4	0.78
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 6

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	135	26.16
2	218	42.25
3	46	8.91
4	93	18.02
5	24	4.65
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 2

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	45	8.72
2	398	77.13
3	23	4.46
4	50	9.69
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 7

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	308	59.69
2	70	13.57
3	29	5.62
4	15	2.91
5	0	0.00
6	72	13.95
7	22	4.26
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 3

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	67	12.98
2	148	28.68
3	261	50.58
4	34	6.59
5	1	0.19
6	5	0.97
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 8

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	96	18.60
2	153	29.65
3	158	30.62
4	109	21.12
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 4

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	343	66.47
2	46	8.91
3	127	24.61
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 9

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	410	79.46
2	57	11.05
3	49	9.50
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 5

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	28	5.43
2	85	16.47
3	135	26.16
4	108	20.93
5	90	17.44
6	70	13.57
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 10

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	32	6.20
2	189	36.63
3	295	57.17
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 11

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	42	8.14
2	35	6.78
3	17	3.29
4	422	81.78
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 12

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	10	1.94
2	2	0.39
3	17	3.29
4	31	6.01
5	48	9.30
6	408	79.07
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 13

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	151	29.26
2	37	7.17
3	328	63.57
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 14

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
0	325	62.98
1	76	14.73
2	103	19.96
3	7	1.36
4	5	0.97
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 15

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	38	7.36
2	34	6.59
3	54	10.47
4	110	21.32
5	280	54.26
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 16

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	296	57.36
2	134	25.97
3	86	16.67
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 17

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	286	55.43
2	42	8.14
3	188	36.43
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 18

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	60	11.63
NE	456	88.37
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 19

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	26	5.04
NE	490	94.96
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 20 - 1

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	22	4.26
NE	494	95.74
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 20 - 2

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	14	2.71
NE	502	97.29
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 21

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	107	20.74
NE	409	79.26
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 22

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	53	10.27
NE	463	89.73
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 1

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	326	63.18
2	96	18.60
3	59	11.43
4	26	5.04
5	9	1.74
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 6

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	155	30.04
2	64	12.40
3	204	39.53
4	56	10.85
5	37	7.17
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 2

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	307	59.50
2	86	16.67
3	92	17.83
4	21	4.07
5	10	1.94
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 7

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	362	70.16
2	55	10.66
3	61	11.82
4	24	4.65
5	14	2.71
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 3

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	318	61.63
2	70	13.57
3	89	17.25
4	30	5.81
5	9	1.74
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 8

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	430	83.33
2	48	9.30
3	18	3.49
4	12	2.33
5	8	1.55
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 4

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	330	63.95
2	69	13.37
3	66	12.79
4	34	6.59
5	17	3.29
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 9

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	282	54.65
2	96	18.60
3	103	19.96
4	24	4.65
5	11	2.13
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 5

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	441	85.47
2	45	8.72
3	17	3.29
4	8	1.55
5	5	0.97
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 23 - 10

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	236	45.74
2	88	17.05
3	138	26.74
4	41	7.95
5	13	2.52
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 24

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	53	10.27
NE	463	89.73
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 25

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	42	8.14
NE	474	91.86
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 26

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	121	23.45
NE	395	76.55
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 27 - 1

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	14	2.71
NE	502	97.29
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 27 - 2

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	3	0.58
NE	513	99.42
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 27 - 3

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	1	0.19
NE	125	24.22
UKUPNO	126	24.42

PITANJE BROJ 27 - 4

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	1	0.19
NE	125	24.22
UKUPNO	126	24.42

PITANJE BROJ 28

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	43	8.33
NE	473	91.67
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 29

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	129	25
NE	387	75
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 30

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	63	12.21
2	33	6.40
3	11	2.13
4	1	0.19
5	11	2.13
6	397	76.94
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 31

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
DA	53	10.27
NE	463	89.73
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 32

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	81	15.70
2	171	33.14
3	264	51.16
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 33

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	136	26.36
2	198	38.37
3	113	21.90
4	69	13.37
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 34

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	65	12.60
2	290	56.20
3	106	20.54
4	55	10.66
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 35

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	104	20.16
2	279	54.07
3	95	18.41
4	38	7.36
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 36

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	229	44.38
2	200	38.76
3	62	12.02
4	25	4.84
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 37

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	138	26.74
2	58	11.24
3	24	4.65
4	43	8.33
5	253	49.03
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 38

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	394	76.36
2	45	8.72
3	24	4.65
4	15	2.91
5	38	7.36
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 1

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	119	23.06
2	22	4.26
3	119	23.06
4	136	26.36
5	120	23.26
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 2

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	411	79.65
2	18	3.49
3	33	6.40
4	33	6.40
5	21	4.07
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 3

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	444	86.05
2	16	3.10
3	22	4.26
4	16	3.10
5	18	3.49
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 4

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	413	80.04
2	13	2.52
3	25	4.84
4	40	7.75
5	25	4.84
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 5

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	381	73.84
2	23	4.46
3	46	8.91
4	34	6.59
5	32	6.20
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 6

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	196	37.98
2	37	7.17
3	127	24.61
4	111	21.51
5	45	8.72
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 7

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	365	70.74
2	12	2.33
3	40	7.75
4	63	12.21
5	36	6.98
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 8

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	445	86.24
2	8	1.55
3	15	2.91
4	20	3.88
5	28	5.43
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 9

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	211	40.89
2	47	9.11
3	100	19.38
4	105	20.35
5	53	10.27
UKUPNO	516	100

PITANJE BROJ 39 - 10

ODGOVOR	FREKVENCIJA	%
1	310	60.08
2	19	3.68
3	48	9.30
4	67	12.98
5	72	13.95
UKUPNO	516	100

4. R E Z U L T A T I

Analizom odnosa 10 emocionalnih stanja (straha, tjeskobe, žalosti, ljutnje, krivnje, nezadovoljstva, šutljivosti s povlačenjem, ugroženosti, razdražljivosti i uznemirenosti), stupnjevanih intenzitetom jakosti od 1 do 5, a prema broju puta izostanaka s posla tijekom protekle godine i posebno prema ukupnom trajanju bolovanja, većina je rezultata pokazala statističku signifikantnost, tj. mogućnost prihvaćanja pretpostavke da su obilježja međusobno zavisna.

Također, odnos 10 detaljno analiziranih čimbenika nemotiviranosti za posao (slaba plaća, slaba zaštita na radu, smjenski rad, nestalno radno mjesto, udaljeni lokaliteti rada, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, nemogućnost napredovanja, fizičko i psihičko iscrpljivanje radom, te nerješavanje životnih problema radom) prema ukupnom trajanju bolovanja tijekom protekle godine, kod većine čimbenika pokazao je znatnu statističku signifikantnost, tj. međusobnu zavisnost ispitivanih obilježja.

Dobiveni rezultati su pokazali da strah, žalost, ljutnja, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na broj puta izostanaka s posla.

Strah, tjeskoba, žalost, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem razdražljivost i uznemirenost također utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Od čimbenika nemotiviranosti, smjenski rad, nestalno radno mjesto, udaljeni lokaliteti, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, fizičko i psihičko iscrpljivanje radom i nerješavanje životnih problema radom isto utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između straha i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 11,91, koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je

razlika statistički signifikantna, tako da se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Strah utječe na broj puta izostanaka s posla.

Testiranom razlikom između žalosti i broja puta izostanaka s posla, dobiven je HIKV 14,84 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, tako da se odbacuje i ova hipoteza o neovisnosti. Žalost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Testiranom razlikom između ljutnje i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 19,85 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Ljutnja utječe na broj puta izostanaka s posla.

Testiranom razlikom između nezadovoljstva i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 11,42 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Nezadovoljstvo utječe na broj puta izostanaka s posla.

Testiranom razlikom između šutljivosti s povlačenjem i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 9,66 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Šutljivost s povlačenjem utječe na broj puta izostanaka s posla. Testiranom razlikom između razdražljivosti i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 9,70 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Razdražljivost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Testiranom razlikom uznemirenosti i broja puta izostanaka s posla dobiven je HIKV 10,51 koji je veći od HIKV gr. 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti.

Uznemirenost utječe na broj puta izostanka s posla.

Testiranom razlikom straha i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 11,91 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika

statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Strah utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između tjeskobe i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 12,86 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Tjeskoba utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između žalosti i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 23,63, koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Žalost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom nezadovoljstva i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 9,60, koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Nezadovoljstvo utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između šutljivosti s povlačenjem i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 9,7854 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti.

Šutljivost s povlačenjem utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom razdražljivosti i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 9,74, koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Razdražljivost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između uznemirenosti i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 21,61 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Uznemirenost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između smjenskog rada i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 14,75 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači

da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Smjenski rad utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između nestalnosti radnog mjesta i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 10,92 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Nestalno radno mjesto utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između udaljenosti lokaliteta rada i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 19,78 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti.

Udaljenost lokaliteta rada utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između teškog posla i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 20,75 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti. Težak posao utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između izloženosti vremenskim nepogodama i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 9,79 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti.

Izloženost vremenskim nepogodama utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između fizičkog i psihičkog iscrpljivanja radom dobiven je HIKV 25,74 koji je veći od HIKV gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti.

Fizičko i psihičko iscrpljivanje radom utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Testiranom razlikom između nerješavanja životnih problema radom i ukupnog trajanja bolovanja dobiven je HIKV 29,63 koji je veći od HIKV

gr 9,49, što znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o nezavisnosti.

Nerješavanje životnih problema radom utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Strah utječe na broj puta izostanaka s posla i ukupno trajanje bolovanja.

Analizom odnosa straha prema ukupnom trajanju bolovanja dobiveni su sljedeći rezultati:

Zbog straha intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 326 (63,18%) djelatnica, a zbog straha intenziteta 5, bilo je 9(1,74%) djelatnica. Zbog straha intenziteta 1, ukupno 262(50,77%) djelatnice su bile na bolovanju jedan mjesec, a zbog straha intenziteta 5, jedan mjesec je na bolovanju bilo 5(0,97%) djelatnica. Zbog straha intenziteta 1, četiri i više mjeseci na bolovanju bilo je 11(2,13%) djelatnica, zbog straha intenziteta 5, četiri i više mjeseci nije bila na bolovanju niti jedna djelatnica.

Zbog tjeskobe intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 307(59,5%) djelatnica, a zbog tjeskobe intenziteta 5 ukupno je bilo na bolovanju 10(1,94%) djelatnica. Zbog tjeskobe intenziteta 1, na bolovanju je bilo 248(48,06%) djelatnica jedan mjesec, a zbog tjeskobe intenziteta 5 bilo je 7(1,35%) djelatnica, jedan mjesec na bolovanju. Četiri i više mjeseci zbog tjeskobe intenziteta 1, bilo je 9(1,74%) djelatnica, dok zbog tjeskobe intenziteta 5, četiri i više mjeseci nije bila na bolovanju niti jedna djelatnica.

Zbog žalosti intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 318(61,63%) djelatnica, a zbog žalosti intenziteta 5 ukupno je bilo na bolovanju 9(1,74%) djelatnica. Jedan mjesec, zbog žalosti intenziteta 1, koristile su bolovanje 264(51,16%) djelatnice, dok je 17(3,29%) djelatnica isto bilo na bolovanju jedan mjesec, ali zbog žalosti intenziteta 5. Zbog

žalosti intenziteta 1, četiri i više mjeseci bilo je na bolovanju 6(1,16%) djelatnica, a zbog žalosti intenziteta 5, četiri i više mjeseci niti jedna djelatnica nije bila na bolovanju. Zbog nezadovoljstva intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 155(30,04%) djelatnica, dok je zbog nezadovoljstva intenziteta 5, ukupno bilo na bolovanju 37(7,17%) djelatnica. Zbog intenziteta 1, jedan mjesec je bilo na bolovanju 127(24,61%) djelatnica, dok su zbog nezadovoljstva intenziteta 5, jedan mjesec bile 22(4,26%) djelatnica. Zbog nezadovoljstva intenziteta 1, četiri i više mjeseci bilo je na bolovanju 5(0,97%) djelatnica, dok je zbog nezadovoljstva intenziteta 5, četiri i više mjeseci bilo na bolovanju 7(1,36%) djelatnica.

Zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 1, ukupno su na bolovanju bile 362(70,16%) djelatnice, dok je zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 5, ukupno bilo na bolovanju 14 (2,71%) djelatnica. Zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 1, jedan mjesec bila je na bolovanju 281(54,45%) djelatnica, dok je zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 5, bilo na bolovanju jedan mjesec 9(1,74%) djelatnica. Zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 1, četiri i više mjeseci bilo je na bolovanju 7(1,36%) djelatnica, a zbog šutljivosti s povlačenjem intenziteta 5, četiri i više mjeseci nije bila niti jedna djelatnica na bolovanju.

Zbog razdražljivosti intenziteta 1, ukupno su bile na bolovanju 282(54,65%) djelatnice, dok je zbog razdražljivosti intenziteta 5, ukupno bilo na bolovanju 11(2,13%) djelatnica. Zbog razdražljivosti intenziteta 1, jedan mjesec bilo je na bolovanju 230(44,57%) djelatnica, a zbog razdražljivosti intenziteta 5, jedan mjesec bilo je na bolovanju 10(1,94%) djelatnica. Zbog razdražljivosti intenziteta 1, četiri i više mjeseci bilo je na bolovanju 6(1,16%) djelatnica, a zbog

razdražljivosti intenziteta 5, četiri i više mjeseci bila je na bolovanju samo jedna djelatnica.

Zbog uznemirenosti intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 236(45,74%) djelatnica, a zbog uznemirenosti intenziteta 5, ukupno je bilo na bolovanju 13 (2,52%) djelatnica.

Zbog uznemirenosti intenziteta 1, jedan mjesec bilo je na bolovanju 200(38,75%) djelatnica, dok je zbog uznemirenosti intenziteta 5, jedan mjesec bilo na bolovanju 7(1,36%) djelatnica. Zbog uznemirenosti intenziteta 1, četiri i više mjeseci bilo je na bolovanju 6(1,16%) djelatnica, a zbog uznemirenosti intenziteta 5, četiri i više mjeseci nije bila niti jedna djelatnica na bolovanju.

Zbog utjecaja smjenskog rada intenzitetom 1, ukupno su bile na bolovanju 432(83,72%) djelatnice, a zbog djelovanja smjenskog rada intenzitetom 5, ukupno je bilo na bolovanju 19(3,68%) djelatnica.

Zbog nestalnosti radnog mjesta, intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 410(79,45%) djelatnica, dok je zbog djelovanja nestalnosti radnog mjesta intenzitetom 5, ukupno bilo na bolovanju 25(4,84%) djelatnica.

Zbog udaljenosti lokaliteta rada, intenziteta 1, ukupno su bile na bolovanju 374(72,48%) djelatnice, dok je zbog utjecaja udaljenosti lokaliteta rada intenzitetom 5, ukupno bilo na bolovanju 36(6,97%) djelatnica.

Zbog teškog posla, odnosno njegovog utjecaja intenzitetom 1, bilo je na bolovanju 196(37,98%) djelatnica, dok je zbog teškog rada, intenziteta 5, ukupno bilo na bolovanju 45(8,72%) djelatnica.

Zbog izloženosti vremenskim nepogodama, intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 367(70,74%) djelatnica, a zbog utjecaja izloženosti vremenskim nepogodama, intenziteta 5, ukupno je bilo na bolovanju 36(6,98%) djelatnica. Zbog fizičkog i psihičkog iscrpljivanja, intenziteta

1, ukupno je bilo na bolovanju 211(40,89%) djelatnica, dok zbog utjecaja fizičkog i psihičkog iscrpljivanja, intenziteta 5, ukupno su bile na bolovanju 53(10,27%) djelatnice. Zbog nerješavanja životnih problema radom, intenziteta 1, ukupno je bilo na bolovanju 305(59,13%) djelatnica, a zbog utjecaja nerješavanja životnih problema radom intenzitetom 5, ukupno su bile na bolovanju 72(13,95%) djelatnice.

Tabela 1 Odnos straha prema broju puta izostanaka s posla

U tabeli 1 analiziran je odnos straha prema broju puta izostanaka s posla i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 11,913 \quad \text{HIKV gr} = 9,49 \quad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da strah utječe na izostanak s posla.

Tabela 2 Odnos tjeskobe prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 2 analiziran je odnos tjeskobe prema broju puta izostanaka s posla tijekom protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIHV} = 6,84 \quad \text{HIKV gr} = 9,49 \quad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja tjeskobe na broj puta izostanaka s posla. Postoji povezanost, ali nema statističku signifikantnost.

Tabela 3 Odnos žalosti prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 3 analiziran je odnos žalosti prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 14,84 \quad \text{HIKV gr} = 4,49 \quad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da žalost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 4 Odnos ljutnje prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 4 analiziran je odnos ljutnje prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 19,85 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da ljutnja utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 5 Odnos krivnje prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 5 analiziran je odnos krivnje prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 2,98 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja krivnje na broj puta izostanaka s posla.

Postoji povezanost, ali nema statističku signifikantnost.

Tabela 6 Odnos nezadovoljstva prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 6 analiziran je odnos nezadovoljstva prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 11,42 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da nezadovoljstvo utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 7 Odnos šutljivosti s povlačenjem prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 7 analiziran je odnos šutljivosti s povlačenjem (tzv. withdrawal fenomen) prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,66 \qquad \text{HIHV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća pretpostavka da su obilježja zavisna, tj. da šutljivost s povlačenjem utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 8 Odnos ugroženosti prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 8 analiziran je odnos ugroženosti prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 2,20 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja ugroženosti na broj puta izostanaka s posla.

Postoji povezanost, ali nema statističku signifikantnost.

Tabela 9 Odnos razdražljivosti prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 9 analiziran je odnos razdražljivosti prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,70 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća pretpostavka da su obilježja zavisna, tj. da razdražljivost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 10 Odnos uznemirenosti prema broju puta izostanaka s posla.

U tabeli 10 analiziran je odnos uznemirenosti prema broju puta izostanaka s posla u protekloj godini i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 10,51 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća pretpostavka da su obilježja zavisna, tj. da uznemirenost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Tabela 11 Odnos straha prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 11 analiziran je odnos straha prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 11,91 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da strah utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 12 Odnos tjeskobe prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 12 analiziran je odnos tjeskobe prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 12,86 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da tjeskoba utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 13 Odnos žalosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 13 analiziran je odnos žalosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 23,63 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da žalost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 14 Odnos ljutnje prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 14 analiziran je odnos ljutnje prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 4,42 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja ljutnje na ukupno trajanje bolovanja.

Postoji povezanost, ali nije statistički značajna.

Tabela 15 Odnos krivnje prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine

U tabeli 15 analiziran je odnos krivnje prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 3,20 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja krivnje na ukupno trajanje bolovanja.

Postoji povezanost, ali nije statistički značajna.

Tabela 16 Odnos nezadovoljstva prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 16 analiziran je odnos nezadovoljstva prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,60$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da nezadovoljstvo utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 17 Odnos šutljivosti s povlačenjem prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 17 analiziran je odnos šutljivosti s povlačenjem prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,78$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da šutljivost s povlačenjem utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 18 Odnos ugroženosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 18 analiziran je odnos ugroženosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 1,28$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja ugroženosti na ukupno trajanje bolovanja.

Postoji međusobna povezanost, ali bez statističkog značaja.

Tabela 19 Odnos razdražljivosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 19 analiziran je odnos razdražljivosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,74$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da razdražljivost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 20 Odnos uznemirenosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 20 analiziran je odnos uznemirenosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 21,61 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da uznemirenost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 21 Odnos slabe plaće prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine.

U tabeli 21 analiziran je odnos slabe plaće prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 7,49 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja slabe plaće na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 22 Odnos slabe zaštite na radu i ukupnog trajanja bolovanja.

U tabeli 22 analiziran je odnos slabe zaštite na radu i ukupnog trajanja bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 5,86 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja slabe zaštite na radu na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 23 Odnos smjenskog rada prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 23 analiziran je odnos smjenskog rada prema ukupnom trajanju bolovanja tijekom protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 14,75 \quad \text{HIKV gr} = 9,49 \quad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna čime se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da smjenski rad utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 24 Odnos nestalnog radnog mjesta prema ukupnom trajanju bolovanja

U tabeli 24 analiziran je odnos nestalnog radnog mjesta prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 10,92 \quad \text{HIKV gr} = 9,49 \quad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da nestalno radno mjesto utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 25 Odnos udaljenih lokaliteta rada prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 25 analiziran je odnos udaljenih lokaliteta rada prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 19,78 \quad \text{HIKV gr} = 9,49 \quad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da udaljeni lokaliteti rada utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 26 Odnos teškog posla prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 26 analiziran je odnos teškog posla prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 20,75 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da težak posao utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 27 Odnos izloženosti vremenskim nepogodama prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 27 analiziran je odnos izloženosti vremenskim nepogodama prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 9,79 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

Razlika je statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da izloženost vremenskim nepogodama utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 28 Odnos nemogućnosti napredovanja prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 28 analiziran je odnos nemogućnosti napredovanja prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 2,51 \qquad \text{HIKV gr} = 9,49 \qquad \text{HIKV} < \text{HIKV gr}$$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja nemogućnosti napredovanja na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 29 Odnos psihičkog i fizičkog iscrpljivanja radom prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 29 analiziran je odnos psihičkog i fizičkog iscrpljivanja radom prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 25,74$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da psihičko i fizičko iscrpljivanje radom utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Tabela 30 Odnos nerješavanja životnih problema radom prema ukupnom trajanju bolovanja.

U tabeli 30 analiziran je odnos nerješavanja životnih problema radom prema ukupnom trajanju bolovanja i dobiven je rezultat:

$$\text{HIKV} = 13,21$$

$$\text{HIKV gr} = 9,49$$

$$\text{HIKV} > \text{HIKV gr}$$

To znači da je razlika statistički signifikantna, pa se odbacuje hipoteza o neovisnosti, a prihvaća da su obilježja zavisna, tj. da nerješavanje životnih problema radom utječe na ukupno trajanje bolovanja.

5. RASPRAVA

Pojava neuroza u svim poznatim kliničkim oblicima (anksiozne, depresivne neuroze, fobične neuroze ili neuroze straha, neurastenije, pa i konverzivne neuroze za koje se smatralo da se u ovakvoj populaciji ne pojavljuju) zabrinjavajuća je i dovodi do čestog izostanka s posla i produženja ukupnog trajanja bolovanja.

U načelu (118) neurotičara treba održati čim duže radno sposobnim, tj. treba izbjegavati davanje bolovanja, osim kod najtežih oblika neuroza, kao npr. disocijativne neuroze, graničnih stanja na prelazu u psihopatije kad već dolazi do promjene ličnosti ili kad još nismo sigurni da se radi o prelazu u psihotičnost.

Kod ispitanih fizičkih djelatnica iznenađuje velik broj puta izostanaka s posla i ukupno trajanje bolovanja. Usprkos tome što ispitanu populaciju čine isključivo žene, stopa bolovanja je previsoka i prelazi dozvoljene okvire.

Ispitane djelatnice obavljaju fizičke poslove, ali ti poslovi se mogu svrstati u lakše, do srednje teških fizičkih poslova. Žene su danas ravnopravne s muškarcima, sudjeluju ravnopravno u radu i proizvodnom procesu, sudjeluju u vlasti, politici, kreiranju razvoja društva općenito. Nema ih samo u onim najtežim poslovima, kao npr. rad u kesonima, morskim dubinama, ljevaonicama čelika i sl.

U ispitanoj grupi fizičkih djelatnica treba naglasiti da nije bilo trudnica, a ni roditelja s djetetom starim do 1 godine. Kod nas, trudnice imaju visoko razvijenu zdravstvenu zaštitu, te ih se štiti od svih eventualnih posljedica koje bi mogle nastati radom za vrijeme trudnoće. Kao i u drugim zemljama s razvijenom zdravstvenom zaštitom (112), tako i kod nas, otvara se trudnicama, fizičkim radnicama, po preporuci ginekologa bolovanje i to odmah nakon utvrđivanja

trudnoće. Ispitane djelatnice su u najvećem broju srednje životne dobi. U dobi od 30-35 godina ima ih 32,17%, a u dobi od 35 do 40 godina ima ih 41,09%, kad bi od njih trebalo očekivati najbolje radne rezultate, a događa se nešto sasvim suprotno. Već je u poglavlju REZULTATI prikazano da razvijena negativna emocionalna stanja, kao što su strah, žalost, ljutnja, nezadovoljstvo, šutljivost, razdražljivost i uznemirenost, utječu na broj puta izostanaka s posla, a strah, tjeskoba, žalost, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na ukupno trajanje bolovanja. Ovi osjećaji su kod djelatnica znatno izraženi. Njih je bitno uočiti navrijeme, jer svi oni pojedinačno ili, češće, udruženi, ili međusobno se ispreplićući, čine simptome pojedinih neuroza.

Neuroze, neotkrivene na vrijeme i neliječene, postaju tvrdokorne. Pacijenti se zavlače u svoju ljušturu, postaju afektivno hladni, nepovjerljivi prema okolini, skloni sukobu, troše svoju korisnu energiju u krivom smjeru, što prije ili kasnije dovodi do absentizma.

Prije svega treba napomenuti da neuroze koje su uočene kod ispitanih fizičkih djelatnica spadaju u grupu lakših ili kako bismo još mogli reći "površnijih". To znači da uzrok takvih neuroza nije endogen, dakle u njima samima, nije nasljedan, već se razvio iz cjelokupne situacije koja ih okružuje, u kojoj žive i u kojoj rade. Analizom pojedinih osjećaja, može se slobodno izvući zaključak, da su oni uglavnom vrlo površni, te da bi nestankom uzroka nestao i takav osjećaj, a s tim u svezi i bolest, ako kod mnogih pojedinih slučajeva možemo uopće govoriti o bolesnom stanju. To se može objasniti izdvojeno za svaki pojedini analizirani osjećaj. Iz odnosa straha prema broju puta izostanaka s posla dobiven je pozitivan rezultat, tj. da strah utječe na izostanak s posla.

Strah intenziteta 1, dakle onaj najslabiji, jedva prisutan strah, prisutan je kod najvećeg broja ispitanica -326(63,18%), dok strah intenziteta 5, tj. jedan jaki, stalno prisutan strah, koji bi mogao biti i simptomom neke od psihoza, prisutan je kod 9(1,74%) djelatnica.

To je i za očekivati, jer strah intenziteta 1, kao jedan jedva prisutan, prolazan strah, može se pojaviti i kod svake zdrave osobe, kao reakcija na stres, opterećenje pri savladavanju radnih zadataka i sl., dok strah intenziteta 5, kao stalno prisutan, srećom prisutan je vrlo rijetko u populaciji. Takve osobe su pacijenti psihijatrijskih klinika i za vrijeme akutne faze bolesti nisu pogodni ni za kakvu komunikaciju, a naročito ne za anketiranje.

Budući da je broj pacijentica - anketiranih fizičkih djelatnica sa strahom intenziteta 5 bio mali (9 djelatnica od 516), onda je i razumljivo da je i broj izostanaka s posla u proporciji s onim ostalih djelatnica koje su odgovorile na anketno pitanje da osjećaju strah niskog intenziteta.

Prema pravilima statističkog prikazivanja, nakon obrade podataka iz anketnog lista, izvršeno je sažimanje stupaca u tabeli. Tako je došlo do sažimanja stupaca, odnosno stupca s intenzitetom straha 4(često prisutan strah) i stupca 5(stalno prisutan strah), sažimanja stupca 1 (jedva primjetan strah) i stupca 2 (malo primjetan strah), dok je stupac 3 s oznakom za osrednji strah ostao nepromijenjen.

Na taj način, pomoću HIKV testa, slijedi da strah utječe na broj puta izostanaka s posla. Usprkos tome, detaljnom analizom izvorne tablice može se vidjeti da ispitane djelatnice u najvećem broju osjećaju strah jedva primjetnog ili niskog intenziteta, te da zbog toga izostaju s posla u toku godine 1,2,3,4 pa i više puta.

Žalost također utječe na broj puta izostanaka s posla. Situacija je gotovo identična kao kod osjećaja straha, jer najveći broj djelatnica osjeća žalost intenziteta 1 i 2, a najmanji broj žalost intenziteta 4 i 5.

Žalost kao prolazan osjećaj, jedva primjetan, slab, pa čak i osrednjeg intenziteta, može se očekivati u svakoj populaciji, naročito kod žena čiji je organizam ipak osjetljiviji od muškarčeva.

Stalno prisutna žalost, prevladavanje žalosnog, depresivnog, hipobuličnog, melankoličnog raspoloženja i ovdje može ukazati na prisustvo neke od psihoza ili razvijene depresivne bolesti. Od ispitanih djelatnica, 9(1,74%) ih osjeća žalost intenziteta 5.

S tim u svezi treba napomenuti da u ispitnoj populaciji ima nekoliko pacijentica liječenih od psihoze, koje su i danas pod redovitom kontrolom i terapijom psihijatra i koje obavljaju svoj redovan posao, uz povremeno korištenje bolovanja u fazama egzacerbacije.

Ljutnja također utječe na broj puta izostanaka s posla. I za ovaj osjećaj je karakteristično da je prisutan kod najvećeg broja djelatnica u nižim intenzitetima.

Iako ne utječe na broj puta izostanaka s posla, a ni na ukupno trajanje bolovanja, interesantno je spomenuti osjećaj krivnje. Na Hamiltonovoj skali (30) krivnja zauzima visoko mjesto među elementima za otkrivanje simptoma depresije. Čak 441(85,47%) djelatnica ima osjećaj krivnje intenziteta 1, odnosno zanemarljivog ili jedva primjetnog. Krivnju intenziteta 4 osjeća 8(1,97%) djelatnica, dok krivnju intenziteta 5 osjeća svega 5(0,97%) djelatnica.

Nezadovoljstvo znatno utječe na broj puta izostanaka s posla. Za razliku od drugih emocionalnih stanja, najveći broj djelatnica osjeća nezadovoljstvo intenziteta 3, tj. jedan već osrednje razvijen intenzitet - javlja se kod 205(39,72%) djelatnica. Ostali intenziteti nezadovoljstva prisutni su u manjem broju. Ispitane djelatnice općenito su vrlo

nezadovoljne. Prije svega smatraju da su preopterećene na poslu. Ako su čistačice poslovnog prostora, žale se na kvadraturu prostora koja im je prevelika za čišćenje, ako čiste stubišta i stambene zgrade, opet se žale da ih imaju previše, ako rade kao pomoćne kuharice nezadovoljne su radnim vremenom, opsegom posla i dr. Nezadovoljne su stanjem kod kuće, uspjehom svoje djece, materijalnim stanjem, a opet zaboravljaju s druge strane da s obzirom na njihovu školsku spremu (neke od njih nemaju završenu ni osnovnu školu), ne mogu dobiti bolje i odgovornije poslove.

Šutljivost s povlačenjem utječe na broj puta izostanaka s posla. Ipak, kod najvećeg broja djelatnica taj se tzv. "withdrawal fenomen" javlja u svom najslabijem obliku, odnosno najčešće su zastupljeni intenziteti 1 i 2. Ugroženost ne utječe na broj puta izostanaka s posla. Najveći broj djelatnica -430(83,33%) ima osjećaj ugroženosti intenziteta 1, dakle osjećaj koji je jedva primjetan i može se smatrati zanemarivim. Usprkos postojanju raznih negativnih emocionalnih stanja, još uvijek se zaposlene fizičke djelatnice ne smatraju ugroženom kategorijom ljudi.

Razdražljivost i uznemirenost podjednako utječu na broj puta izostanaka s posla, ali i na ukupno trajanje bolovanja. I razdražljivost i uznemirenost (74) su simptomi anksioznosti koja je nažalost jako zastupljena kod ispitanih djelatnica. Anksioznost je tipična za anksioznu, ali i za druge vrste neuroza, pa i za ostale psihičke poremećaje. Ponekad anksioznost može biti i prvim simptomom neke organske bolesti, pa čak se može pojaviti i kod postojanja neoplazmi dok još nema karakterističnih znakova bolesti.

Iako je iz spomenutog jasno da negativni emocionalni osjećaji kod djelatnica utječu na broj puta izostanaka s posla i ukupno trajanje

bolovanja, što je i detaljno analizirano, u najvećem broju slučajeva ti osjećaji se javljaju u svom najslabijem intenzitetu.

To je zato što je postojanje ovih osjećaja kod djelatnica površno.

Iz toga se može izvući zaključak, ako i uzimamo pojedine negativne emocionalne osjećaje kao simptome pojedinih neuroza, da te neuroze nemaju duboke korijene, već su posljedica egzogenog djelovanja.

Vrlo je važno za svakodnevnu liječničku praksu da se takve neuroze i ocijene odgovarajuće i prema tome riješe na nivou primarne zdravstvene zaštite. Prema načelima primarne zdravstvene zaštite, 80-95% svih slučajeva trebalo bi riješiti na tom nivou.

Samo mali, preostali dio slučajeva trebalo bi rješavati na višem, specijalističkom, polikliničko-konzilijarnom ili bolničkom nivou zdravstvene zaštite (137). Prema tome, najveći dio ispitanih pacijentica trebalo bi rješavati ambulantno, u konkretnom slučaju izbjegavanjem upućivanja psihijatru i psihologu, i naročito izbjegavanjem davanja bolovanja i pravdanja dužih odsustava s posla.

Pojava mnogih od navedenih negativnih emocionalnih osjećaja može se dovesti u vezu s dugotrajnim djelovanjem čimbenika nemotiviranosti za posao, kao što su smjenski rad, nestalno radno mjesto, udaljeni lokaliteti rada, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, fizičko i psihičko iscrpljivanje radom i nerješavanje životnih problema radom. Opet, ne može se zaobići jedno od temeljnih načela primarne zdravstvene zaštite, tj. da liječnik u ambulanti opće medicine ili medicine rada ne može djelovati samostalno, da bi bio uspješan.

Liječnik mora u svom djelovanju biti povezan s poduzećem, socijalnim radnikom, socijalnom službom, patronažom radi izvida na terenu, podnošenja izvještaja, mora djelovati na čimbenike okoline, jer u protivnom, samo metodom provođenja kurative, ne može izliječiti svoje pacijente. Kao što je već spomenuto, čimbenici nemotiviranosti za

posao imaju znatan utjecaj na ukupno trajanje bolovanja. Prvi od ispitanih čimbenika, slaba plaća, iako to iznenađuje, ne utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Slaba plaća kao čimbenik nemotiviranosti za posao utječe na izostanak s posla svojim najslabijim intenzitetom kod 119(33,06%) djelatnica, osrednjim intenzitetom kod istog broja djelatnica, snažnim intenzitetom kod 136(26,36%) djelatnica, a vrlo snažnim intenzitetom kod 120(23,26%) djelatnica. To u stvari znači da je otprilike jednak broj djelatnica kojima slaba plaća utječe na nemotiviranost za posao i onih kojima to nije važno.

U usmenom kontaktu s pacijenticama, dolazi se do potpuno drugog saznanja, tj. gotovo sve djelatnice su nezadovoljne i jako nemotivirane zbog slabe plaće.

Stječe se dojam da je većina djelatnica bila neiskrena prilikom odgovaranja na ovo pitanje, budući da je anketiranje učinjeno neanonimno, te je postojao strah da će to možda utjecati na njihovo radno mjesto, iako je djelatnicama bilo objašnjeno da je anketiranje sprovedeno zbog znanstvenog istraživanja. Ispitujući sljedeći čimbenik nemotiviranosti za posao - slabu zaštitu na radu, dobiven je rezultat da on ne utječe na ukupno trajanje bolovanja.

To je u potpunosti razumljivo, jer djelatnice u najvećem broju obavljaju poslove čišćenja, gdje nije potrebna neka posebna zaštita, osim uobičajene radne odjeće, rukavica i gumenih čizama, što sve one dobiju u svom poduzeću kao obavezna zaštitna sredstva.

Smjenski rad znatno utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Za žene se može reći da ionako rade dvostruko radno vrijeme-ono na poslu i posebno kod kuće. Nestalno radno mjesto također znatno utječe na ukupno trajanje bolovanja. Kod ispitanih djelatnica nestalno radno mjesto predstavljalo je prilično velik problem i izazivalo veliko

nezadovoljstvo. U poduzeću su djelatnice često premještane s jednog posla na drugi, čišćenja jedne stambene zgrade na drugu, iz jednog industrijskog pogona u drugi. Na taj način uvijek se moraju adaptirati na novu sredinu, putovati nekad i dosta daleko do novog radnog mjesta, te se automatski stvaraju i nadovezuju novi čimbenici nemotiviranosti za posao.

U poduzeću takvo često mijenjanje posla djelatnicama obrazlažu pritužbama na kvalitetu rada. Česta su bila i upozoravanja od strane uprave poduzeća, da će doći određena djelatnica ili djelatnice, koje su upućene na drugo radno mjesto, radi bolovanja tužeći se na izmišljene zdravstvene smetnje.

Udaljeni lokaliteti rada znatno povećavaju ukupno trajanje bolovanja. To se naročito javlja za vrijeme zimskih mjeseci, kada takva vrsta nemotiviranosti dolazi još više do izražaja.

Težak posao ima izrazito značajan utjecaj na ukupno trajanje bolovanja. Od 516 ispitanih djelatnica, 196(37,98) je izjavilo da težak posao za njih ima mali utjecaj, odnosno da ne utječe na bolovanje, ali je čak 127(24,61%) djelatnica izjavilo da takav težak posao ima osrednji utjecaj na ukupno bolovanje, dok je 111(21,51%) djelatnica izjavilo da težak posao ima snažan utjecaj na ukupno trajanje bolovanja. To se donekle može protumačiti time što je najveći broj djelatnica srednje i starije životne dobi. Mnoge od njih zaposlile su se po prvi put u starijoj životnoj dobi. Također, većina njih ima djecu kod kuće i niz obaveza, tako da na posao dolaze već umorne i iscrpljene. Mnoge od njih i rade samo u drugoj smjeni, jer je takva priroda posla npr. čišćenje kancelarija, uredskog prostora, industrijskih pogona, moguće je obaviti kad su prostori prazni, bez namještenika.. Naravno, postoje i izuzetni slučajevi, jer ima proizvodnih procesa koji se nikad ne prekidaju. Izloženost vremenskim nepogodama utječe na ukupno

trajanje bolovanja. Mnoge zaposlene fizičke djelatnice rade na čišćenju otvorenih prostora. Budući da su mnoge osjetljivog zdravlja, često izostaju s posla, što naročito dolazi do izražaja za vrijeme hladnih zimskih mjeseci kad u ambulanti naglo poraste broj posjeta pacijentica. Javljaju se akutna febrilna stanja, rinitisi, sinusitisi, upale ždrijela, glasnica, ali i upale donjih respiratornih puteva. Nisu rijetke ni urinarne infekcije, pa ni ginekološke bolesti, budući da se isključivo radi o ženskoj populaciji.

Nemogućnost napredovanja ne utječe na ukupno trajanje bolovanja. To je i lako razumljivo u takvoj populaciji, jer većina ispitanica ima završenu samo osnovnu školu, a ima ih i s nezavršenom osnovnom školom, te nekoliko nepismenih. Ipak, nemogućnost napredovanja jako smeta 28(5,43%) djelatnica. To se može objasniti time što nekoliko djelatnica ima završenu srednju i čak višu školu, a koje nisu uspjele dobiti drugi posao i bile su zbog egzistencije prinudene prihvatiti bilo kakav posao. Nakon nekog vremena, one postaju nezadovoljne, što je i posve razumljivo i traže bolji izvor prihoda u razini svog obrazovanja.

Fizičko i psihičko iscrpljivanje znatno utječe na ukupno trajanje bolovanja. Jedva primjetnog i malog utjecaj ima kod 50% djelatnica, dok osrednjeg, snažnog i vrlo snažnog utjecaja ima kod preostalih 50% djelatnica. Ponovo treba napomenuti da se iskrenost pri odgovaranju mora uzeti s jednom dozom rezerve, jer je postojao određeni strah djelatnica da je anketiranje sprovedeno na traženje poduzeća i da bi zbog toga mogle dobiti otkaz, te ih se u suprotno nije moglo uvjeriti.

U usmenom kontaktu u ambulanti, gotovo sve pacijentice su se žalile na težak posao, stalno povećavanje norme od strane poslovođa, rad u zamjeni za više kolegica i sl.

I na kraju, posljednji od ispitanih čimbenika nemotiviranosti za posao, nerješavanje životnih problema radom, utječe na ukupno trajanje bolovanja. Djelatnice svojim radom kroz više godina, ne mogu samostalno riješiti osnovne životne potrebe, kao što je kupnja vlastitog stana (osim ako su u braku sa suprugom koji dobro zarađuje ili je od svog poduzeća dobio stan). Također, ne mogu od plaće dovoljno izdvojiti za potrebe djece, koja su uglavnom u godinama kad pohađaju školu, razvijaju se, te su i materijalne potrebe veće. Zbog toga su fizičke djelatnice često prisiljene uz već postojeći, tražiti i dodatni posao da zadovolje u osnovi svoje, i životne potrebe svoje djece.

Rezimirajući, može se reći da posao koji obavljaju ispitane uslužne fizičke djelatnice spada u grupu lakših fizičkih poslova. Najveći teret koji one dižu je 10 kg (smatra se prosječna težina pune kante vode) koji spremačica eventualno nosi više katova, ako radi npr. na čišćenju stubišta. Svaki posao može postati težak, ako osoba koja stupa na njega već od početka nije zdrava.

Postojanje (43) npr. običnog kontaktnog dermatitisa može jednu takvu djelatnicu, koja stalno radi s vodom, deterdžentima, kiselinama (solna, varekina i sl.) onesposobiti za posao.

Stoga (141 b) se mora istaknuti značaj medicine rada i ocjene radne sposobnosti. Uočavanje svakog oboljenja, naročito onog, koje bi moglo postati kontraindikacija za rad takvom bolesniku, pošteđet će od neugodnosti i napredovanja bolesti prije svega samog pacijenta, ali i njegova izabrana liječnika, a šire gledano poduzeće, zdravstveno osiguranje, tj. cijelu zajednicu.

Među takvim djelatnicama normalno je da će se naći mnogo slučajeva ekcema i kontaktnog dermatisa, koji gotovo uvijek lijepo prolaze uz uobičajeno liječenje kortikosteroidnim kremama, ponekad kombinacijom s antimikoticima i eventualno kraćim udaljavanjem s

radnog mjesta, radi uklanjanja izvora iritacije. Naravno, ako su ruke takve pacijentice već od ranije promijenjene, ako postoje verificirane dermatološke dijagnoze, onda će daljnim ekspozicijama doći do trajnih oštećenja i nemogućnosti za rad.

Od posebne važnosti kod takvih djelatnica je pregled lokomotornog aparata. (132).

Pacijentice obavljaju fizičke poslove dizanja tereta, makar i lakšeg, rade u prisilnom položaju kralježnice koji zahtijeva često prignuti položaj, čučanje, klečanje, dizanje ruku iznad glave.

Na prvo mjesto (154) i kod ispitanih djelatnica dolazi, gledano u svezi lokomotornog aparata, kao uzrok izbivanju s posla, akutni lumbosakralni sindrom. Izbivanje s posla zbog takovih bolesti zna se jako produžiti, jer takvi bolovi polagano prolaze, pa se razvija subakutna i kronična slika bolesti.

Česti su slučajevi oštećenja lumboishijadičnog živca zbog nastale diskopatije, pa se zna dogoditi da pacijentice završe i na operaciji. Poslije slijede dugotrajne rehabilitacije, toplice, fizikalna terapija, te takva bolovanja znaju potrajati i godinu dana nakon operacije.

Iako u najvećem broju slučajeva operacije završavaju vrlo uspješno, treba imati na umu da ipak (138) takove osobe nisu u potpunosti zdrave i da njihove opće sposobnosti opadaju u odnosu na ranije.

Zato, ne samo da je potrebno takvim osobama zabraniti fizičke poslove, već se preporuča (137) provođenje preventivnih pregleda već kod adolescenata. Razvijene su čak i cijele nacionalne studije financirane od vladinih organizacija, da se odgovarajuće osobe usmjere na odgovarajući posao. Na taj način postigla bi se puna svrha medicine rada, spriječila rana obolijevanja, bolovanja, invalidnosti i povrede na poslu. Kod ispitanih djelatnica dosta često nailazi se i na dg. hipertoniје. U načelu, osim kod onih najviših, tzv. malignih

hipertonija gdje je dokazan organski uzrok bolesti, pacijent je sposoban za posao uz terapiju. Postojanje hipertonijske kod ispitanih pacijentica vjerojatno bi se moglo dovesti u vezu s nadraženošću autonomnog nervnog sustava, postojanjem adipoziteta, pušenjem i konzumiranjem neadekvatne ishrane s puno soli i začina, a ponekad i uzimanjem alkohola.

Osim svima dostupne dijete, danas postoji vrlo široka paleta lijekova antihipertonika, od diuretika, beta-blokatora, ACE-inhibitora, kalcijevih antagonista, mogućnosti kombinacija više lijekova, pa i uz dodatak sedativa ako je potrebno, na koji način je moguće hipertoniju vrlo efikasno liječiti i držati pacijente radno sposobnima (110).

Stresne situacije (105) pokazale su direktan utjecaj na povišenje tlaka. Problemi u porodici, alkoholizam supružnika (155), nasilno ponašanje supružnika u alkoholiziranom stanju, problemi s djecom - slab uspjeh u školi, bježanje djece od kuće, problemi na poslu uključujući sve opisane čimbenike nemotiviranosti, dovode s vremenom do pojave negativnih emocionalnih osjećaja, nadraživanja autonomnog sustava pa i do povišenja krvnog tlaka.

Dugotrajna prisutnost hipertonijske (88) može otežati izvođenje fizičkih i mentalnih aktivnosti, izazvati cerebrovaskularne i druge poremećaje.

Budući da se radi isključivo o ženskoj populaciji, treba spomenuti da je hipertonijska u trudnoći relativno česta komplikacija, pri čemu treba razlikovati trudnice koje su i ranije bile hipertenzivne od onih u kojih se tlak povisio u trudnoći. U prvom slučaju, tijekom trudnoće dolazi do pogoršanja hipertonijske, a u drugom, kada je ona simptom gestoze (EPH), dodatno komplicira trudnoću s izgledom da prijede u trajnu hipertoniju. Od komplikacija, češći su spontani pobačaji, nedonoščad s manjom tjelesnom težinom, pa čak i mrtvorodenčad. Ukoliko je hipertoniji pridružen i dijabetes, tada su komplikacije znatno veće.

Prema podacima SZO, stopa hipertonije doseže u graviditetu i do 25%, što itekako obvezuje na pojačan angažman primarne i specijalističke zdravstvene zaštite. Ženski organizam nosi i svoje specifičnosti, prolazi kroz razdoblja fertiliteta, a uz to su vezani pojmovi trudnoće, dojenja, a kasnije i menopauze. Usprkos tome, već je spomenuto da žene sudjeluju ravnopravno u radnom procesu skupa s muškarcima gotovo svugdje.

Kod ispitanih pacijentica, osim što je u zadnje vrijeme znatno porastao trend za korištenjem bolovanja, porasla je i težnja za upućivanje na IK-u u smislu ocjenjivanja preostale radne sposobnosti.

Postoji velika želja za ostvarivanjem skraćenog, 4-satnog, radnog vremena (52), a još puno veća za dobivanjem invalidske mirovine pod svaku cijenu.

Možda tu ima utjecaja i priprema novog zakona invalidskog i mirovinskog osiguranja po kojemu će postojati obveza da žene rade do 60. godine života.

Ako im i pođe za rukom da ih invalidska komisija proglasi nesposobnim za posao i dobiju invalidsku mirovinu, onda su takve mirovine uglavnom minimalne, jer djelatnice imaju vrlo kratak radni staž, budući da su se kasno po prvi puta zaposlile. Dok imaju vlastitu plaću, to im je jedan od osnovnih elemenata materijalne i egzistencijalne sigurnosti.

Plaća je jedna od osnovnih općih potreba svake obitelji, kao i stan, pravna i socijalna sigurnost, uz prisutnost ostalih pratećih službi za normalno funkcioniranje života.

Budući da su se kasno zaposlile, takve djelatnice imaju malo radnog staža. Često su primane na poslove čišćenja ugovorno, npr. sezonski na poslove čišćenja i održavanja plaža, kupališta i okoliša, te su kasnije i zadržavane na stalnom poslu, premještane iz jednog

uslužnog servisa u drugi, gdje su radile poslove čišćenja stubišta, pranja i održavanja poslovnih i uredskih prostorija, skladišta, radionica, velikih kuhinja, menzi industrijske prehrane i slično. Tako se znalo dogoditi da su primane na posao, još za vrijeme bivšeg sustava, bez obavljenog pregleda na medicini rada. Zato danas imamo zatečeno stanje, gdje uz najveće napore i stručnost liječnika koji ih liječi, ne možemo zvesti stanje "reda" u takovu populaciju.

I to je moguće postići uz velike napore medicinske službe, na prvom mjestu njihovog liječnika.

Prije svega pacijentice najgoreg zdravstvenog stanja, kod kojih se daljnjim liječenjem ne može postići znatnije poboljšanje osnovne bolesti koja smeta u vršenju radnog zadatka, potrebno je uputiti na IK-u radi ocjene preostale radne sposobnosti, radi određivanja skraćenog radnog vremena (C/2 -invalid II kategorije), određivanja invalidske mirovine, promjene radnog mjesta na lakše uz kontraindikacije (invalid III kategorije), ili pak osposobljenja za posao uz puno radno vrijeme na istom poslu. Invalidska komisija može donijeti i odluku o daljnjem liječenju pacijenta, što je za ambulantskog liječnika najnepovoljnije, jer se na taj način već od ranije dugo bolovanje nastavlja, i to uglavnom još šest mjeseci do ponovnog upućivanja na IK-u. Rješavanje preko IK-e trebala bi biti prva metoda sprovođenja "reda" u ambulanti.

Kao druga metoda sprovođenja "reda" u jednoj takvoj ambulanti s problematičnom populacijom je točno i striktno određivanja bolovanja. Već je ranije spomenuto davanje bolovanja trudnicama u samom početku graviditeta s obzirom na fizičke poslove koje te djelatnice obavljaju, a naročito djelatnicama s rizičnom trudnoćom "molimina gravidarum" (stanja kao postojanje hipertonije u trudnoći, dijabetesa, stanje poslije spontanog abortusa, stanja prijetjećeg pobačaja i sl.).

Ovdje smatram davanje bolovanja potpuno opravdanim, jer ni jedan liječnik ne može preuzeti na sebe tu odgovornost da se takvoj ženi može za vršenja fizičkog rada nešto dogoditi-poštovanje jednog od primarnih etičkih načela (sjetimo se Hipokrata) "Primum non nocere", primarno je ne naškoditi!

Ali, isti tako treba biti odlučan pri određivanju svih drugih bolovanja. Npr. za vrijeme provođenja fizikalnih terapija ne davati bolovanja, upućivati na terapije, kad god se to može, uz posao, jer većina naših medicinskih centara radi dvokratno baš zato da bude dostupno i na usluzi pacijentu, da ne izostaje s posla i sl.

Nadalje, potrebno je skraćivati bolovanje kod svih akutnih infekcija, febrilnih stanja, gdje odmah nakon gubitka vodeće simptomatologije treba gledati uspostaviti radna sposobnost.

Pri tome treba biti energičan, bez neke "sentimentalnosti" kojoj nema mjesta pri objektivnom ocjenjivanju.

Svaki naš, a vjerujem i svaki europski i svjetski liječnik dobro je i stručno educiran, sam se usavršava bez ičijeg poticaja za svoje dobro, dobro pacijenta i zajednice. To spominjem zato, jer svakome danas treba biti jasno, da medicina nije naša, regionalna ni hrvatska, već je ona svjetska, isto tako i znanost, a medicina je danas široka znanost. Novo otkriće u medicini nije samo novost za nas, već novost za svijet. Isto tako, trebalo bi da injekcija koju prima pac. radi teške upale plaća bude ista kod nas, u Švicarskoj ili bilo gdje drugdje.

Zato liječnik, siguran u svoje znanje, a na dohvat ruke mu je nebrojeni niz dijagnostičkih pomagala i cijelih službi (od laboratorija, ETG-a, UZ-a, scintigrafije, endoskopije, niza invazivnih i neinvazivnih pretraga) može, a i mora, zatvoriti bolovanje kad prestane razlog zbog čega je otvoreno.

Smatram da riječi koje se znaju često čuti u takvim ambulantomama, kao: "Tko će biti kriv ako padnem na ulici, a vi ste me poslali raditi" ili "Odnijet ću zdravstveni karton onome tko će me liječiti", jednom pravom liječniku jednostavno ne znače ništa.

Kod ispitanih djelatnica česte su respiratorne infekcije. Mnoge od njih rade na propuhu, u hladnim prostorijama, izložene ponekad i vremenskim nepogodama za vrijeme rada na otvorenom.

Prije zapošljavanja takvih djelatnica (1), među ostalim pregledima, bilo bi potrebno napraviti RTG pluća uz spirometrijsku obradu.

Kod mnogih djelatnica naden je kasnije i kronični bronhitis, vrlo često alergijskog porijekla. Zna se da su radnice izložene prašini, prije svega za vrijeme čišćenja. Prašine ima u svim prostorijama. Radnice s pozitivnom alergijskom predispozicijom u načelu ne bi trebalo primati na takve poslove, jer kasnije postaju problem. Ne mogu čistiti tamo gdje je vršeno obnavljanje, ličenje, ne mogu ići u radionice gdje ima benzinskih para, dobivaju odmah gušenje, gube glas, dolazi do razvoja alergijskog rinitisa, vrlo često laringitisa, bronhijalne astme, kad traže priznanje profesionalnog oboljenja, tj. 100% plaćenog bolovanja, liječenje u klimatskim lječilištima i naposljetku upućivanje na invalidsku komisiju, umirovljenje ili promjenu radnog mjesta. Vrlo često invalidska komisija odredi promjenu radnog mjesta, a u poduzeću nema odgovarajućeg mjesta za novog invalida rada i onda tek nastaju pravi problemi. Takvi pacijenti se ponovo, već riješeni, vraćaju u ambulantu po bolovanje, pa kada ga ne mogu dobiti prijete svima odreda, prvenstveno svom liječniku: "Netko će to platiti ako meni ne bude dobro", prijete direktoru poduzeća, postaju opći problem. Baš zato treba ponovo navesti važnost detaljnih pregleda prije zaposlenja, da se takove situacije izbjegnu.

Nadalje kod takvih djelatnica opaža se porast pojave sistemnih oboljenja, kolagenoze i reumatskog artritisa. Za neka (97) od tih oboljenja i danas patogeneza još nije posve jasna, odnosno u osnovi postoje autoimuni procesi. Budući da su to sistemna oboljenja, bilo bi potrebno, osim sistematskog pregleda, uvesti lab. dijagnostičku pretragu kao obaveznu i to uz analizu reuma testa (CRP, fibrinogen, e-foreza proteina) uz one uobičajene rutinske pretrage.

Istina, dodatni pregledi poskupljuju cijeli pregled za ocjenjivanje radne sposobnosti, ali pozitivitet takve pretrage i isključivanje takve osobe kao kandidata za fizičku djelatnicu donijelo bi nesagledivo veće koristi i uštede od kasnijeg liječenja takve djelatnice.

Izlaganje fizičkim naporima, hladnoći, propuhu, nefiziološkim položajima lokomotornog aparata, kod takvih pacijentica (20) dovodi brzo do ispoljavanja pune kliničke slike bolesti. Opet, u odnosu na specifičnost ženskog organizma, treba navesti i pojavu ginekoloških oboljenja.

S obzirom na odlično razvijenu ginekološku službu, mogućnost stalnog kontroliranja, i to sve besplatno i bez uputnice u dispanzeru za žene, uz laboratorijsku i citološku dijagnostiku, broj ginekoloških oboljenja sveden je na minimum, teška oboljenja kao karcinomi gotovo da se više i ne viđaju, jer sve promjene poznatog tzv. PAPA brisa, koje se u slučaju bilo kakve sumnje ponavljaju, te u slučaju pozitiviteta vrše se parcijalne operacije, konizacije i sl.

Pojava benignih metroragija, sa sekundarnim sideropeničnim anemijama dosta je česta, kao i česti cistitisi-izazvani bakterijama i prehladama.

Iz ove detaljne rasprave, na kraju se može vidjeti da glavni uzrok izbivanja s posla kod zaposlenih uslužnih djelatnica nije bolest, već opće nezadovoljstvo i stres (17), te postojanje više čimbenika

nemotiviranosti za posao koji su već više puta navedeni i detaljno obrazloženi.

Oni dovode do razvoja negativnih emocionalnih osjećaja koji, pojedinačno ili više njih zajedno, čine simptome pojedinih neuroza, koje su srećom samo "površne" kako su analiziranjem razotkrivene. Kod nekih pacijentica oni postaju toliko jaki, one srljaju u bolest, u bolesti vide neko rješenje i zaštitu, možda sažaljenje drugih iz svoje okoline (147), bijeg iz stvarnosti, bijeg iz hvatanja u koštac sa svakodnevnim radnim i porodičnim obvezama. Možda i u bračnim odnosima, odnosima kod kuće nešto nije u redu, pa se to manifestira na nemogućnost vršenja posla.

Prikaz 10 izdvojenih ispitanica s jako izraženim znakovima agravacije: Jedan od čembenika, koji utječe na izbjivanje s posla, dugo ukupno trajanje bolovanja i čak dovodi do trajne invalidnosti, je sve češće prisutna agravacija, tj. težnja pacijenta da svoje simptome prikaže u puno jačem intenzitetu nego što to odgovara stvarnosti. To je naročito uočljivo nakon traumatiziranja na poslu, ali i izvan posla, te kao nadgradnja nekih neurotskih psihičkih poremećaja koji prerastaju najčešće rečeno rječnikom psihijataru - depresivne sindrome s psihotičnim pomakom.

Od anketiranih 516 zaposlenih fizičkih djelatnica opisano je 10 djelatnica s izrazitom agravacijom, a koje su postigle svoj cilj - invalidsku mirovinu, promjenu radnog mjesta, ili su, uvidjevši da neće ostvariti svoje ciljeve, napustile posao, dale otkaz ili su otišle sa svojim zdravstvenim kartonom u drugu ambulantu.

1. Pacijentica T.J., 1946. godište, okliznula se i pala na pločniku i to u vrijeme odlaska s posla kući (zadobila je povredu koja se priznaje kao ozljeda na radu).

Zadobila je povredu pod dg. Contusio capitis et commotio cerebri susp. Provela je 2 dana u bolnici i nakon toga je otpuštena na kućno liječenje. Pacijentica se žalila na stalne glavobolje i vrtoglavice, nesigurnost u hodu, gubitak orijentacije, slabljenje pamćenja, zamuckivala je u govoru, dolazila na preglede u pratnji supruga.

Nakon mnogobrojnih specijalističkih pregleda, koji su ukazivali da je stanje pacijentice u granicama normale, neurolog je preporučio pregled psihijatra i psihološko testiranje. Uglavnom, nakon prvog pregleda psihijatra, pacijentica postaje njegov stalni posjetilac, te je upućena u bolnicu na psihijatrijsko ispitivanje. Nakon boravka u bolnici, pac. dobiva dg. Organski psihosindrom, razvijeni depresivni sindrom, posttraumatska glavobolja i kronični postkomocijski sindrom. Nakon cjelokupne završene specijalističke obrade, pac. se obrađuje za invalidsku komisiju.

Članovi IK-e nisu potpuno sigurni u stanje pacijentice, pa donose odluku upućivanja na profesionalnu orijentaciju uz obavezno praćenje zdravstvenog stanja pacijentice.

Nakon višemjesečnog praćenja u centru za profesionalnu orijentaciju, pacijentici se izdaje rješenje za odlazak u invalidsku mirovinu. Iz uvida u njezin zdravstveni karton, od datuma povređivanja u XI. mj. 1993. pa do pregleda IK-e u XI. mj. 1994., vidljivo je da je pacijentica dolazila u ambulantu na pregled 36 puta.

Nakon IK-e, pac. je, od XI. mj. 1994. pa do XI. mj. 1995., bila u ambulanti 10 puta.

2. Pacijentica Š.B., 1954. godište, počinje dolaziti u ambulantu iznoseći površnu neurotsku simptomatologiju. Inače boluje od kroničnog cerviko-brahijalnog i lumbo-sakralnog sindroma, diskopatije L V-S 1. Pac. traži upućivanje psihijatru koji preporučuje bolovanje, daje dg. depresije, koja se s vremenom počinje pogoršavati- iako se po vanjskom, vrlo, dotjeranom izgledu pacijentice, to ne može zaključiti. Pac. je u govoru potpuno komunikativna, niti malo hipobulična ni usporena.

Nadalje, psihijatar traži bolničko liječenje na koje pac. pristaje, jer u protivnom ne bi više mogla dobiti bolovanje. Nakon izlaska iz bolnice, pac. dobiva dg. depresivnog sindroma, a uz dijagnozu stoji šifra po međunarodnoj klasifikaciji za psihozu.

Pac. se nakon godine dana bolovanja upućuje na IK-u, koja je pregledava s oprezom i upućuje u centar za profesionalnu orijentaciju uz obavezno praćenje psihičkog zdravstvenog stanja. Nakon više mjeseci javljanja na profesionalnu orijentaciju, pacijentici se određuje invalidska mirovina.

U razdoblju bolovanja, od III. mj. 1994. pa do III. mj. 1995., kada je dobila invalidsku mirovinu, pac. je bila, uvidom u njezin zdravstveni karton u ambulanti, na pregledu 24 puta.

U periodu od osam mjeseci daljnjeg praćenja nakon rješenja IK-e, bila je u ambulanti 3 puta.

3. Pac. K.A., 1948. godište, pala je idući s posla na pločniku, dok je čekala autobus na vlažnoj podlozi.

Pac. se odmah javila u ambulantu žaleći se na glavobolje i nesvjesticice. Nakon rutinske obrade (kraniogram, pregled neurologa) budući da su svi nalazi bili uredni, te nakon nekoliko dana bolovanja, pacijentica se upućuje natrag na posao. Ona se nakon nekoliko dana vraća u

ambulantu na pregled s polimorfnom simptomatologijom, tražeći ponovo bolovanje na kojem ostaje oko 8 mjeseci do dobivanja invalidske mirovine. Naime, pac. je upućena na detaljniji neurološki pregled, te je učinjen EEG. Na EEG-u nađene su granične promjene s pojedinačnim šiljcima i ubrzanje trase (ranije pac. nije nikada pravila EEG snimak), pa se ne može reći da li su promjene izazvane kao posljedica pada, odnosno udarca glavom.

Pac. je od strane neurologa propisan antiepileptik. Također, pac. se upućuje psihijatru, dobiva kombinaciju anksiolitika i sedativa, upućuje se i na psihološko testiranje gdje se prema testnim odgovorima dolazi do dijagnoze organskog psihosindroma.

Pac. je nakon pada bila stalno na bolovanju, tako da je u periodu od VII. mj. 1993., pa do III. mj. 1994., kada je umirovljena, bila u ambulanti na pregledu 29 puta.

Promatrajući nakon rješenja IK-e jedan isti takav period od osam mjeseci, ona je u ambulanti bila samo 8 puta.

4. Pac. Š.S., 1945. godište, izraziti je primjer osobe s jakom agravacijom i to s tako širokom simptomatologijom da nije pošteđen skoro ni jedan organ u tijelu. Pac. je izrazito adipozna, tako da je imala poteškoća u obavljanju fizičkog posla čistačice gdje se trebalo sagibati, čučati, klečati, raditi na visini-prati stakla i sl.

Kod nje se razvio kronični cerviko-brahijalni i lumbo-sakralni sindrom, došlo je do početnih deformantnih promjena u zglobovima kuka i koljena.

Vodeće oboljenje bila je najprije hipertenzija s velikim oscilacijama tlaka, dijagnosticiran joj je hipersenzitivni sinus karotikus.

Pac. je posjećivala kardiologa, ortopeda, zatim fizijatra, odlazeći na duge fizikalne terapije koje po njenim riječima nikad nisu koristile jer

ju je sve poslije boljelo još i više. Pac. se počela žaliti na bolove u trbuhu (inače imala je dva carska reza), nađen joj je kolitis, crijevna amebijaza, unutarnji i vanjski hemoroidi.

Pac. je počela dolaziti u ambulantu gotovo svaki drugi dan, na kraju je izjavila da od slabosti više ne može dignuti ruke u zrak, te da jedva dođe do ambulante.

Pac. je upućena i psihijatru, te kad joj je IK-a zatražila bolničko ispitivanje, pristala je na bolničko psihijatrijsko liječenje. Otpuštena je pod dg. organskog psihosindroma, depresije i svih ostalih ranije navedenih dijagnoza.

Nakon bolničke obrade, pac. je upućena na IK-u (to joj je inače već bilo peto ili šesto upućivanje) i konačno je dobila invalidsku mirovinu na opće zadovoljstvo-nje same, njezinog izabranog liječnika, poduzeća u kojem je radila i na kraju i liječnika same IK-e.

U periodu bolovanja, 1992.-1993. godine, pacijentica je došla na pregled u ambulantu 71 put, a nakon dobivanja invalidske mirovine, u periodu 1993. - 1994., 6 puta.

5. Pac. M.A., 1942. godište, bila je česti posjetilac ambulante i korisnik dugog bolovanja do dobivanja invalidske mirovine. Vodeća dg. bila je Sy. varicosum cruris et femoris l. utq., st. post. ekstirp. venae saphanae l. sin. Liječila se i zbog dg. st. post. cholecystectomiam, laparocoele, sy. cervico-brachiale et lumbo-sacrale chr, diskopatija L V - S 1, te psihijatrijske dijagnoze neuroze s depresivnim elementima.

Glavna smetnja obavljanju posla, pacijentici je bila operirana noga zbog proširenih vena, te je uvijek, zimi i ljeti dolazila u ambulantu s elastičnom bandažom i bila je pod stalnom kontrolom vaskularnog kirurga i dermatologa.

Nakon dugotrajnog liječenja i bolovanja, pac. je dobila invalidsku mirovinu u X. mj. 1992. godine.

U periodu bolovanja, pac. je, 1992. godine do dobivanja invalidske mirovine, bila u ambulanti na pregledu 27 puta.

1993. godine, nakon dobivanja invalidske mirovine, bila je 8 puta.

1994. godine bila je samo jednom, a 1995. tri puta i to radi traženja uputnica za zaposlenje kod privatnika!

6. Pac. B.D. 1940. godište, više je puta bila predmetom pregleda IK-e. Ona, za razliku od prije navedenih pacijentica, nije dobila invalidsku mirovinu, već je ocijenjena kao sposobna za puno radno vrijeme na svom poslu.

Vodeća dijagnoza zbog koje se pac. liječila bila je struma gl. thyroidee. Struma je bila velika, difuzna, ali hormonalno neaktivna, bila je eutireoidna. Osim strume, pac. je imala poliartralgične smetnje, kronični cerviko-brahijalni i lumbo-sakralni sindrom, diskopatiju L V-S 1. Pac. se uvijek žalila na opću slabost i malaksalost.

U V mj. 1994. ocijenjena je sposobnom za rad na svom poslu. Od V. mj. 1993. pa do V. mj. 1994., tj. do pregleda IK-e bila je u ambulanti na pregledu 21 put.

Budući da je proglašena sposobnom za posao, do V. mj. 1995. bila je u ambulanti na pregledu 28 puta, tj. učestalost dolaženja se čak povećala.

7. Pac. Đ.D., 1950. godište, također je primjer osobe sa znatnom agravacijom.

Istina, kod nje je izvršena operacija na kičmi-diskektomija LV-S 1. Stanje nakon operacije diskus hernije i nakon sprovedenog banjskog liječenja znatno se popravilo, jer su uklonjene posljedice kompresije

ishijadičnog živca. Međutim, nedugo nakon operacije simptomatologija se kod pacijentice premješta na vratnu kralježnicu, dolazi do razvoja cervikocefalnog sindroma, pac. više puta zove kući hitnu pomoć, navodi nesvjestice, vrtoglavice, slabu cirkulaciju, navodi da se gubi i sl. Hospitalizirana je na neurologiji, gdje se UZ pretragom nađe manja insuficijencija vertebro-bazilarnog sliva. Pac. se upućuje i psihijatru, jer simptomatologija ne odgovara organskom nalazu. Pac. u svojoj 44. godini dobiva invalidsku mirovinu preko IK-e.

U razdoblju od V.mj. 1993. pa do V.mj. 1994., kada je i dobila invalidsku mirovinu, pac. je bila 23 puta u ambulanti na pregledu.

Od V.mj. 1994. pa do V.mj. 1995., bila je na pregledu 8 puta.

8. Pac. Č.N., 1958. godište, liječena je i obrađena za IK-u pod dijagnozom paranoidne psihoze.

Pac. je dugogodišnji psihijatrijski bolesnik, ali radila je sve vrijeme bez ikakvih poteškoća.

Prije više od 5 godina bila je hospitalizirana na psihijatriji i bila je već predmetom IK-e. Tada je proglašena sposobnom za posao.

Od tada pa do početka 1995. godine, nije uopće dolazila na preglede u ambulantu, već je uredno obavljala svoj posao.

U II.mj. 1995. godine iznosi niz polimorfnih psihičkih smetnji, ali bez manifestnih psihotičnih elemenata. Pac. je otvoreno bolovanje i upućena je psihijatru. Na bolovanju je ostala sve do X. mjeseca ove godine kada ju je IK-a ponovo osposobila za posao u punom radnom vremenu. U tom razdoblju bila je na pregledu u ambulanti 22 puta.

Nakon pregleda IK-e, pac. više nijedanput.

9. Pac. V.D., 1958. godište, izraziti je primjer osobe s jakom tendencijom agravaciji.

Ona je u X. mjesecu 1993. pala na poslu sa stolice dok je prala stakla i zadobila je frakturu trtične kosti.

Zbog toga se liječila dugo vremena, prvo mirovanjem, zatim provođenjem fizikalne rehabilitacije. Pac. se počela držati za vrijeme dolaska u ambulantu vrlo depresivno, utučeno, bezvoljno, navodeći da nakon pada više nije ista osoba, da je sve boli, da više nije ni za što.

Budući da je vrijeme za zacjeljivanjem trtične kosti prošlo, a pac. je tvrdila da joj nije dobro, što je u više navrata došao reći i naglasiti njezin suprug-lučki radnik, koji je također odlazio s pacijenticom na IK-u "razjasniti" stanje svoje supruge. Pac. je na zahtjev IK-e upućena na psihijatriju. Pac. je dobila dg. depresivni sindrom s psihotičnim pomakom.

Pac. je u XI. mj. 1994. proglašena sposobnom za svoj posao.

U razdoblju od XI. mj. 1993. pa do XI. mj. 1994., tj. do pregleda IK-e, pac. je bila u ambulanti na pregledu 26 puta.

Kako je ocijenjena sposobnom za svoj posao s punim radnim vremenom iskoristila je godišnji odmor i opet otišla na bolovanje iznoseći pogoršanje stanja, tako da je 1995. godine bila čak 28 puta na pregledu.

10. Pac. T.R., 1963. godište, imala je povredu, ali ne na radu. Doživjela je saobraćajnu nesreću. Liječila se pod dg. contusio capitis, distorsio v. cervikalis. Dugo vremena nosila je Shantzov ovratnik, više puta pohađala je fizikalnu terapiju radi razgibavanja cervikalne kralježnice i pripadajuće muskulature. Nakon bolovanja od godinu dana, zbog preporučenog mirovanja od strane neurologa, upućena je na IK-u, gdje je ocijenjena kao radno sposobna s punim radnim vremenom na svom poslu.

Pac. je u poduzeću dala otkaz, uzela zdravstveni karton i promijenila je mjesto boravka.

Do ocjene IK-e, pac. je tijekom godine bila u ambulanti 30 puta, a nakon toga je preselila zdravstveni karton, pa više njezina dokumentacija nije dostupna.

Navedeno je 10 najkarakterističnijih primjera agravacije kod pacijentica.

Međutim, na primjere agravacije nailazi se, nažalost, u svakodnevnom radu u liječničkoj ordinaciji u provođenju kurativne zaštite.

Deset opisanih pacijentica u svezi agravacije, dozvolilo je sebi svjesno pripisivanje psihijatrijskih dijagnoza i čak bolničko psihijatrijsko liječenje.

Da im takvo liječenje nije bilo ni potrebno, govori već sama činjenica enormnog smanjivanja posjeta u ambulantu na pregled nakon dobivanja invalidske mirovine, a pogotovo netraženje uputnica za specijalističke, psihijatrijske preglede.

Nažalost, jedan pravi psihijatrijski bolesnik ima potrebu za stalnom psihijatrijskom njegom, on sam dolazi u ambulantu, traži, ako je u težem stanju, i parenteralnu terapiju, propisivanje neuroleptika, i jakih sedativa i u najvećem broju slučajeva je, upotrijebit ćemo riječ "sretan" (sjećam se jednog takvog istinskog pacijenta koji kaže da je sretan jer mu je bolje kad dobije lijek), dakle takav pacijent je zadovoljan, sretan jer ga liječimo, jer mu pomažemo.

Danas, odnosno već duže vrijeme, psihijatrijski pacijent nije više ono što je nekad bio, zahvaljujući suvremenim dostignućima na području farmakologije središnjeg živčanog sustava, otkrićem neurotransmitera i odgovarajućih receptora, stanje se izmijenilo u potpunosti, te takvi pacijenti postaju osobe s vrlo zadovoljavajućim stupnjem

funkcioniranja i resocijalizacije. Na kraju ove rasprave postavljeno je pitanje završenom mladom liječniku:

"Doktore, završili ste uspješno studij medicine i obavezni liječnički staž, položili državni ispit i osposobili se za samostalni rad. Prema tome, dobro ste osposobljeni za samostalan rad.

Da li poznajete medicinu?"

Odgovor stiže tek nakon više godina obavljanja prakse, kad se shvati da je najlakše provoditi kurativu, tj. liječiti pacijenta. A možete ga uspješno liječiti samo onda kad ga promatrate kao socijalno biće, ovisno o normalnom funkcioniranju u okolini koja ga okružuje.

Kada se jave drugi interesi, težnje agravaciji, težnje prevari, iznuđivanju bolovanja, invalidske mirovine, prestaje iskreni odnos povjerenja liječnik-pacijent na čemu se i temelji uspješnost liječenja, još od Hipokratovog doba od III.st. p.n.e., tada nastaju problemi.

Onda nastupa s djelovanjem iskusni i kompletan, nepokolebljiv liječnik, koji će, prije svega siguran u sebe, raskrinkati i pokolebati takvog pacijenta ukazujući mu na njegove nepoštene namjere. Odgovor kroz nekoliko godina prakse, mora i može biti samo takav:

Naravno, medicinu poznajem dobro i stalno se usavršavam prateći nova dostignuća!

6. ZAKLJUČAK

Kod zaposlenih uslužnih fizičkih djelatnica pokazalo se da je utjecaj neuroza i agravacije znatno izražen u djelovanju na izbivanje s posla. Neuroze i sklonosti k agravaciji utječu i na broj puta izostanaka s posla i ukupno trajanje bolovanja. Nadalje, može se zaključiti, prema simptomatologiji, odnosno analiziranim temeljnim negativnim emocionalnim osjećajima, da se i u ovakvoj populaciji (74), iako se to ne bi očekivalo, pojavljuju često i slučajevi konverzivne neuroze, uz ostale jako raširene vrste neuroze, fobičnih, depresivnih (66), anksioznih i graničnih stanja. Ponekad je teško i povući granicu prema pravoj depresivnoj bolesti (31a).

Uočavanje svih analiziranih osjećaja (straha, tjeskobe, žalosti, ljutnje, krivnje, nezadovoljstva, šutljivosti s povlačenjem, ugroženosti, razdražljivosti i uznemirenosti), vrlo je bitno za svakodnevnu liječničku praksu, jer svi ovi osjećaji pojedinačno, ili češće udruženi zajedno, međusobno se ispreplićući čine simptome pojedinih neuroza.

Otkrivanjem na vrijeme, sprečava se njihovo produbljivanje, njihova tvrdokornost i proširivanje kruga na nove predmete i situacije, a prema tome i na izbivanje s posla.

Već je u poglavlju REZULTATI prikazano da strah, žalost, ljutnja, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na broj puta izostanaka s posla, dok strah, tjeskoba, žalost, nezadovoljstvo, šutljivost s povlačenjem, razdražljivost i uznemirenost utječu na ukupno trajanje bolovanja. Upuštajući se u detaljnu analizu spomenutih osjećaja, došlo se do zaključka da ustvari neuroze koje se javljaju kod ispitanih uslužnih djelatnica možemo slobodno svrstati među "površinske" neuroze, odnosno neuroze vrlo "plitkih" karakteristika, koje je moguće bez mnogo napora razotkriti i ukloniti

tako da više ne predstavljaju izvor bolesnog stanja i razlog za bolovanje.

S druge strane, navedeni se ekstremni primjeri agravacija, gdje je produblјivanјem neurotske simptomatologije, srljanјem samih pacijentica svjesno u bolest, došlo do razvoja i psihotičkih pomaka, tako da su one postale predmetom rješavanja IK-e i na kraju su umirovlјene. Dobivanјem mirovine njihova simptomatologija naglo nestaje.

Na kraju, može se zaključiti da čimbenici nemotiviranosti za posao, (smјenski rad, nestalno radno mјesto, udalјeni lokaliteti rada, težak posao, izloženost vremenskim nepogodama, fizičko i psihičko iscrplјivanje radom i nerješavanje životnih problema radom), osim što neposredno utječu na ukupno trajanje bolovanja, svojim dugotrajnim djelovanјem utječu i na pojavu negativnih emocionalnih osjećaja, odnosno svih navedenih vrsta neuroza, kao i ojačanoј sklonosti prema agravaciji.

Pojava svih oblika neuroza u ovakvoj populaciji rezultat je teških životnih uvjeta.

Mnoge od ispitanih djelatnica došle su iz drugih krajeva zemlje sa sela, iz nerazvijenih sredina (113), zajedno sa svojim muževima, u potrazi za poslom.

Većina njih vrlo slabo obrazovana, od ispitanih 516 djelatnica 135(26,16%) nema završenu osnovnu školu, dok završenu osnovnu školu ima 218(42,25%) djelatnica bez radnih navika, posebnih kulturnih potreba i sl.

Nakon što su donekle podigle djecu i riješile stambeno pitanje, javlja se potreba za zaradom, jer veća djeca imaju i veće potrebe, tu su izdavanja za školu, knjige, stanarinu, uopće za osnovne životne potrebe.

Takve djelatnice prihvaćale su bilo kakav posao, a zapošljavaju se u srednjoj životnoj dobi zato da dobiju plaću, jer životni troškovi su takvi da ne mogu svi preživljavati od muževljeve plaće.

U manjem broju ima i rastavljenih žena (9,69%), samohranih majki, te udovica koje same ostvaruju prihode.

Danas se na poslu provodi racionalizacija. Smanjuje se broj zaposlenih, od djelatnika se traži sve više. Čistačicama povećavaju kvadraturu poslovnog prostora za čišćenje, gdje je radilo pet djelatnica stavljaju dvije djelatnice, povećava se broj ulaza i stepeništa za čišćenje onim djelatnicama koje rade na stubištima, rad u kuhinji također postaje težak-to je rad u velikim menzama industrijske prehrane, gdje se kuha i za nekoliko stotina do tisuću ljudi, gdje je potrebno dizati vreće hrane, velike posude s vodom, treba raditi u pari, vlazi, također boraviti u hladnjačama gdje se čuvaju velike količine mesa i ostale brzo pokvarljive hrane.

U svezi rada u kuhinji treba opet spomenuti i smjenski rad, isto već spomenut i detaljno analiziran u prethodnim poglavljima.

Djelatnice se moraju ponekad dizati i u 4^h ujutro, kako bi u 5^h bile na poslu, ili ako rade popodnevenu smjenu, npr. od 14^h do 22^h, noću se vraćaju s posla. Mora se opet napomenuti da se radi o djelatnicama u srednjoj životnoj dobi, koje imaju problema s kičmom (89), gotovo kod svake postoji dijagnoza kroničnog cerviko-brahijalnog i lumbosakralog sindroma, a često se nailazi i na postojenje diskopatije s blažim do srednje teškim stupnjem oštećenja donjeg motornog neurona (EMG).

To je još jedan od razloga za dolazak u ambulantu, traženja liječenja, fiz. terapije i rehabilitacije i naravno, bolovanja.

Već smo prije spominjali da sve vrste terapija, kad god je to moguće, treba obavljati uz posao.

U ovom slučaju to nije moguće, jer se djelatnica toliko iscrpi na poslu, te izgubi često i puno vremena pri dolasku i odlasku s posla, da onda nema ni snage otići do centra za fizikalnu terapiju, a niti bi joj u takvoj situaciji jedna na brzinu sprovedena terapija koristila.

Smatram da, prema tome, specifičnost populacije ima značajnu ulogu i da to treba imati također na umu prilikom određivanja općih normativa i propisa za određivanjem stope bolovanja.

U jednoj ovakvoj ambulanti, stopa bolovanja uvijek prelazi propisanu dozvoljenu granicu od 3,5% na mjesec.

Razlozi tome su multifaktorijalni-specifičnost populacije -žene, gdje ima i bolovanja zbog trudnoće, puno kućnih njega za djecu koje propisuje i daje liječnik-pedijatar, specifičnost posla (isključivo fizički, dijelom obavlja se i na otvorenom tijekom cijele godine), loše materijalno stanje, opće socio-ekonomske prilike, te tek na kraju bih naveo bolest kao razlogom bolovanja.

Konačno, može se izvesti zaključak da za smanjenje utjecaja neuroza i agravacija kod zaposlenih uslužnih djelatnica na izostanak s posla bilo bi potrebno izmijeniti uvjete života i olakšati radne uvjete.

Na taj način smanjio bi se broj negativnih emocionalnih osjećaja, kao i njihovi intenziteti, tj. pojedini oblici neuroza. Izabrani doktor medicine sam, kao jedinka, tu ne može puno učiniti (79a) već jedino ako djeluje po načelima primarne zdravstvene zaštite, tj. da započne surađivati sa socijalnom službom, socijalnim radnicima, predstavnicima poduzeća-sindikatom i direktorom, društveno-političkom zajednicom, humanitarnim organizacijama, odgojno-obrazovnim organizacijama, Crvenim križom i Caritasom.

Na taj način, doktor medicine mora postati pokretač promjena, provodilac jedne socijalne i humanitarne politike, provodeći tri osnovna principa rada: dentoloških (etičko-pravnih), didaktičkih

(svrha je da ljudi prihvate mjere, aktivnosti zdravstvene zaštite) i socijalno-medicinskih (držeći se načela da je čovjek povezan sa zajednicom svojim fizičkim, socijalnim i psihosocijalnim vezama).

Jedino tako izabrani doktor medicine može uspješno sprovesti ostvarivanje cjelokupne zdravstvene zaštite.

Ideju prava na zdravlje u praksi treba shvatiti kao pravo na zaštitu zdravlja. To pravo je građansko pravo i pripada grupi socijalnih prava (kao pravo na slobodu, rad, stan, izbor zanimanja, zdravu okolinu) što predstavlja dio socijalnog blagostanja.

Izabrani liječnik, služeći se tim mjerama, može šire društvene strukture upoznati s problematikom svoje populacije.

Sjetimo se samo definicije zdravlja prema SZO, koja kaže da zdravlje nije samo odsustvo bolesti i onemoćalosti, već je zdravlje stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja.

Kada jedna populacija, u ovom slučaju zaposlene uslužne fizičke djelatnice, shvati da cjelokupna zajednica vodi brigu o njoj, pa to i osjeti raznim poboljšanjima (povećanje plaće, poboljšanje zaštite na radu, rad u 1 smjeni, dobivanje stalnog radnog mjesta, dodjeljivanje posla prema mjestu stanovanja, olakšavanje uvjeta na poslu, uklanjanje od vremenskih nepogoda, davanje mogućnosti napredovanja vrijednim djelatnicama, mogućnosti doškolovanja, smanjenje fizičkog i psihičkog iscrpljivanja radom i rješavanje životnih problema radom-krediti za izgradnju stanova, kuća), tj. u najvećoj mogućoj mjeri prema postojećim prilikama, onda će i te djelatnice nastojati da svoje negativne emocionalne osjećaje ne prevode u bolest radi traženja bolovanja, već će svoje snage usmjeriti pozitivno u rad, svoju dobrobit i dobrobit zajednice čije su i one dio.

Napomena za čitanje tablica

1 do 10.

U tablicama 1 do 10 analiziran je odnos negativnih emocionalnih osjećaja prema broju puta izostanaka s posla.

Horizontalni stupci označavaju broj puta izostanaka s posla tokom protekle godine:

stupac 1	1 puta
stupac 2	2 puta
stupac 3	3 puta
stupac 4	4 puta
stupac 5	5 i više puta

Vertikalni stupci označavaju intenzitet osjećaja od

1-5

TABELA 1

23.1-37

ODNOS STRAHA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	86	29	14	5	4	138	26,74
2	2	34	12	8	3	1	58	11,24
3	3	14	4	5	0	1	24	4,65
4	4	24	4	9	5	1	43	8,33
5	5	168	47	23	13	2	253	49,03
UKUPNO	6	326	96	59	26	9	516	-
%		63,18	18,60	11,43	5,04	1,74	100	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=19,5755$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 1.

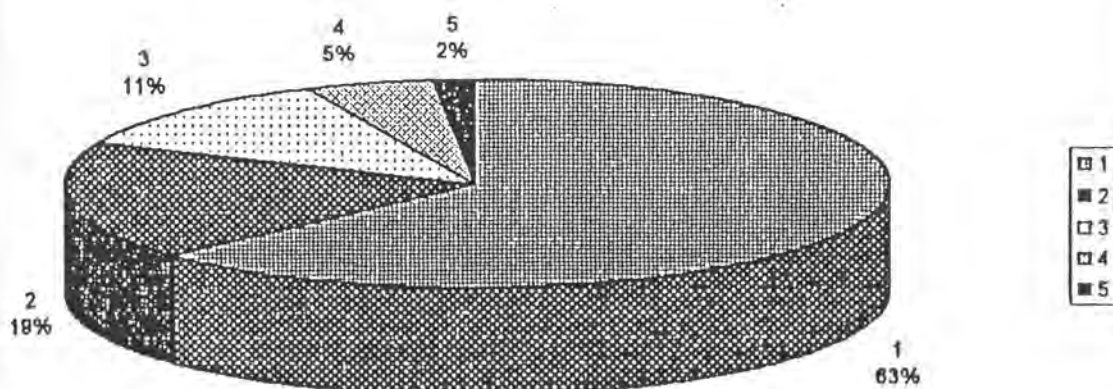
ODNOS STRAHA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5
1	1	330	37	24	391	75,78
2	2	64	13	5	82	15,89
3	3	28	9	6	43	8,33
UKUPNO	4	422	59	35	516	-
%	5	81,77	11,43	6,78	-	100,00

SS=4 $\chi^2=11,9138$
 HiKV=11,9138
 HiKV>HiKVgr.

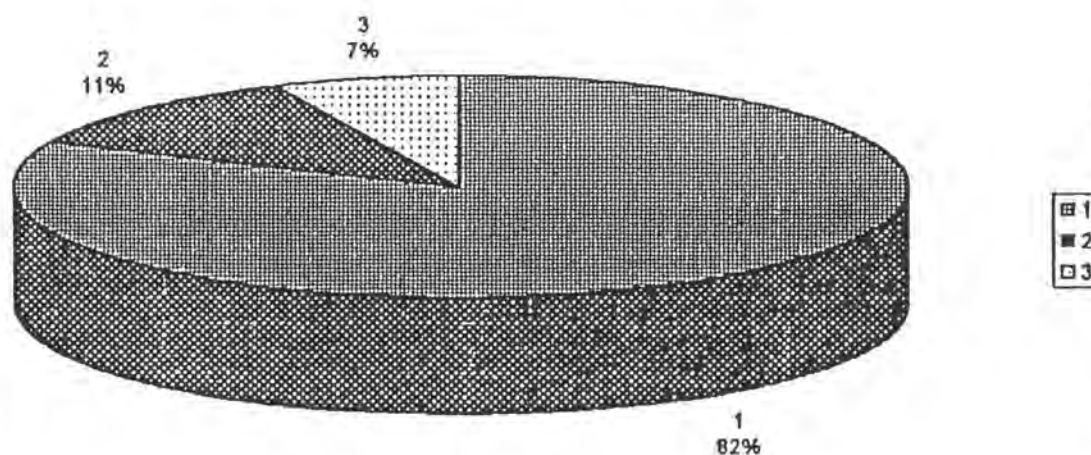
Odnos straha prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da strah utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 1

Odnos straha prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos straha prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

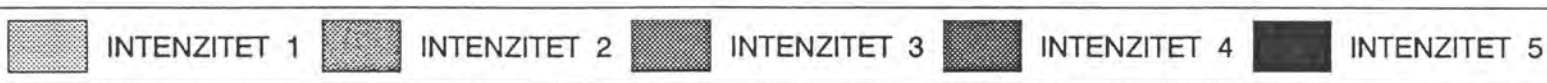
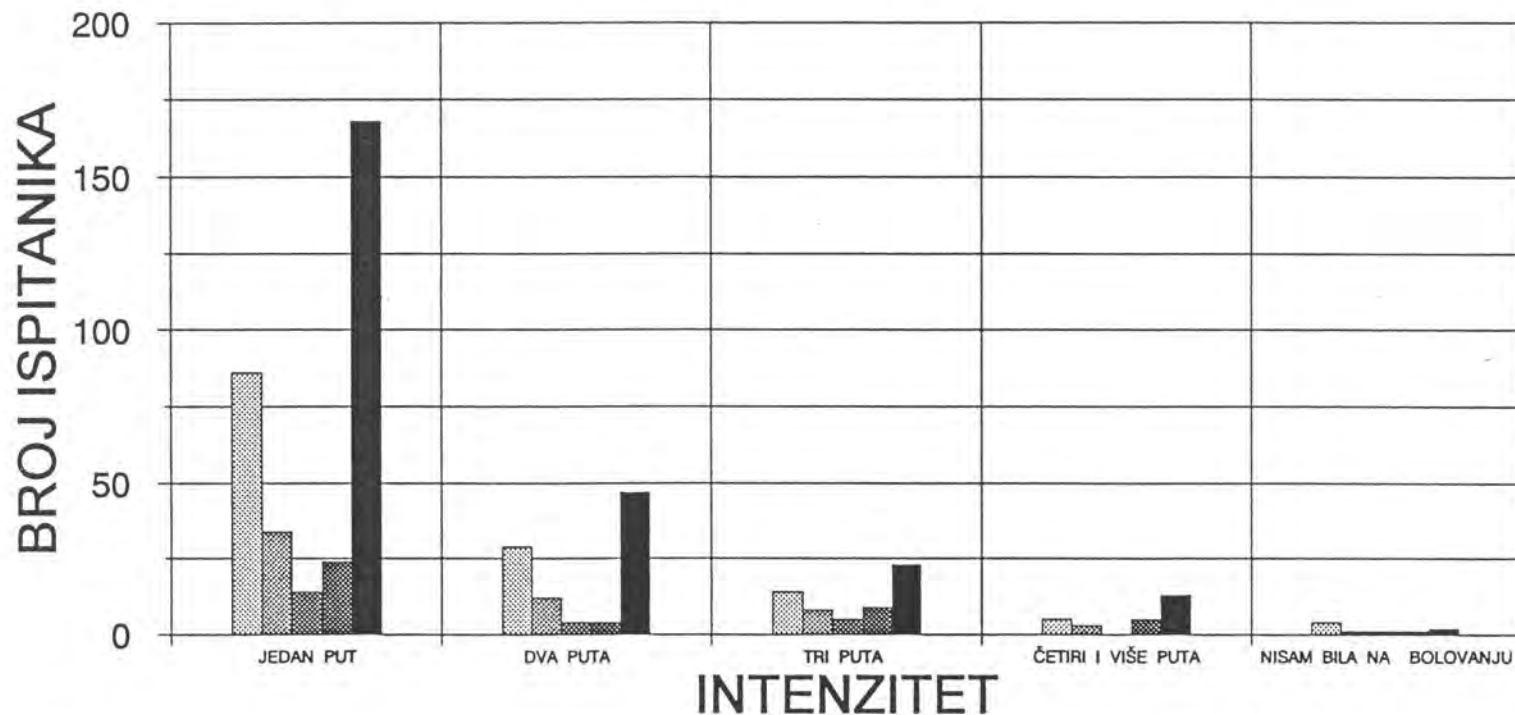


Gornji dio grafikona prikazuje odnos straha stupnjevanog prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 1.

GRAFIKON 1 a

ODNOS STRAHA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	86	29	14	5	4
INTENZITET 2	34	12	8	3	1
INTENZITET 3	14	4	5	0	1
INTENZITET 4	24	4	9	5	1
INTENZITET 5	168	47	23	13	2

TABELA 2

23.2-37

ODNOS TJESKOBNE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	76	28	23	7	0	138	26,74
2	2	31	13	12	2	0	58	11,24
3	3	13	2	8	1	0	24	4,65
4	4	23	6	9	4	1	43	8,33
5	5	164	37	40	7	5	253	49,03
UKUPNO	6	307	86	92	21	10	516	-
%	7	59,50	16,67	17,83	4,07	1,94	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=17,4945$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 2.

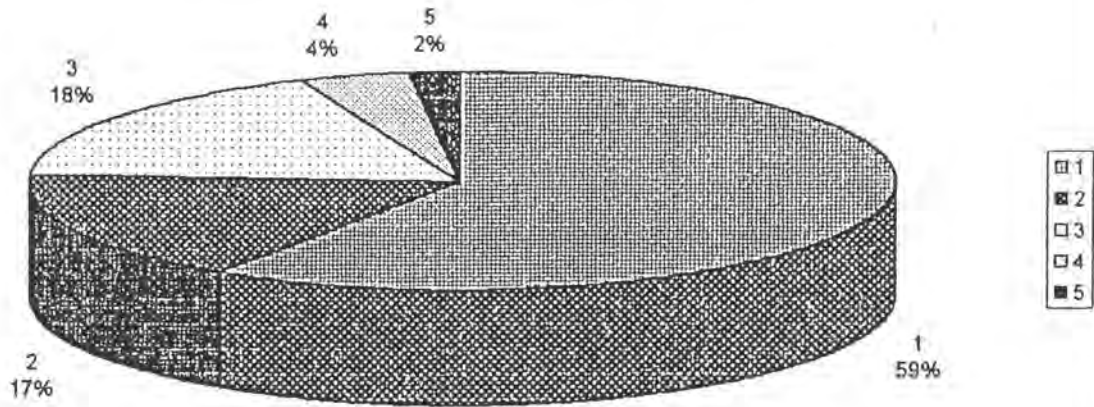
ODNOS TJESKOBNE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	305	63	23	391	75,78
2	2	59	20	3	82	15,89
3	3	29	9	5	43	8,33
UKUPNO	5	393	92	31	516	-
%		76,16	17,84	6,00	-	100,00

SS=4 $\chi^2=6,8483$
 HiKV=6,8483
 HiKV < HiKVgr.

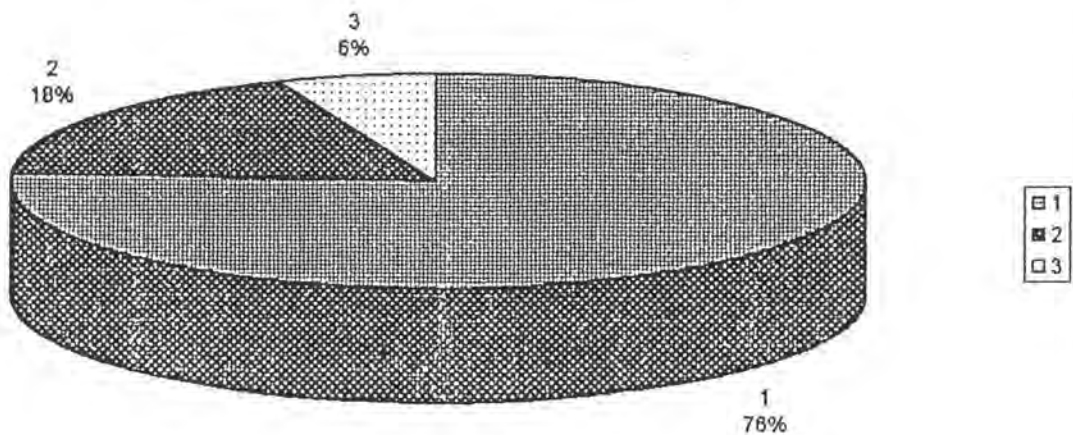
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja tjeskobe na broj izostanaka s posla.

Grafikon br. 2

Odnos tjeskobe prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos tjeskobe prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

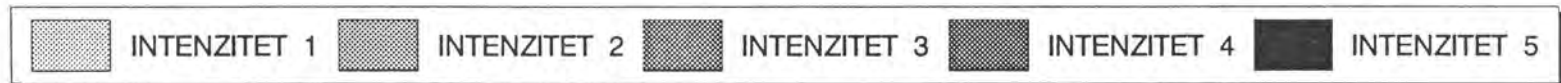
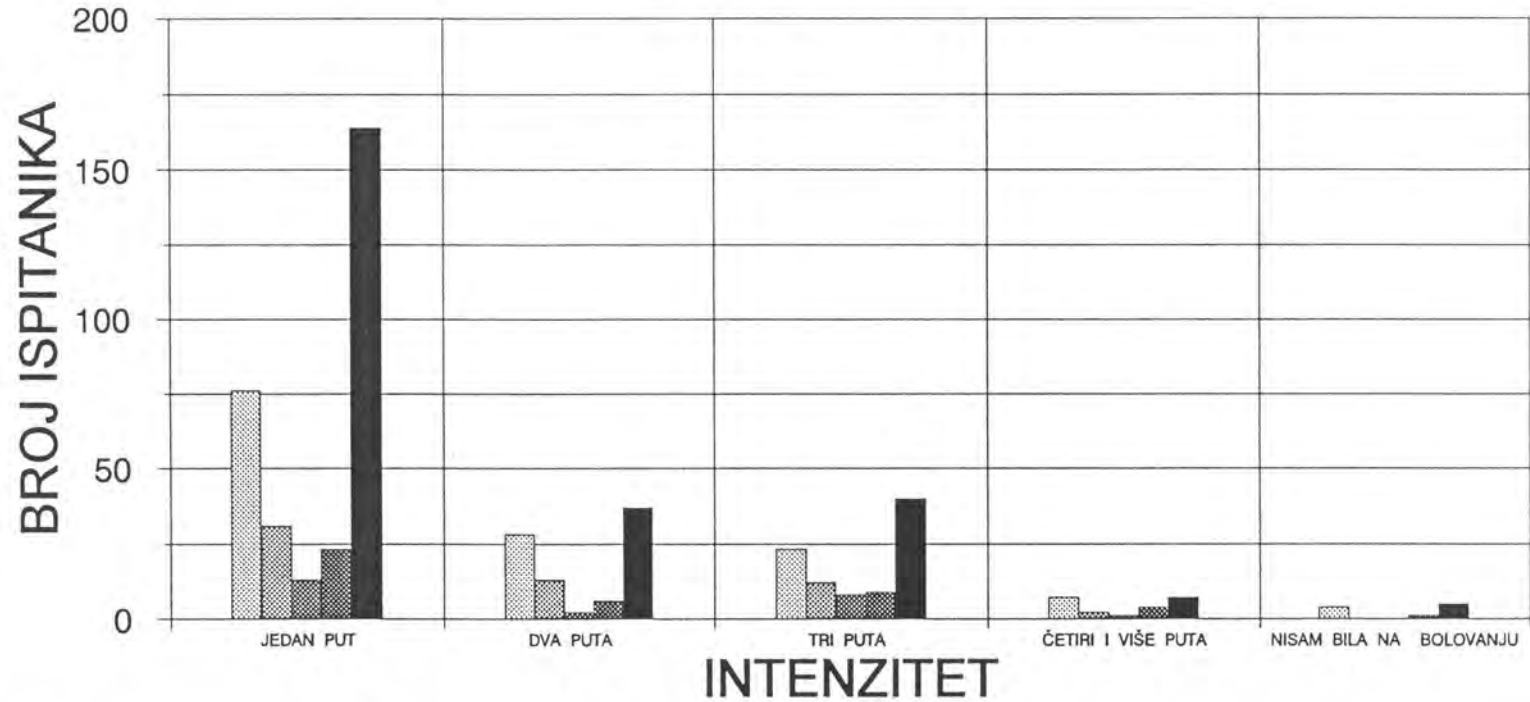


Gornji dio grafikona prikazuje odnos tjeskobe stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 2.

GRAFIKON 2 a

ODNOS TJESKOBE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	76	28	23	7	4
INTENZITET 2	31	13	12	2	0
INTENZITET 3	13	2	8	1	0
INTENZITET 4	23	6	9	4	1
INTENZITET 5	164	37	40	7	5

TABELA 3

23.3-37

ODNOS ŽALOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	83	18	25	9	3	138	26,74
2	2	34	6	15	3	0	58	11,24
3	3	14	4	5	1	0	24	4,65
4	4	21	3	12	5	2	43	8,33
5	5	166	39	32	12	4	253	49,03
UKUPNO	6	318	70	89	30	9	516	-
%	7	61,63	13,57	17,25	5,81	1,74	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=20,2649$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 3.

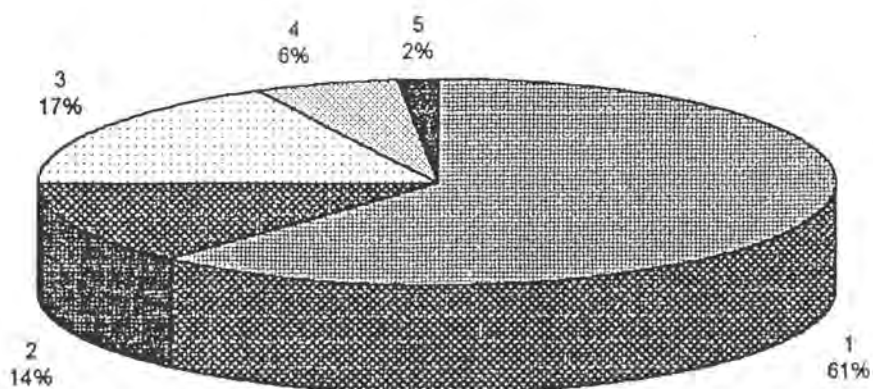
ODNOS ŽALOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	306	57	28	391	75,77
2	2	58	20	4	82	15,89
3	3	24	12	7	43	8,33
UKUPNO	4	388	89	39	516	-
%	5	75,19	17,24	7,55	-	100,00

SS=4 $\chi^2=14,8413$
 $H_{iKV}=14,8413$
 $H_{iKV} > H_{iKVgr}$.

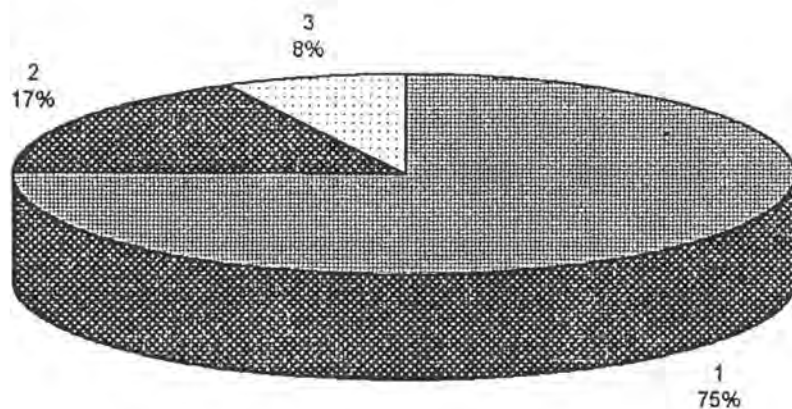
Odnos žalosti prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da žalost utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 3

Odnos žalosti prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos žalosti prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

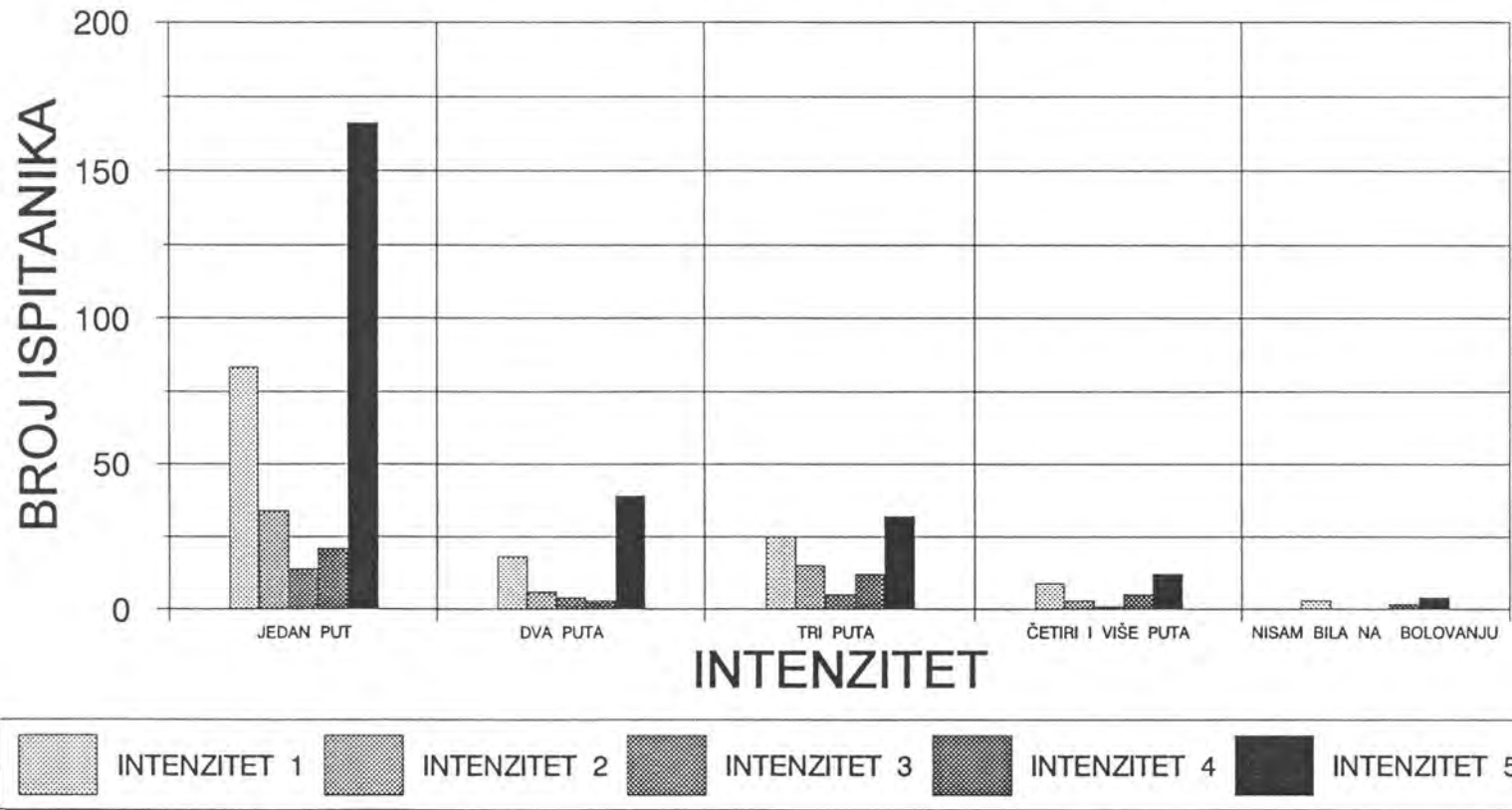


Gornji dio grafikona prikazuje odnos žalosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 3.

GRAFIKON 3 a

ODNOS ŽALOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	83	18	25	9	3
INTENZITET 2	34	6	15	3	0
INTENZITET 3	14	4	5	1	0
INTENZITET 4	21	3	12	5	2
INTENZITET 5	166	39	32	12	4

TABELA 4

23.4-37

ODNOS LJUTNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	65	18	20	26	9	138	26,74	
2	2	29	9	8	5	7	58	11,24	
3	3	8	4	4	5	3	24	4,65	
4	4	19	7	7	5	5	73	8,33	
5	5	164	34	30	14	11	253	49,03	
UKUPNO	6	225	72	69	55	35	516	-	
%	7	55,23	13,95	13,37	3,62	6,78	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=34,2105$

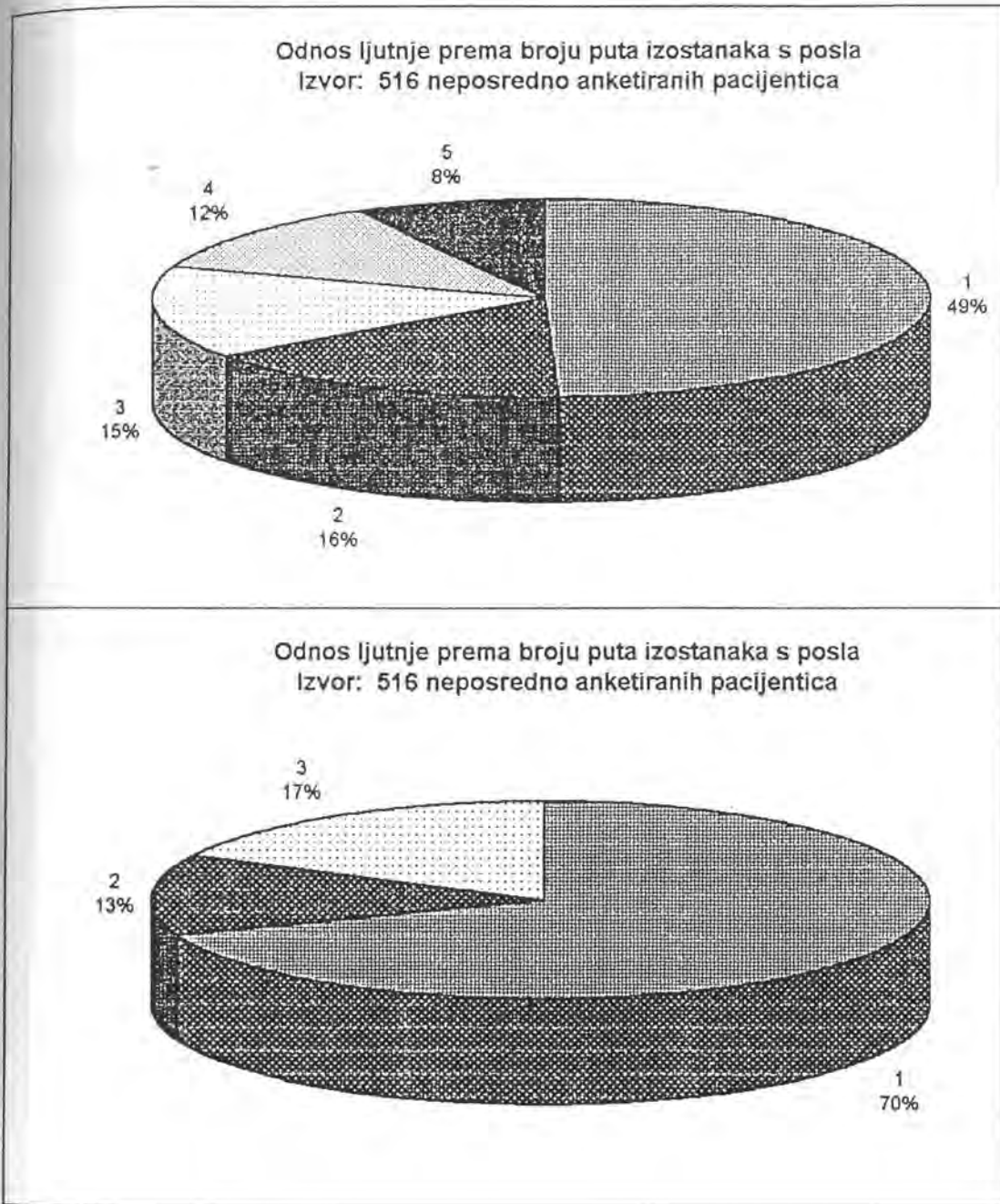
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 4.

ODNOS LJUTNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	121	28	47	196	37,98	
2	2	38	11	18	67	12,98	
3	3	198	30	25	253	49,03	
UKUPNO	4	357	69	90	516	-	
%	5	69,18	13,37	17,44	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=19,85$
 HiKV=19,85
 HiKV > HiKVgr.

Odnos ljutnje prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da ljutnja utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 4

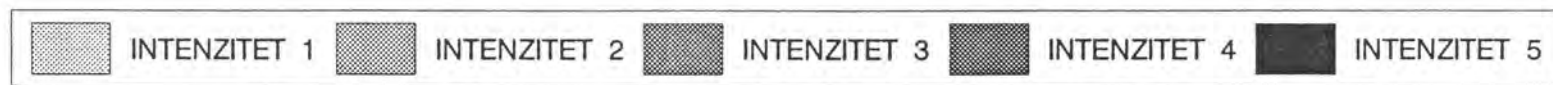
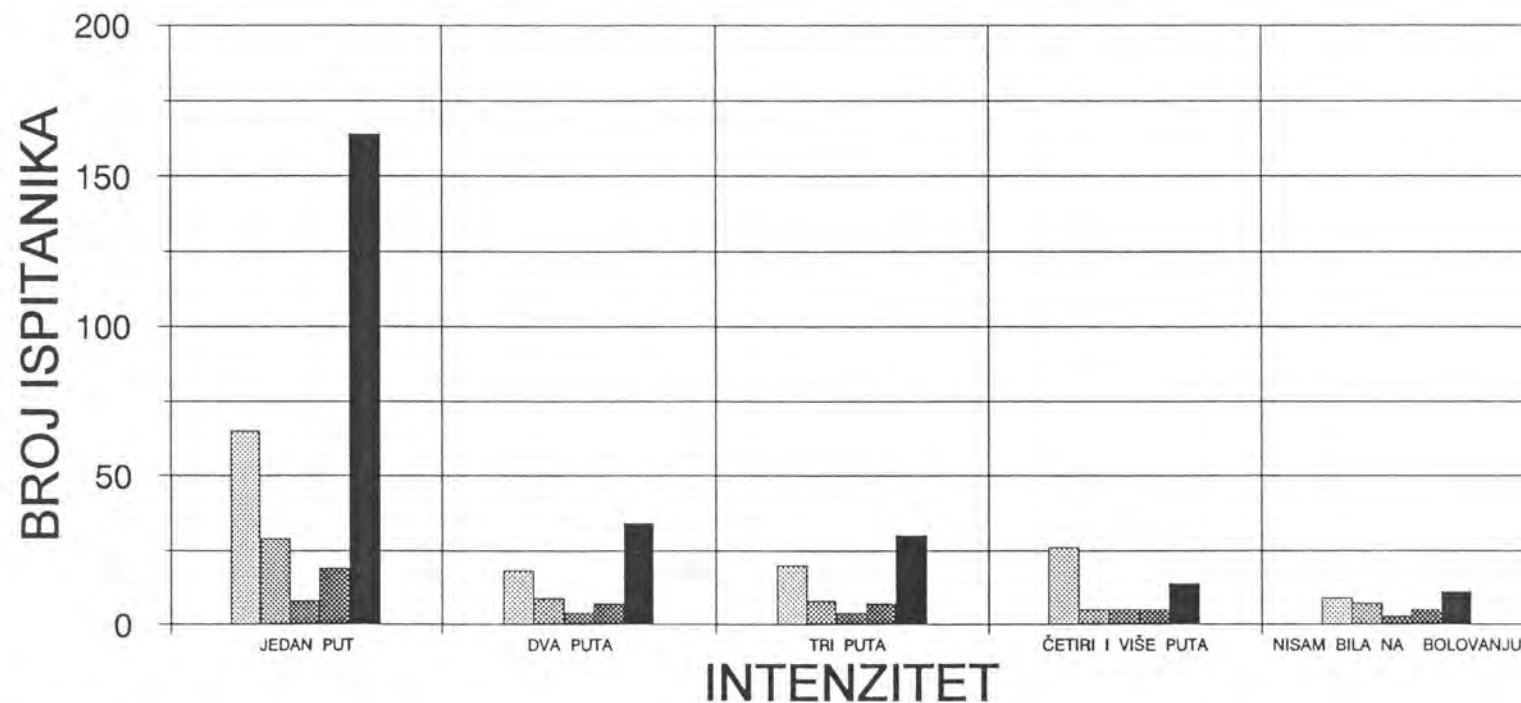


Gornji dio grafikona prikazuje odnos ljutnje stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 4.

GRAFIKON 4 a

ODNOS LJUTNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	65	18	20	26	9
INTENZITET 2	29	9	8	5	7
INTENZITET 3	8	4	4	5	3
INTENZITET 4	19	7	7	5	5
INTENZITET 5	164	34	30	14	11

TABELA 5

23.5-37

ODNOS KRIVNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	115	16	4	1	2	138	26,74	
2	2	54	2	1	1	0	58	11,24	
3	3	23	0	0	1	0	24	4,65	
4	4	37	3	1	2	0	43	8,33	
5	5	212	24	11	3	3	253	49,03	
UKUPNO	6	441	45	17	8	5	516	-	
%	7	85,47	8,72	3,29	1,55	0,97	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=14,9127$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 5.

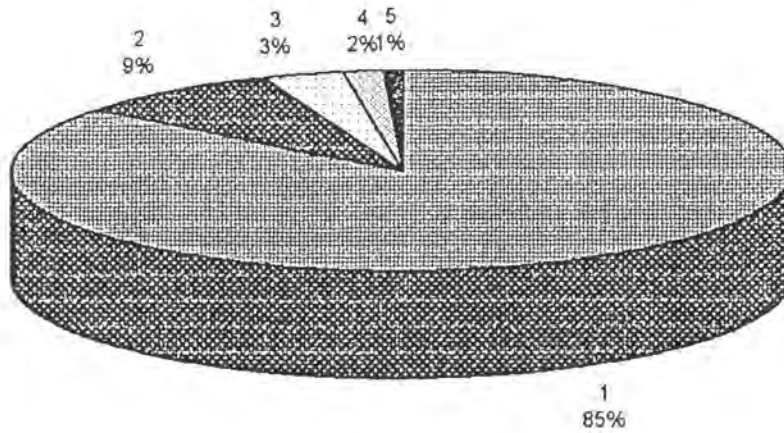
ODNOS KRIVNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	367	15	9	391	75,77	
2	2	78	1	1	80	15,50	
3	3	40	1	2	43	8,33	
UKUPNO	4	485	17	12	516	-	
%	5	93,99	3,29	2,32	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=2,988$
 HiKV=2,988
 HiKV < HiKVgr.

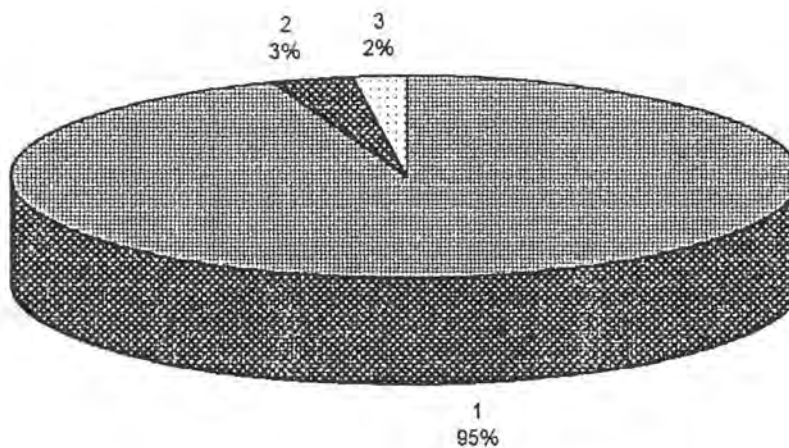
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja krivnje na izostanak s posla.

Grafikon br. 5

Odnos krivnje prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos krivnje prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

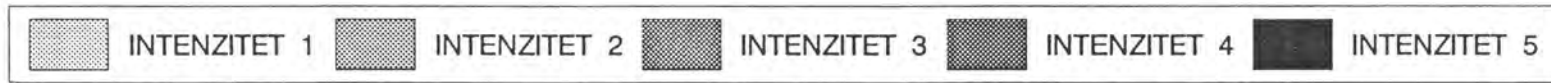
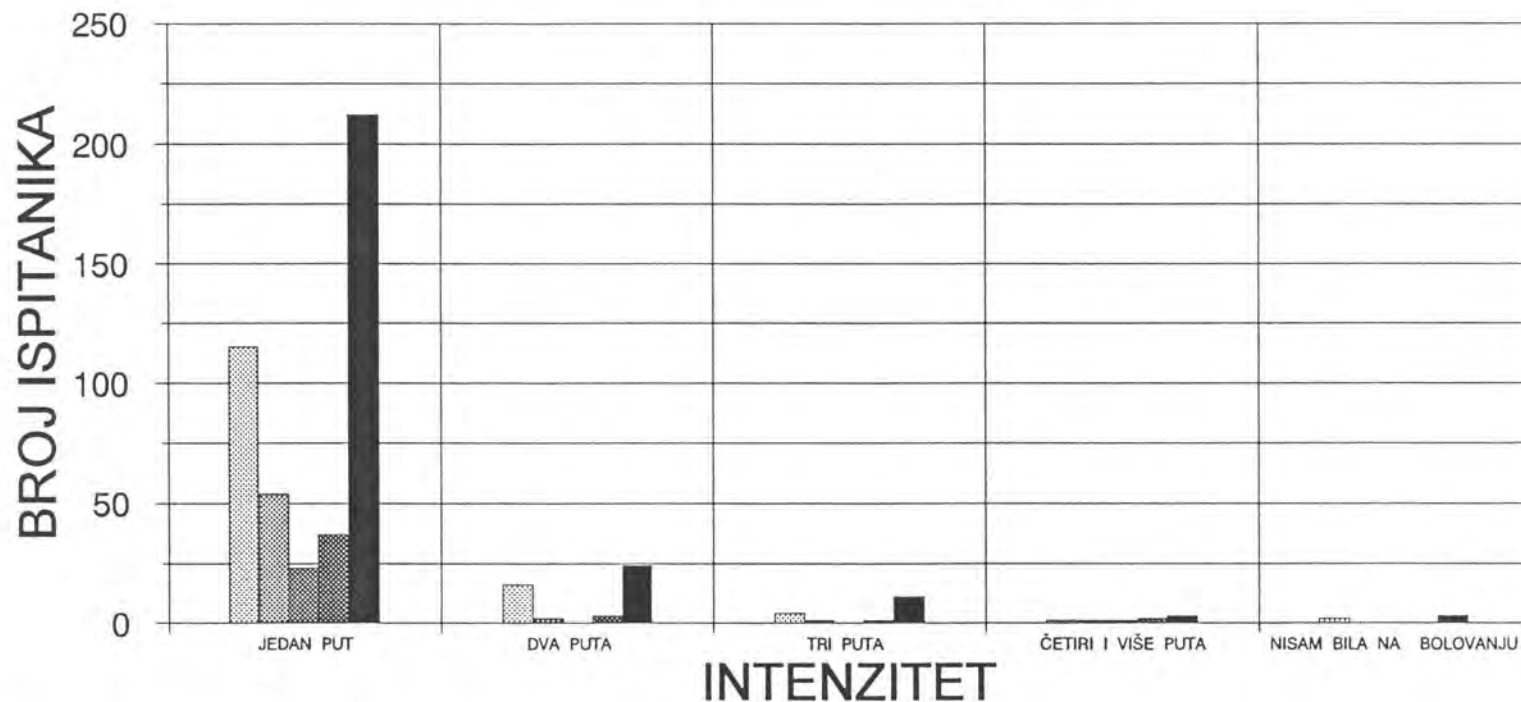


Gornji dio grafikona prikazuje odnos krivnje stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 5.

GRAFIKON 5 a

ODNOS KRIVNJE PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	115	16	4	1	2
INTENZITET 2	54	2	1	1	0
INTENZITET 3	23	0	0	1	0
INTENZITET 4	37	3	1	2	0
INTENZITET 5	212	24	11	3	3

TABELA 6

23.6-37

ODNOS NEZADOVOLJSTVA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	31	27	43	22	15	138	26,74	
2	2	18	2	24	8	5	58	11,24	
3	3	5	5	9	2	3	24	4,65	
4	4	19	4	10	4	6	43	8,33	
5	5	82	36	99	22	14	253	49,03	
UKUPNO	6	155	74	205	58	41	516	-	
%	7	30,04	14,13	39,72	11,24	7,94	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=36,4625$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 6.

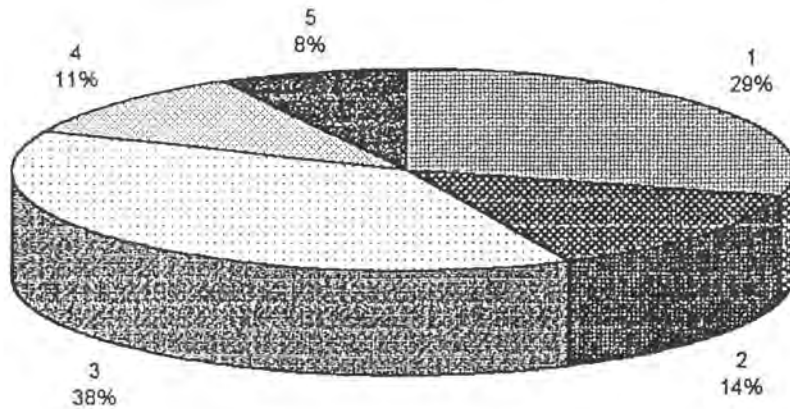
ODNOS NEZADOVOLJSTVA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	78	67	50	195	37,79	
2	2	33	19	15	67	12,98	
3	3	119	99	36	254	49,22	
UKUPNO	4	230	185	101	516	-	
%	5	44,57	35,85	19,57	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=11,425$
 HiKV=11,425
 HiKV>HiKVgr.

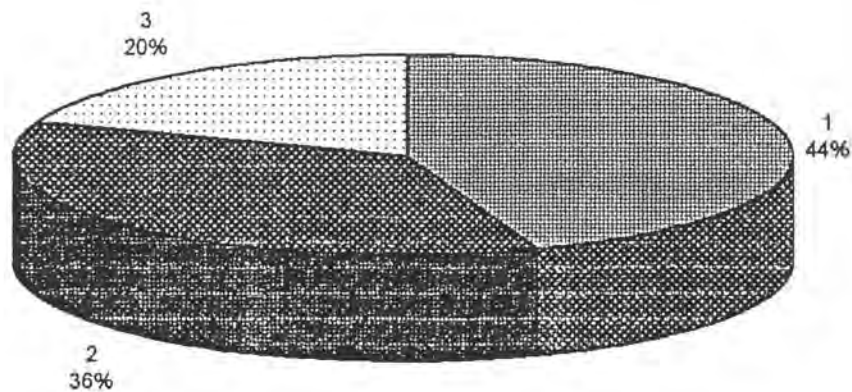
Odnos nezadovoljstva prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da nezadovoljstvo utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 6

Odnos nezadovoljstva prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos nezadovoljstva prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

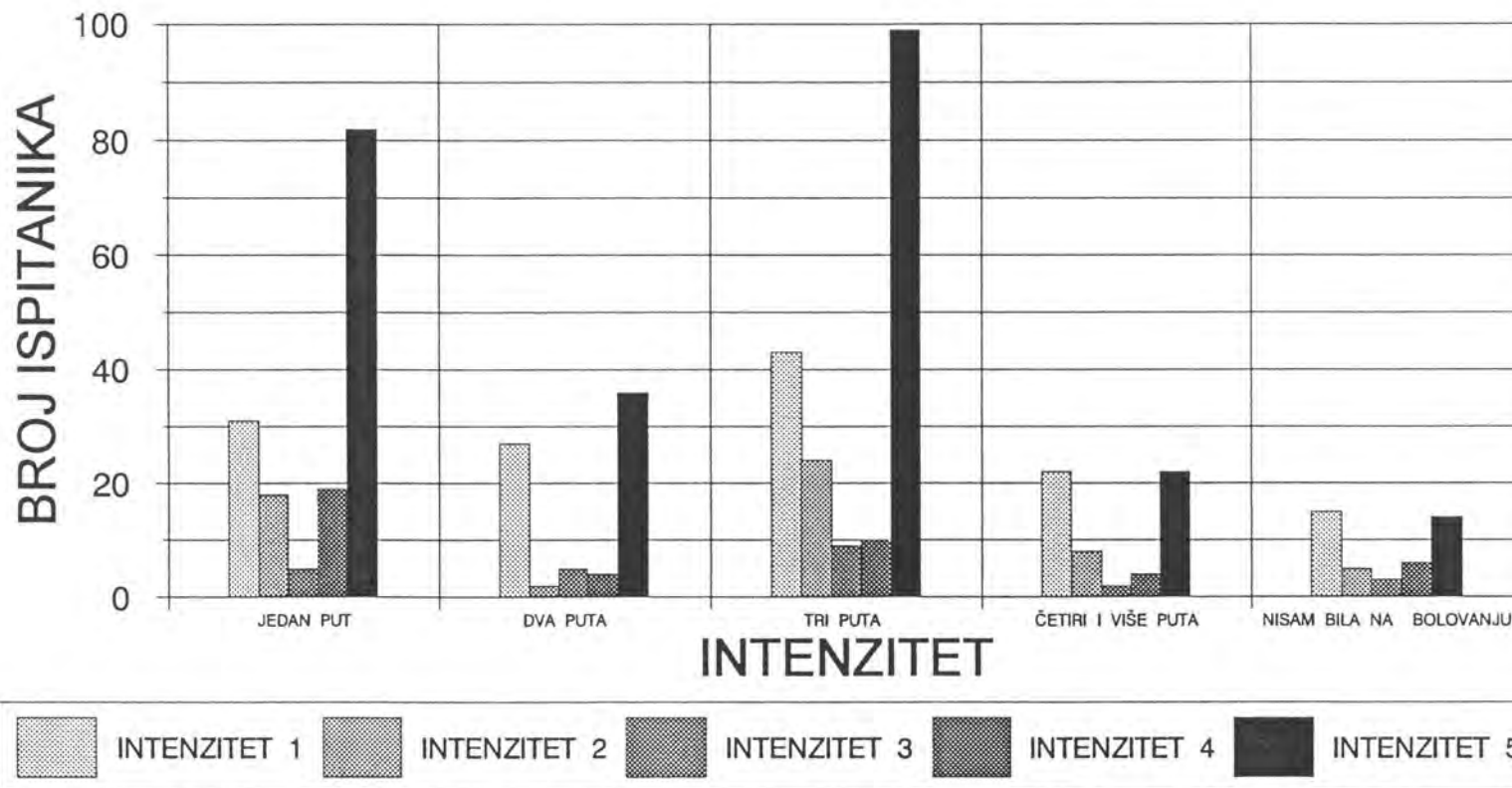


Gornji dio grafikona prikazuje odnos nezadovoljstva stupnjevanog prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 6.

GRAFIKON 6 a

ODNOS NEZADOVOLJSTA PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	31	27	43	22	15
INTENZITET 2	18	2	24	8	5
INTENZITET 3	5	5	9	2	3
INTENZITET 4	19	4	10	4	6
INTENZITET 5	82	36	99	22	14

TABELA 7

23.7-37

ODNOS ŠUTLJIVOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	80	22	21	11	5	139	26,74
2	2	48	2	7	0	1	58	11,24
3	3	20	2	1	0	1	24	4,65
4	4	26	6	8	2	1	43	8,33
5	5	178	33	24	12	6	253	49,03
UKUPNO	6	352	65	61	24	14	516	-
%	7	68,20	12,59	11,82	4,65	2,71	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=27,2213$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 7.

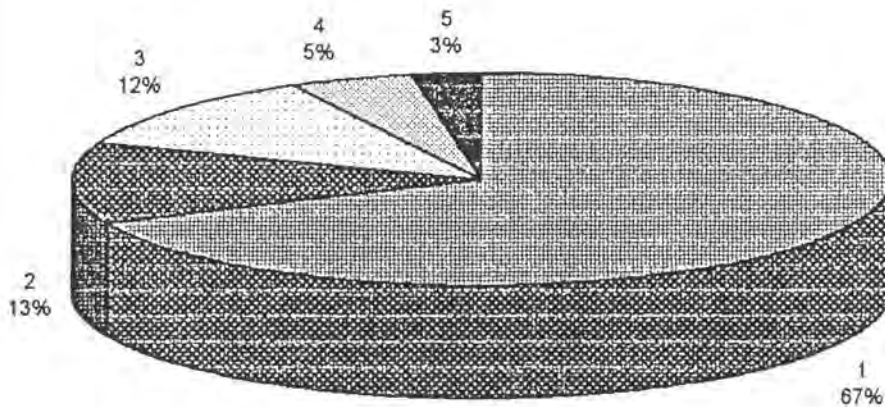
ODNOS ŠUTLJIVOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	313	45	33	391	75,78
2	2	72	8	2	82	15,89
3	3	32	8	3	43	8,33
UKUPNO	4	417	61	38	516	-
%	5	80,81	11,82	7,36	-	100,00

SS=4 $\chi^2=9,6613$
 $H_{iKv}=9,6613$
 $H_{iKv} > H_{iKvgr}$

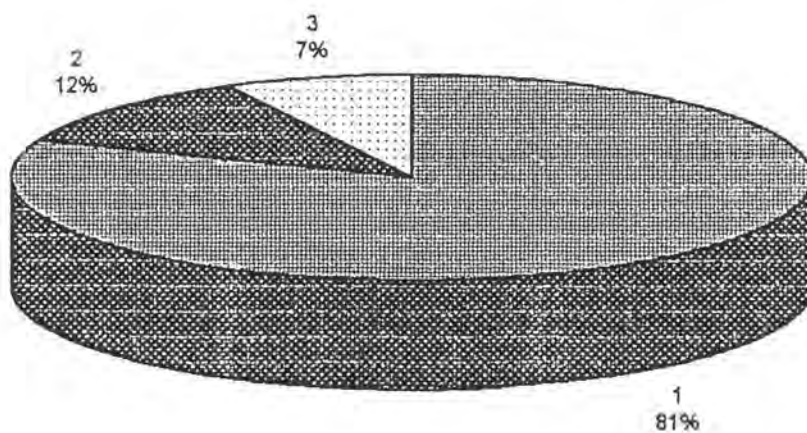
Odnos šutljivosti prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da šutljivost utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 7

Odnos šutljivosti s povlačenjem prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos šutljivosti s povlačenjem prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

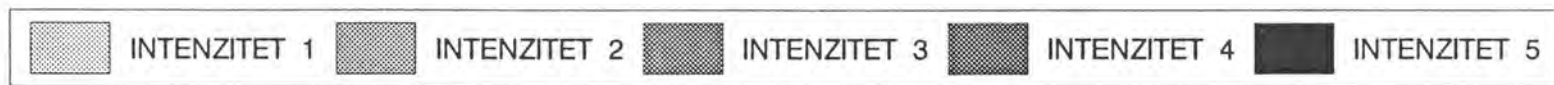
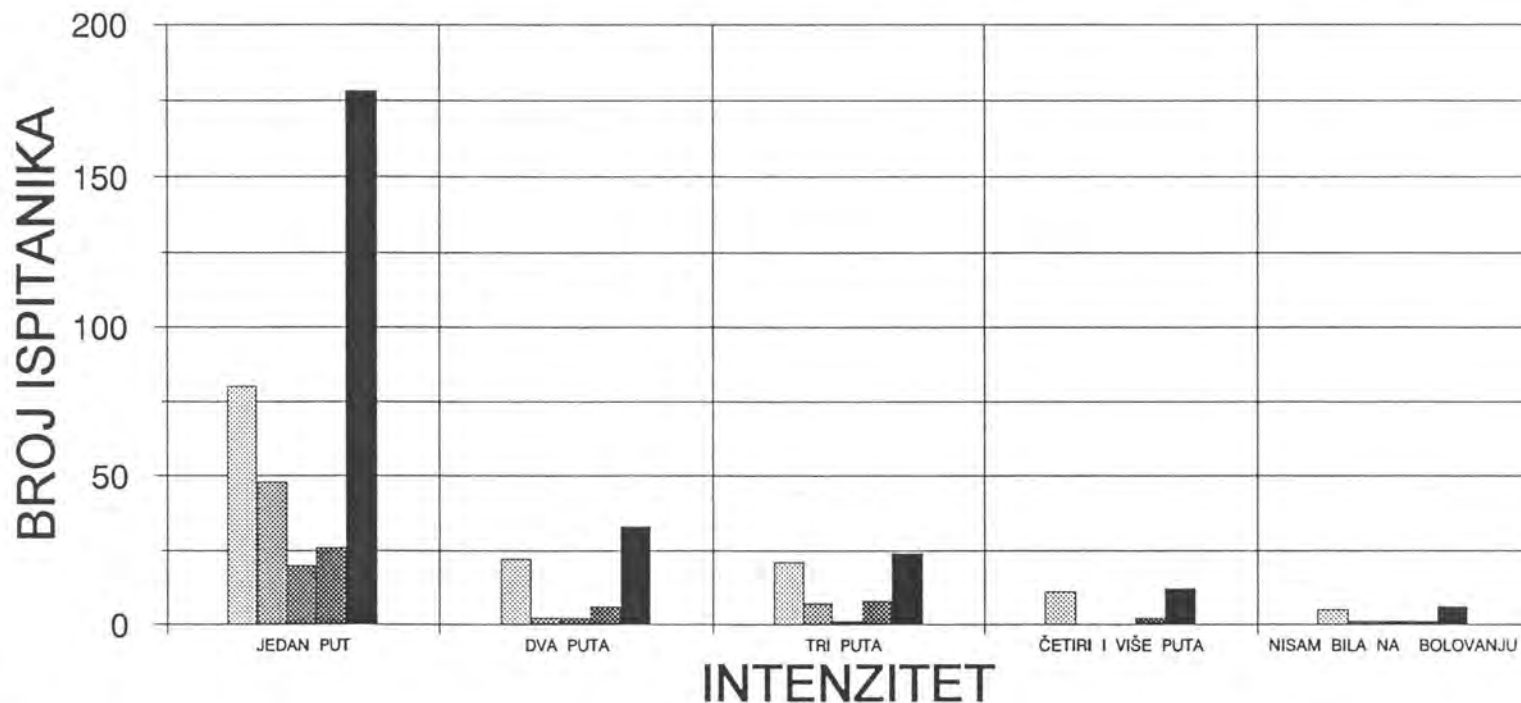


Gornji dio grafikona prikazuje odnos šutljivosti s povlačenjem stupnjevano prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 7.

GRAFIKON 7 a

ODNOS ŠUTLJIVOSTI S POVLAČENJEM PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	80	22	21	11	5
INTENZITET 2	48	2	7	0	1
INTENZITET 3	20	2	1	0	1
INTENZITET 4	26	6	8	2	1
INTENZITET 5	178	33	24	12	6

TABELA 8

23.8-37

ODNOS UGROŽENOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	110	15	6	4	3	138	26,74
2	2	51	5	0	2	0	58	11,24
3	3	20	1	2	1	0	24	4,65
4	4	36	2	3	1	1	43	8,33
5	5	213	25	7	4	4	253	49,03
UKUPNO	6	430	48	18	12	8	516	-
%	7	83,33	9,30	3,49	2,33	1,55	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=11,6083$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 8.

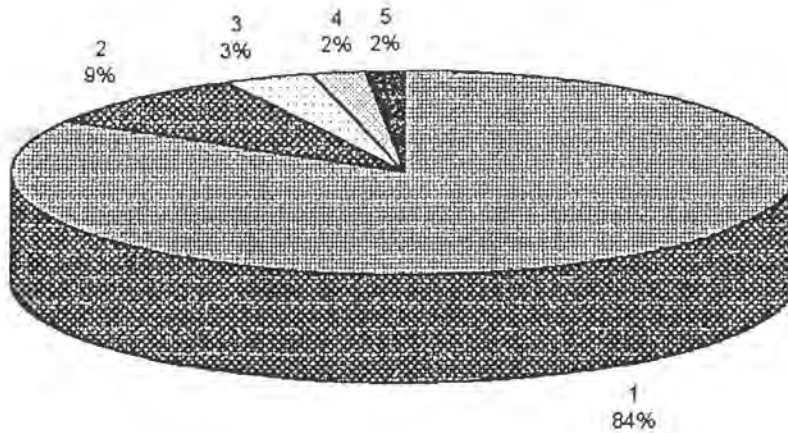
ODNOS UGROŽENOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	363	13	15	391	75,77
2	2	77	2	3	82	15,89
3	3	38	3	2	43	8,33
UKUPNO	4	478	18	20	516	-
%	5	92,63	3,48	3,87	-	100,00

SS=4 $\chi^2=2,2049$
 HiKV=2,2049
 HiKV < HiKVgr.

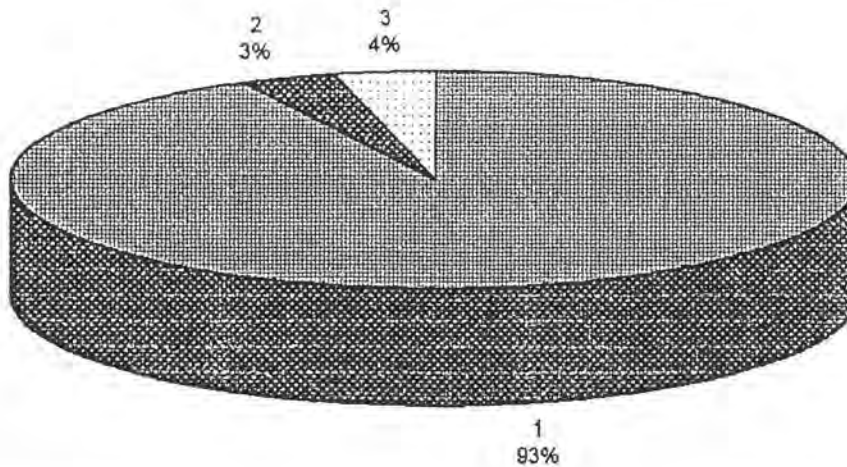
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja ugroženosti na broj puta izostanaka s posla.

Grafikon br. 8

Odnos ugroženosti prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos ugroženosti prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

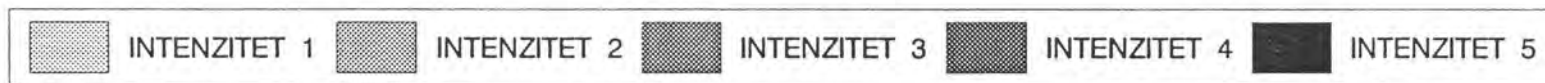
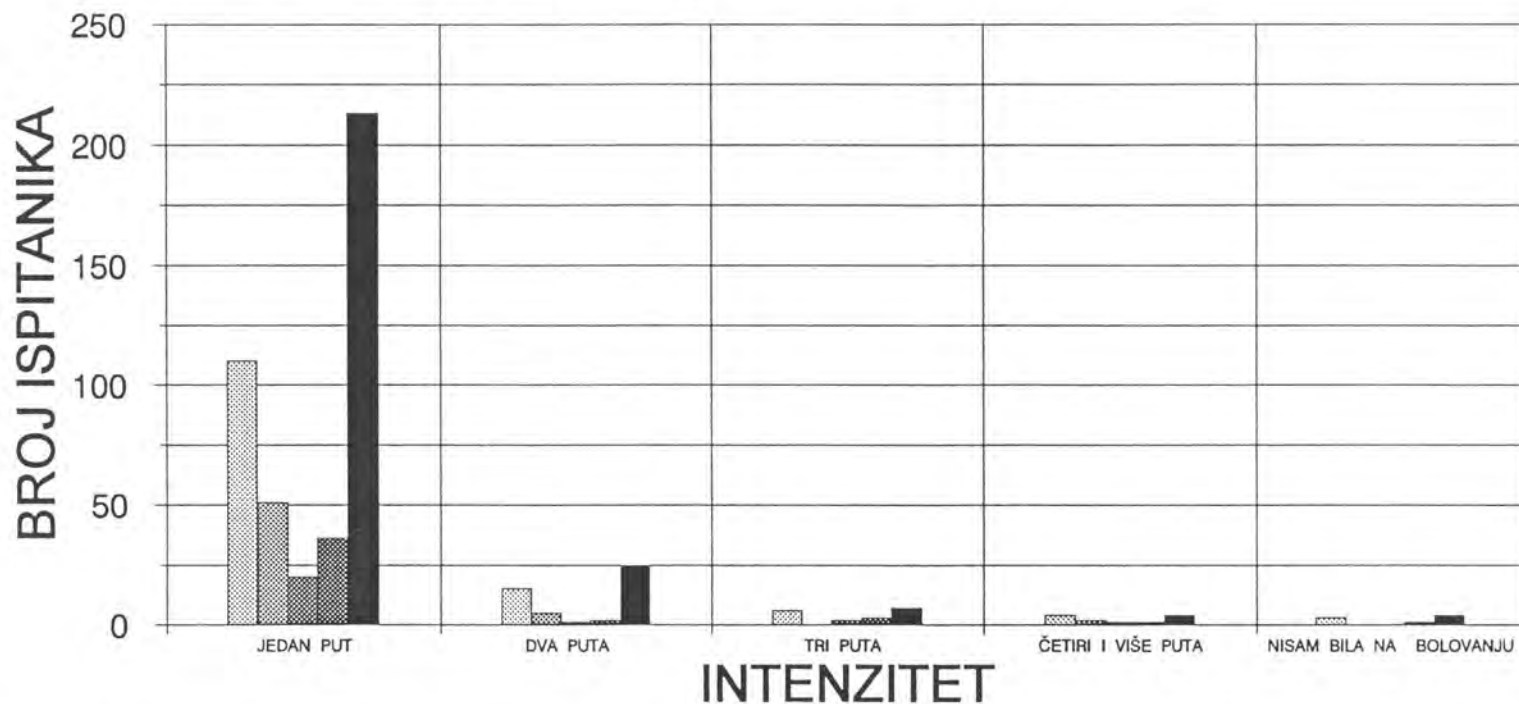


Gornji dio grafikona prikazuje odnos ugroženosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 8.

GRAFIKON 8 a

ODNOS UGROŽENOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	110	15	6	4	3
INTENZITET 2	51	5	0	2	0
INTENZITET 3	20	1	2	1	0
INTENZITET 4	36	2	3	1	1
INTENZITET 5	213	25	7	4	4

TABELA 9

23.9-37

ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0.	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	80	26	23	5	4	138	26,74
2	2	32	11	12	3	0	58	11,24
3	3	5	6	7	6	0	24	4,65
4	4	16	9	13	4	1	43	8,33
5	5	141	46	49	11	6	253	49,03
UKUPNO	6	274	98	104	29	11	516	-
%	7	53,10	18,99	20,15	5,62	2,13	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=34,204$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 9.

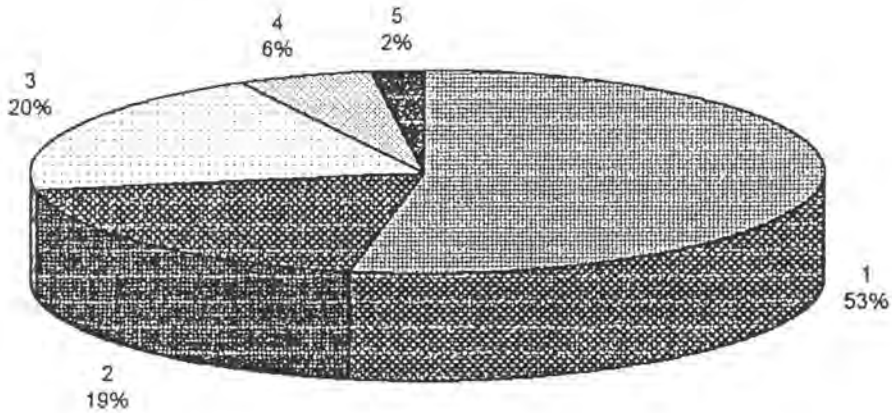
ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0.	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	293	72	26	391	75,78
2	2	54	19	9	82	15,89
3	3	25	13	5	43	8,33
UKUPNO	4	372	104	40	516	-
%	5	72,09	20,16	7,75	-	100,00

SS=4 $\chi^2=9,7073$
 $H_{iKV}=9,7073$
 $H_{iKV} > H_{iKVgr}$

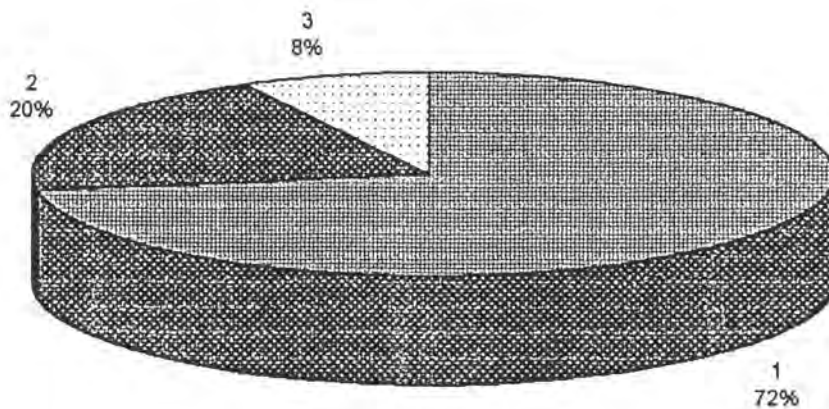
Odnos razdražljivosti prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da razdražljivost utječe na izostanak s posla.

Grafikon br. 9

Odnos razdražljivosti prema broju puta izostanaka s posla
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos razdražljivosti prema broju puta izostanaka s posla Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

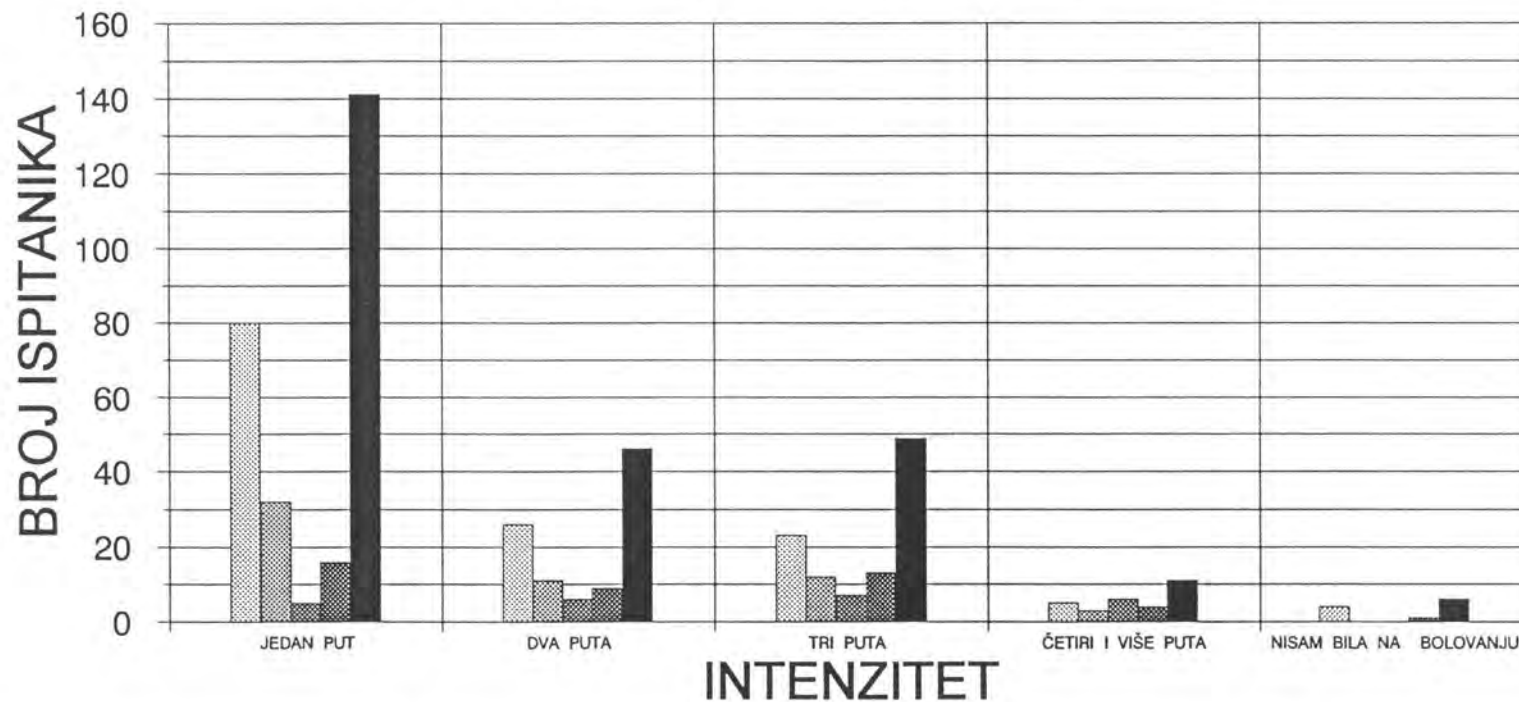


Gornji dio grafikona prikazuje odnos razdražljivosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 9.

GRAFIKON 9 a

ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	80	26	23	5	4
INTENZITET 2	32	11	12	3	0
INTENZITET 3	5	6	7	6	0
INTENZITET 4	16	9	13	4	1
INTENZITET 5	141	46	49	11	6

TABELA 10

23.10-37

ODNOS UZNEMIRENOST PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	61	21	38	14	4	138	26,74
2	2	26	8	17	6	1	58	11,24
3	3	5	4	7	4	4	24	4,65
4	4	17	6	13	5	2	43	8,33
5	5	124	49	62	12	6	253	49,03
UKUPNO	6	233	88	137	41	17	516	-
%	7	45,15	17,05	26,55	7,95	3,29	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=28,8691$

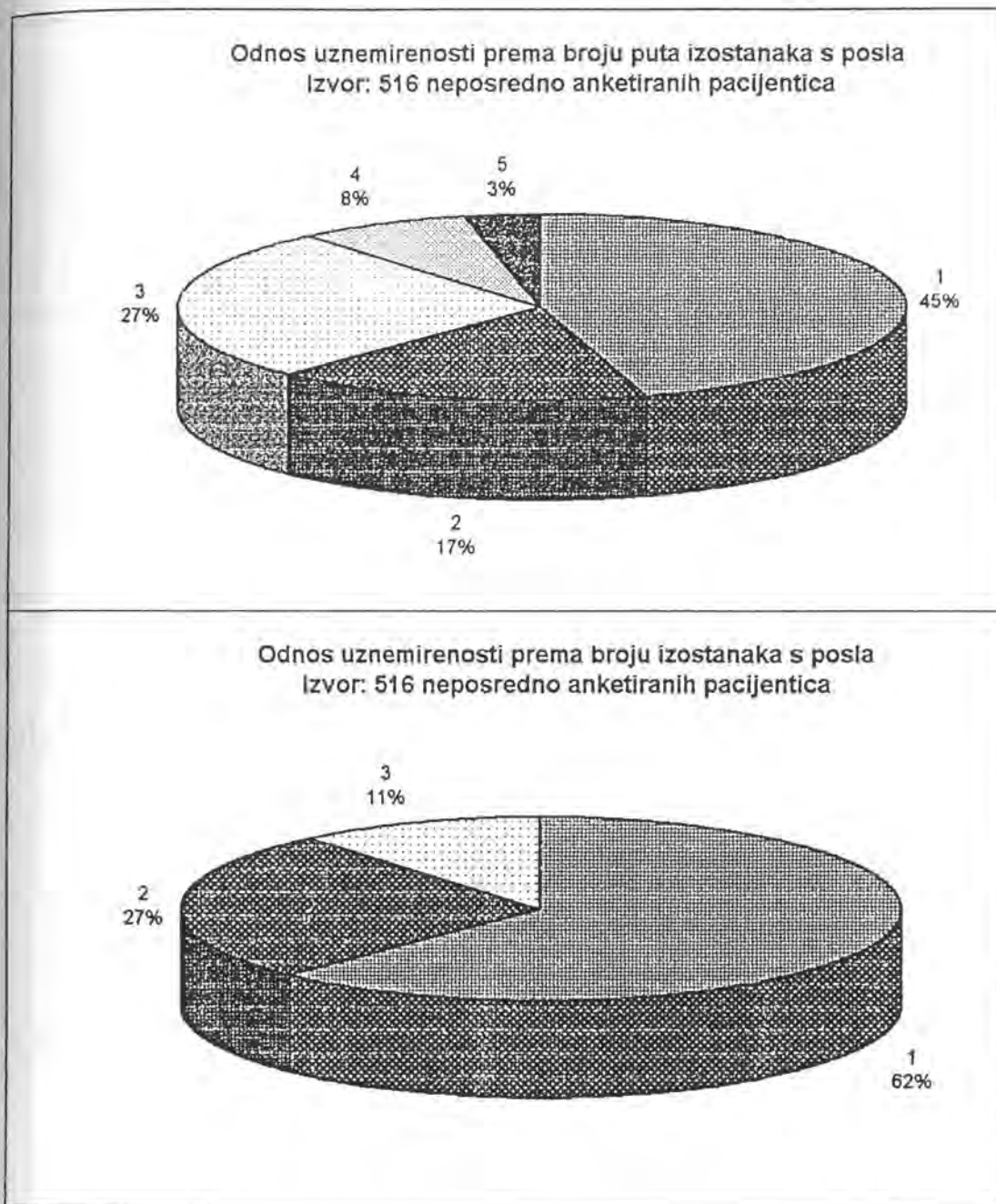
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 2+3, 4, dobiven je konačni oblik tabele 10.

ODNOS UZNEMIRENOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	255	100	36	391	75,77
2	2	43	24	15	82	15,89
3	3	23	13	7	43	8,33
UKUPNO	4	321	137	58	516	-
%	5	62,21	26,55	11,24	-	100,00

SS=4 $\chi^2=10,5132$
 HiKV=10,5132
 HiKV>HiKVgr.

Odnos uznemirenosti prema broju puta izostanaka s posla pokazuje međusobnu povezanost, tj. da uznemirenost utječe na broj puta izostanaka s posla.

Grafikon br. 10

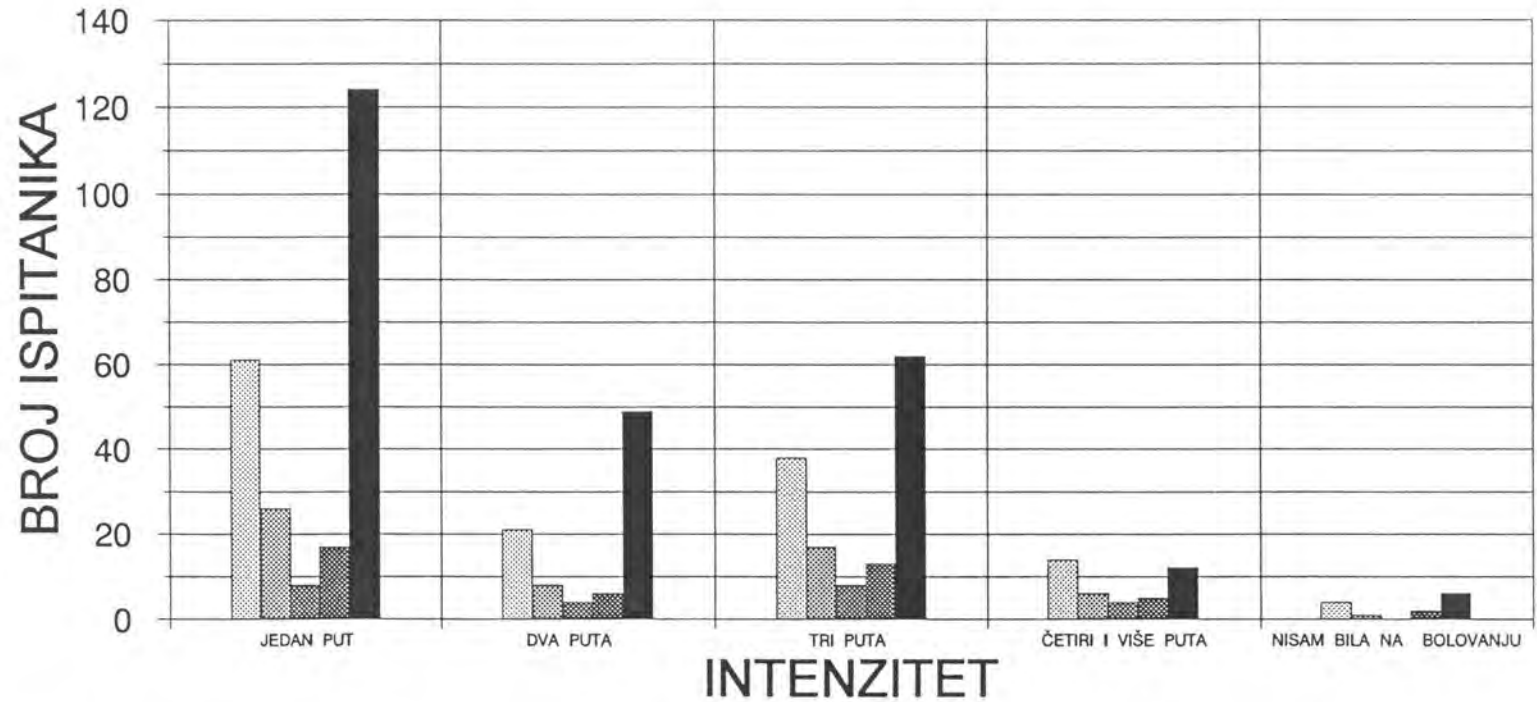


Gornji dio grafikona prikazuje odnos uznemirenosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema broju puta izostanaka s posla.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 10.

GRAFIKON 10 a

ODNOS UZNEMIRENOSTI PREMA BROJU PUTA IZOSTANAKA S POSLA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	61	21	38	14	4
INTENZITET 2	26	8	17	6	1
INTENZITET 3	8	4	8	4	0
INTENZITET 4	17	6	13	5	2
INTENZITET 5	124	49	62	12	6

Napomena za čitanje tablica

11-20.

U tablicama 11 do 20. analiziran je odnos negativnih emocionalnih osjećaja prema ukupnom trajanju bolovanja.

Horizontalni stupci označavaju ukupno trajanje bolovanja tokom protekle godine:

stupac 1	bolovanje 0-1 mjesec
stupac 2	bolovanje od 2 mjeseca
stupac 3	bolovanje od 3 mjeseca
stupac 4	bolovanje od 4 mjeseca
stupac 5	bolovanje od 5 i više mjeseci

Vertikalni stupci označavaju intenzitet osjećaja od

1 - 5

TABELA 11

23.1-38

ODNOS STRAHA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	262	72	37	18	5	394	76,36	
2	2	20	12	11	1	1	45	8,72	
3	3	16	3	2	3	0	24	4,65	
4	4	11	2	2	0	0	15	2,91	
5	5	17	7	7	4	3	38	7,36	
UKUPNO	6	326	96	59	26	9	516	-	
%	7	63,18	18,60	11,43	5,04	1,74	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=33,8467$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 11.

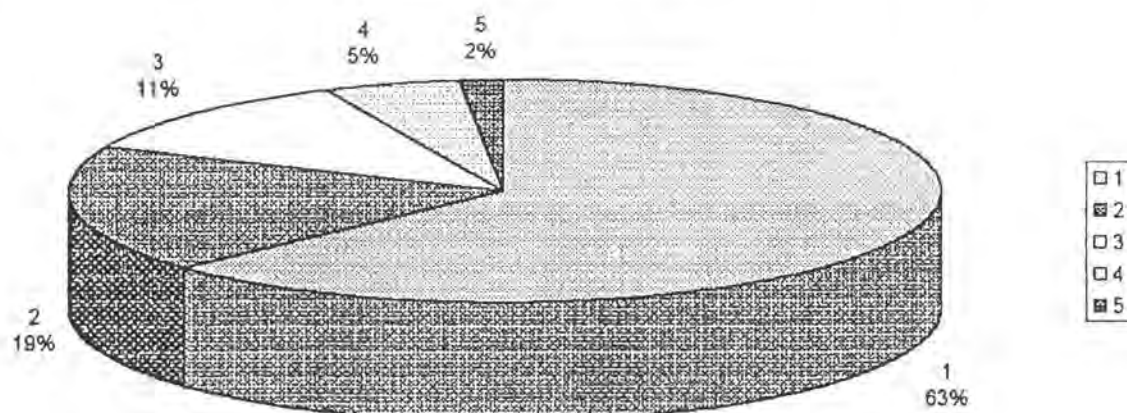
ODNOS STRAHA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	366	48	25	439	85,08	
2	2	32	4	3	39	7,56	
3	3	24	7	7	38	7,36	
UKUPNO	4	422	59	35	516	-	
%	5	81,78	11,43	6,78	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=11,9153$
 HiKV=11,9153
 HiKV > HiKVgr.

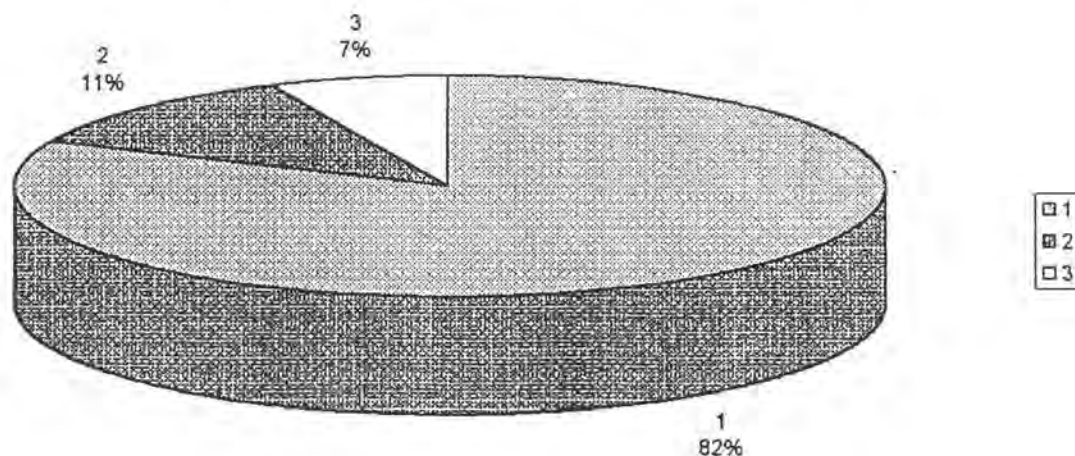
Odnos straha prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da strah utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 11

Odnos straha prema ukupnom trajanju bolovanja Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos straha prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

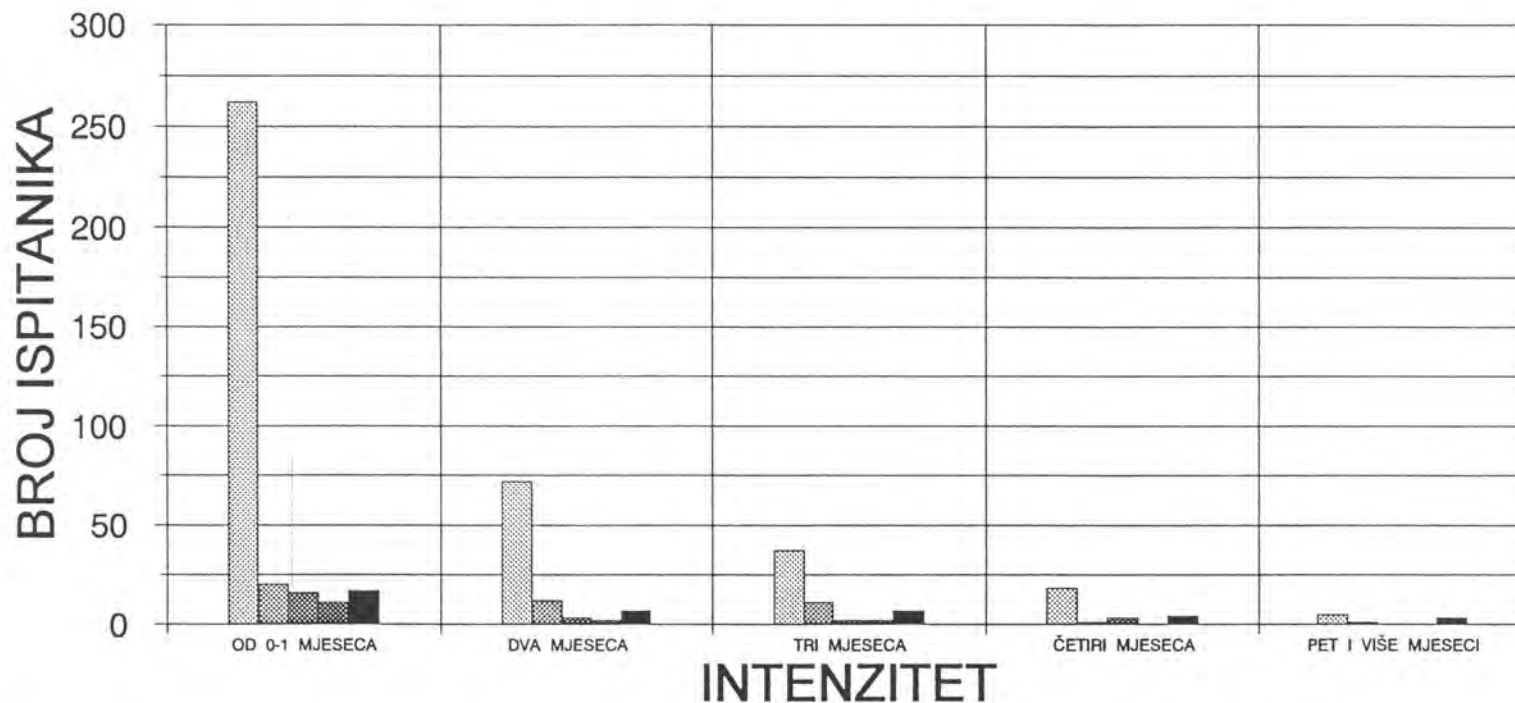


Gornji dio grafikona prikazuje odnos straha stupnjevanog prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 11.

GRAFIKON 11 a

ODNOS STRAHA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	262	72	37	18	5
INTENZITET 2	20	12	11	1	1
INTENZITET 3	16	3	2	3	0
INTENZITET 4	11	2	2	0	0
INTENZITET 5	17	7	7	4	3

TABELA 12

23.2-38

ODNOS TJESKOBE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	248	60	67	12	7	394	76,36
2	2	21	12	9	3	0	45	8,72
3	3	12	6	4	2	0	24	4,65
4	4	9	3	3	0	0	15	2,91
5	5	17	5	9	4	3	38	7,36
UKUPNO	6	307	86	92	21	10	516	-
%	7	59,50	16,67	17,83	4,07	1,94	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=26,3893$

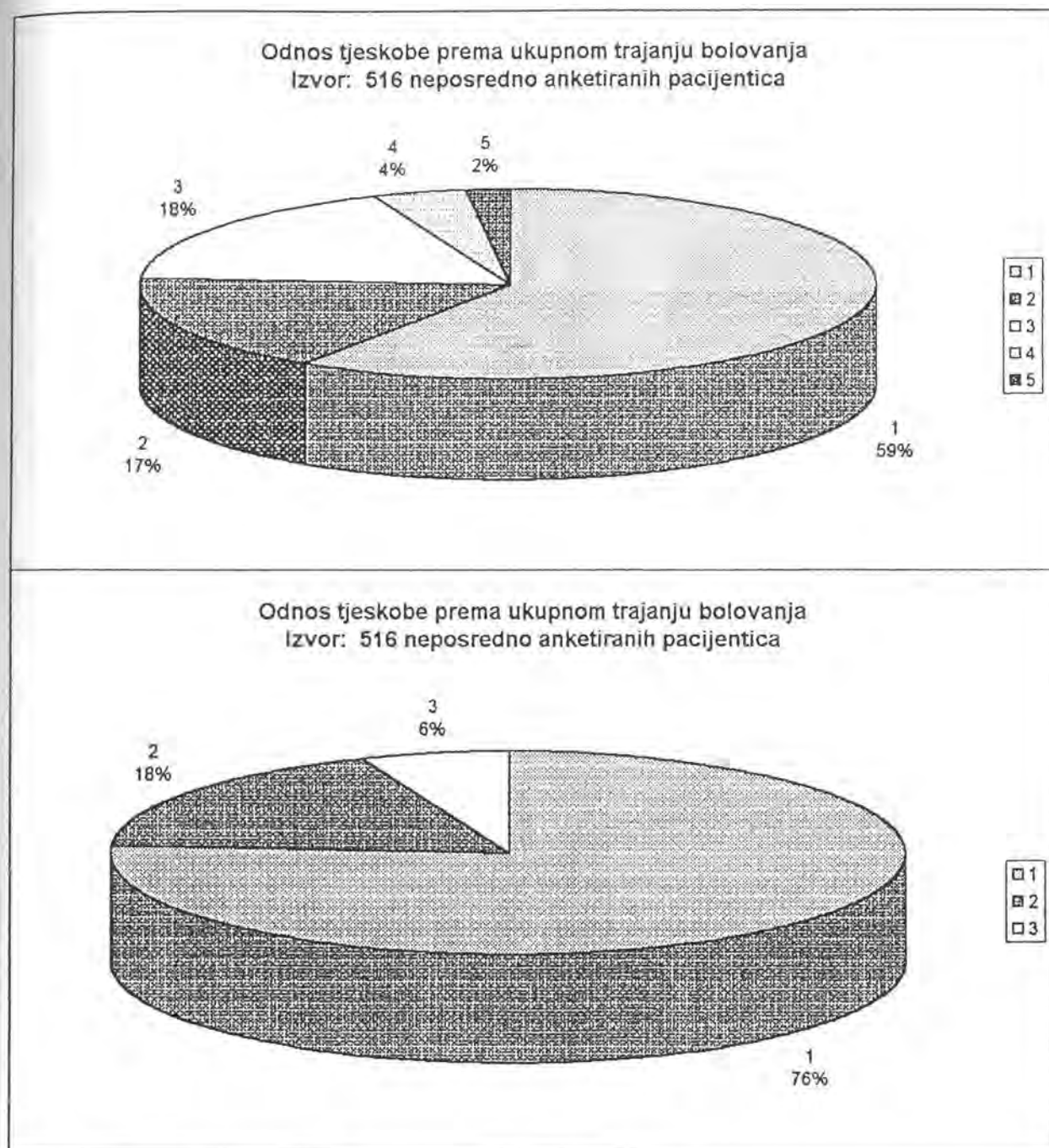
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 12.

ODNOS TJESKOBE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	341	76	22	439	85,08
2	2	30	7	2	39	7,56
3	3	22	9	7	38	7,36
UKUPNO	4	393	92	31	516	-
%	5	76,16	17,83	6,00	-	100,00

SS=4 $\chi^2=12,8609$
 $H_{ikV}=12,8609$
 $H_{ikV} > H_{ikVgr}$

Odnos tjeskobe prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da tjeskoba utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 12

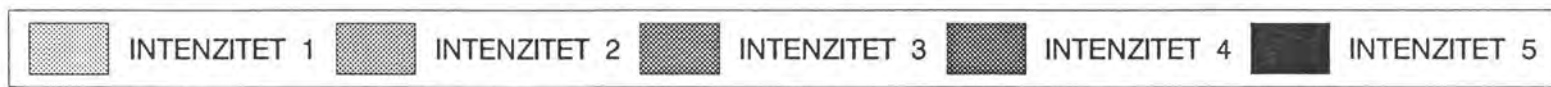
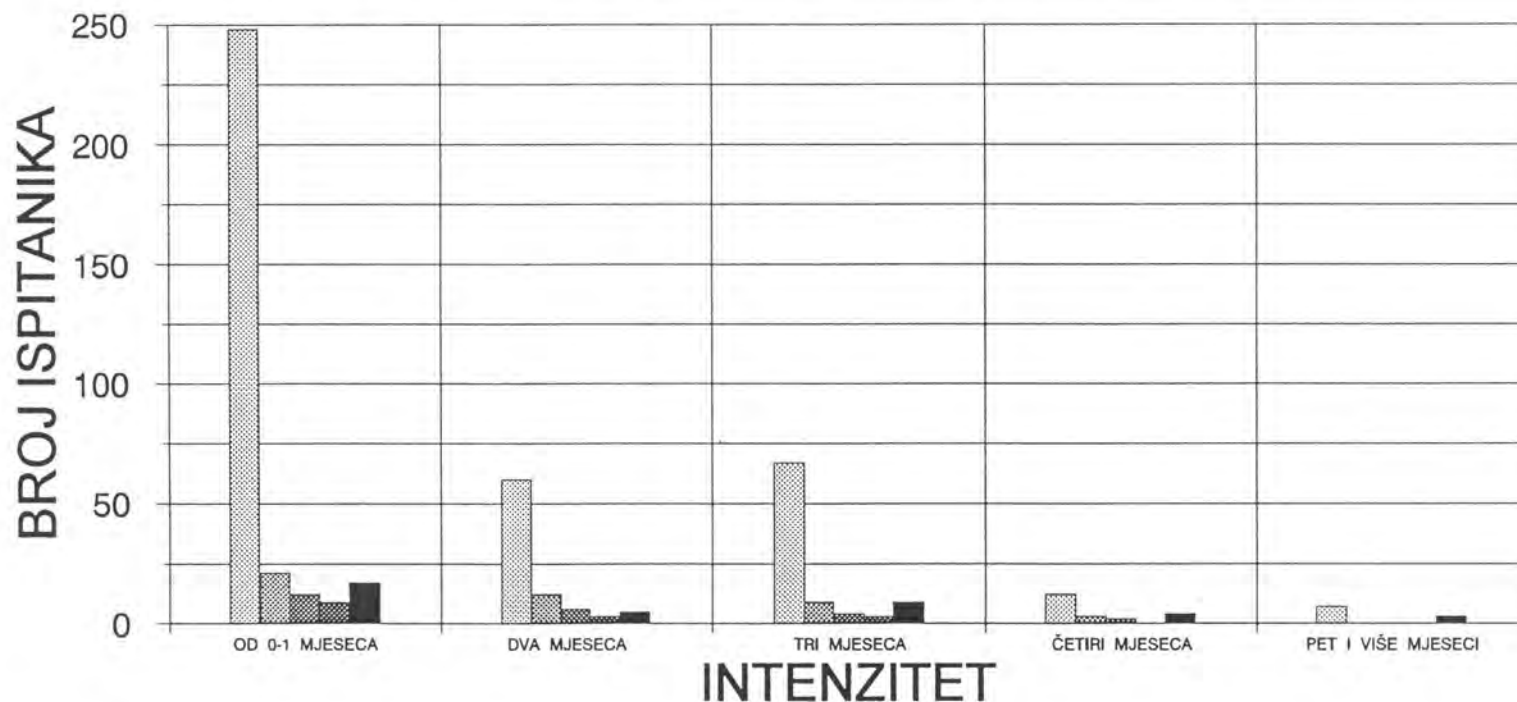


Gornji dio grafikona prikazuje odnos tjeskobe stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 12.

GRAFIKON 12 a

ODNOS TJESKOBE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	248	60	67	12	7
INTENZITET 2	21	12	9	3	0
INTENZITET 3	12	6	4	2	0
INTENZITET 4	9	3	3	0	0
INTENZITET 5	17	5	9	4	3

TABELA 13

23.3-38

ODNOS ŽALOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA								
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	264	52	56	17	5	394	76,36
2	2	20	8	14	3	0	45	8,72
3	3	14	2	5	2	1	24	4,65
4	4	6	3	4	2	0	15	2,91
5	5	14	5	10	6	3	38	7,36
UKUPNO	6	318	70	87	30	9	516	-
%	7	61,63	13,57	17,25	5,81	1,74	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=40,8379$

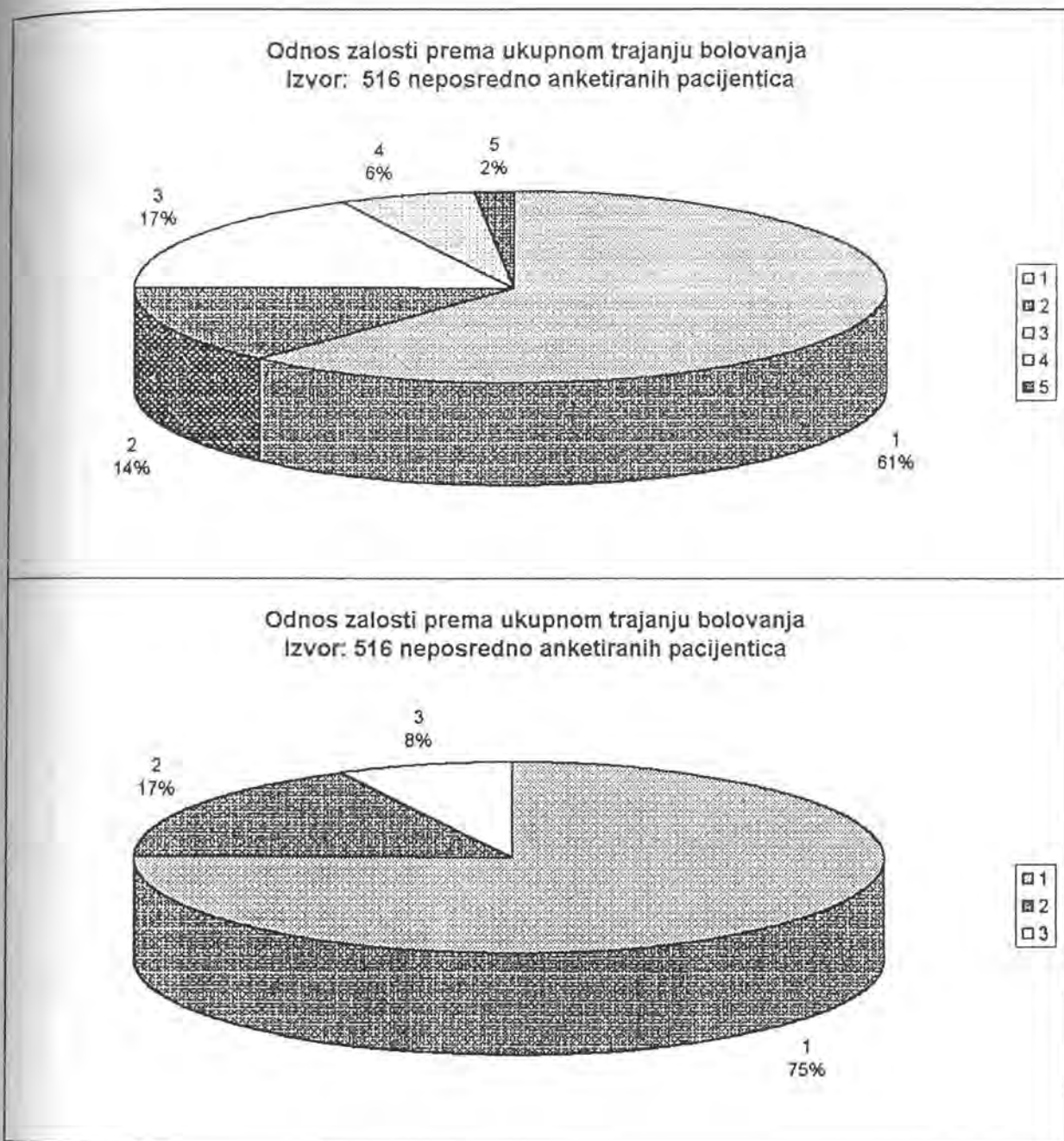
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 13.

ODNOS ŽALOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
		1	2	3	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA						
0		1	2	3	5	6
1	1	344	70	25	439	85,08
2	2	25	9	5	39	7,56
3	3	19	10	9	38	7,36
UKUPNO	4	388	89	39	516	-
%	5	75,19	17,25	7,56	-	100,00

SS=4 $\chi^2=23,6306$
 HiKV=23,6306
 HiKV>HiKVgr.

Odnos žalosti prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da žalosti utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 13

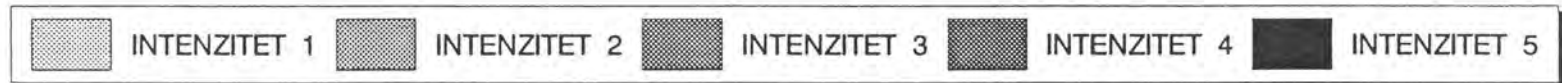
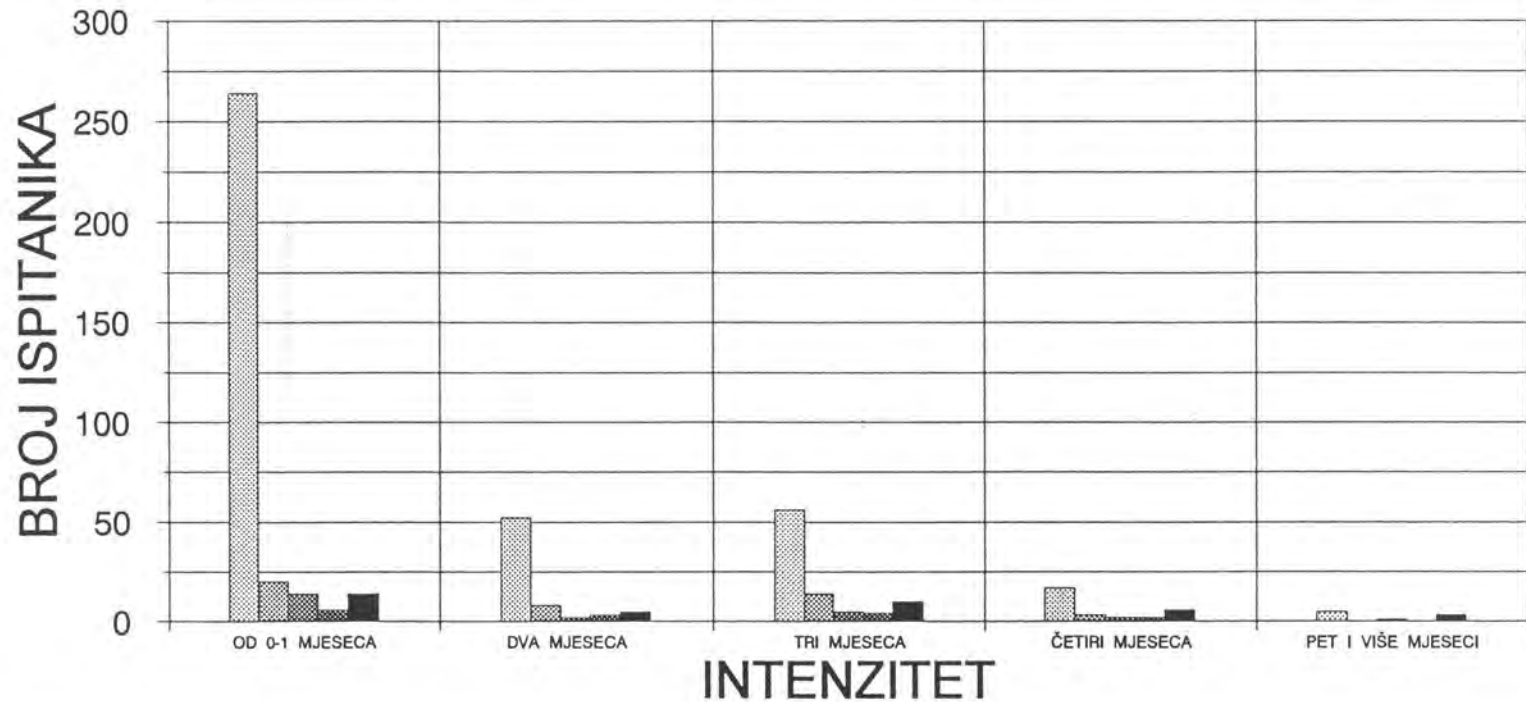


Gornji dio grafikona prikazuje odnos žalosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 13.

GRAFIKON 13 a

ODNOS ŽALOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	264	52	56	17	5
INTENZITET 2	20	8	14	3	0
INTENZITET 3	14	2	5	2	1
INTENZITET 4	6	3	4	2	0
INTENZITET 5	14	5	10	6	3

TABELA 14

23.4-38

ODNOS LJUTNJNE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	258	50	47	26	13	394	76,36
2	2	28	9	5	1	2	45	8,72
3	3	14	2	5	2	1	24	4,65
4	4	11	1	3	0	0	15	2,91
5	5	19	7	6	5	1	38	7,36
UKUPNO	6	330	69	66	34	17	516	-
%	7	63,95	13,37	12,79	6,59	3,24	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 $SS=16$ $\chi^2=13,0359$

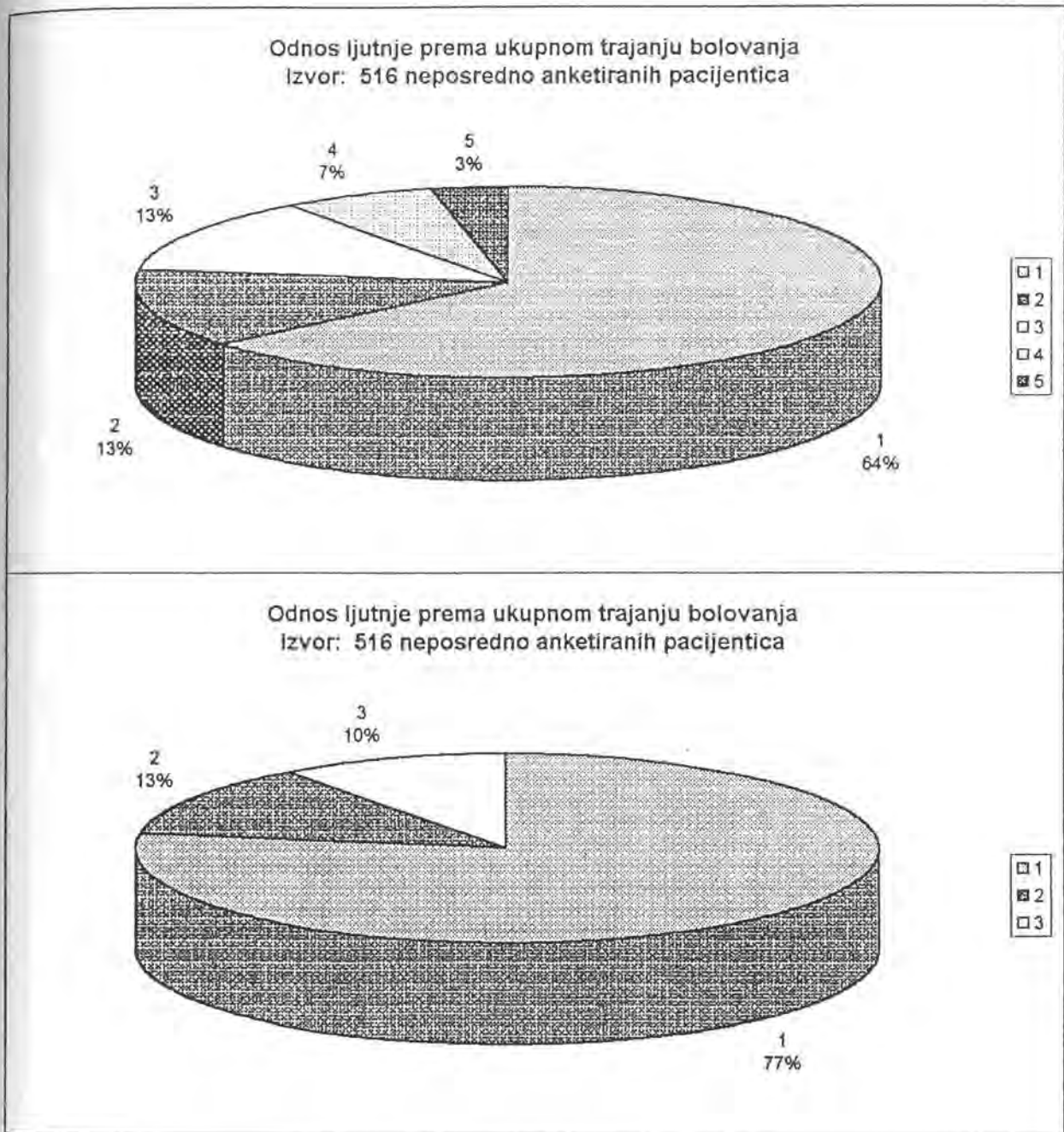
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 14.

ODNOS LJUTNJNE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	345	52	42	439	85,08
2	2	29	8	3	39	7,56
3	3	26	6	6	38	7,36
UKUPNO	4	400	66	51	516	-
%	5	77,52	12,79	9,88	-	100,00

$SS=4$ $\chi^2=4,4248439$
 $HiKV=4,4248439$
 $HiKV < HiKVgr.$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja ljutnje na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 14

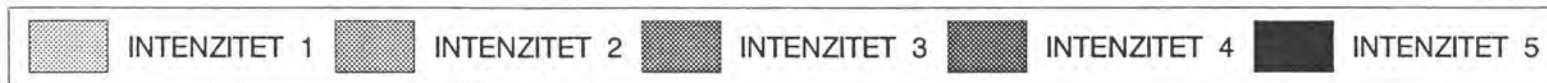
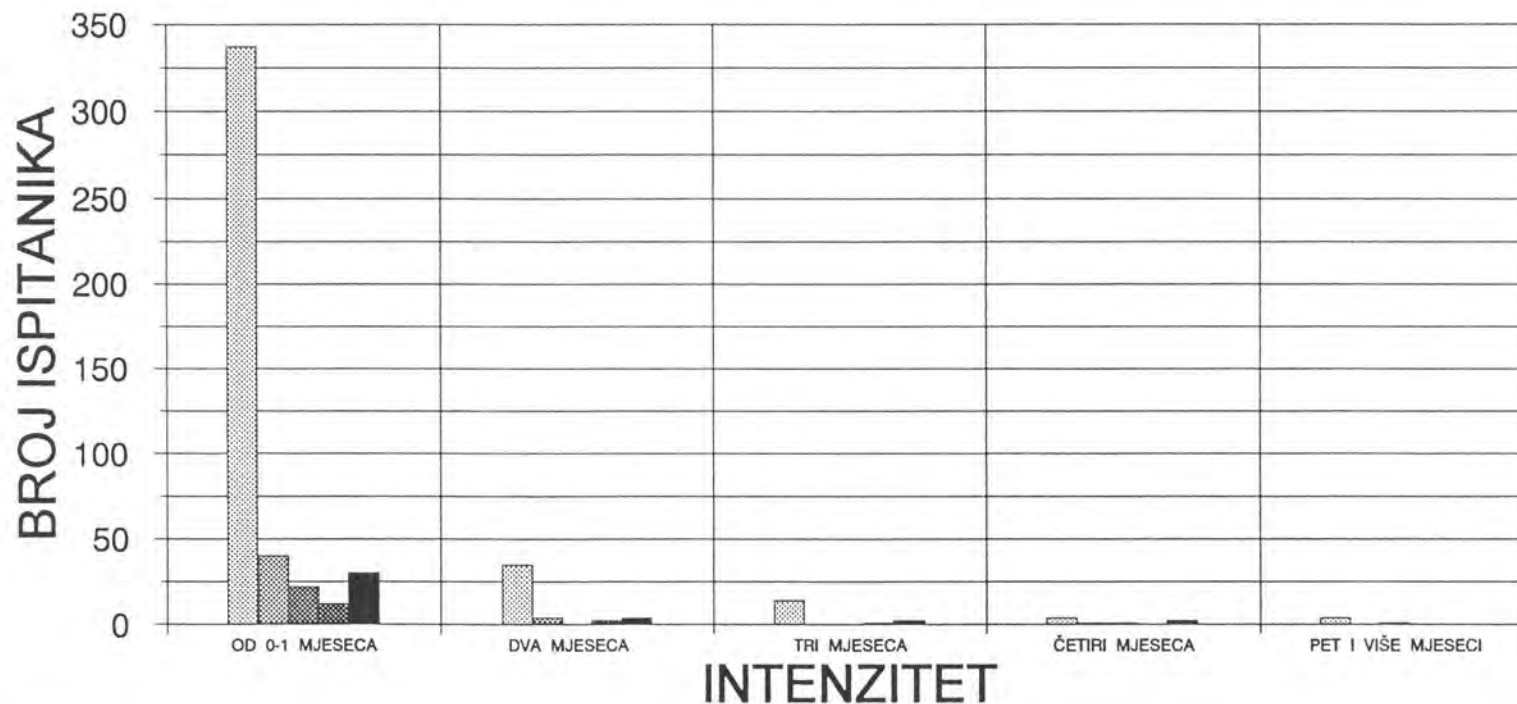


Gornji dio grafikona prikazuje odnos ljutnje stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 14.

GRAFIKON 14 a

ODNOS KRIVNJE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	337	35	14	4	4
INTENZITET 2	40	4	0	1	0
INTENZITET 3	22	0	0	1	1
INTENZITET 4	12	2	1	0	0
INTENZITET 5	30	4	2	2	0

TABELA 15

23.5-38

ODNOS KRIVNJE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA								
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	337	35	14	4	4	394	76,36
2	2	40	4	0	1	0	45	8,72
3	3	22	0	0	1	1	24	4,65
4	4	12	2	1	0	0	15	2,91
5	5	30	4	2	2	0	38	7,36
UKUPNO	6	441	45	17	8	5	516	-
%	7	85,47	8,72	3,29	1,55	0,97	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=15,3640$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 15.

ODNOS KRIVNJE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
		1	2	3	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA						
0		1	2	3	5	6
1	1	416	14	9	439	85,08
2	2	36	1	2	39	7,56
3	3	34	2	2	38	7,36
UKUPNO	4	486	17	13	516	-
%	5	94,19	3,29	2,52	-	100,00

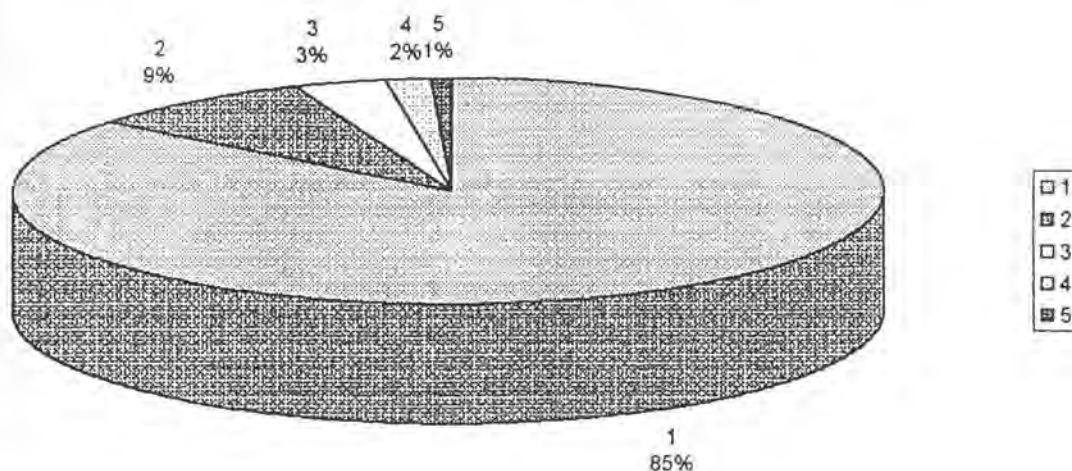
SS=4 $\chi^2=3,2059343$
 HiKV=3,2059343
 HiKV < HiKVgr.

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja krivnje na ukupno trajanje bolovanja.

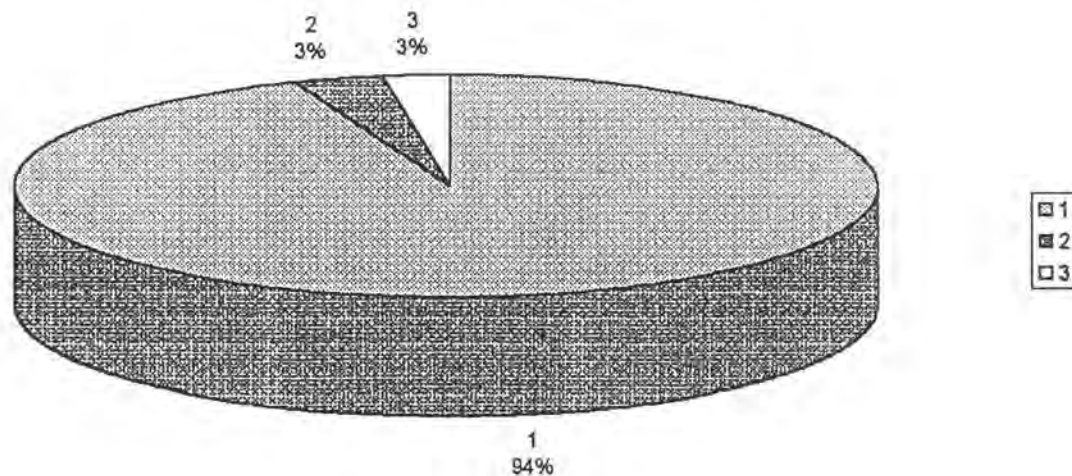
Grafikon br. 15

Odnos krivnje prema ukupnom trajanju bolovanja
516 neposredno anketiranih pacijentica

Izvor:



Odnos krivnje prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

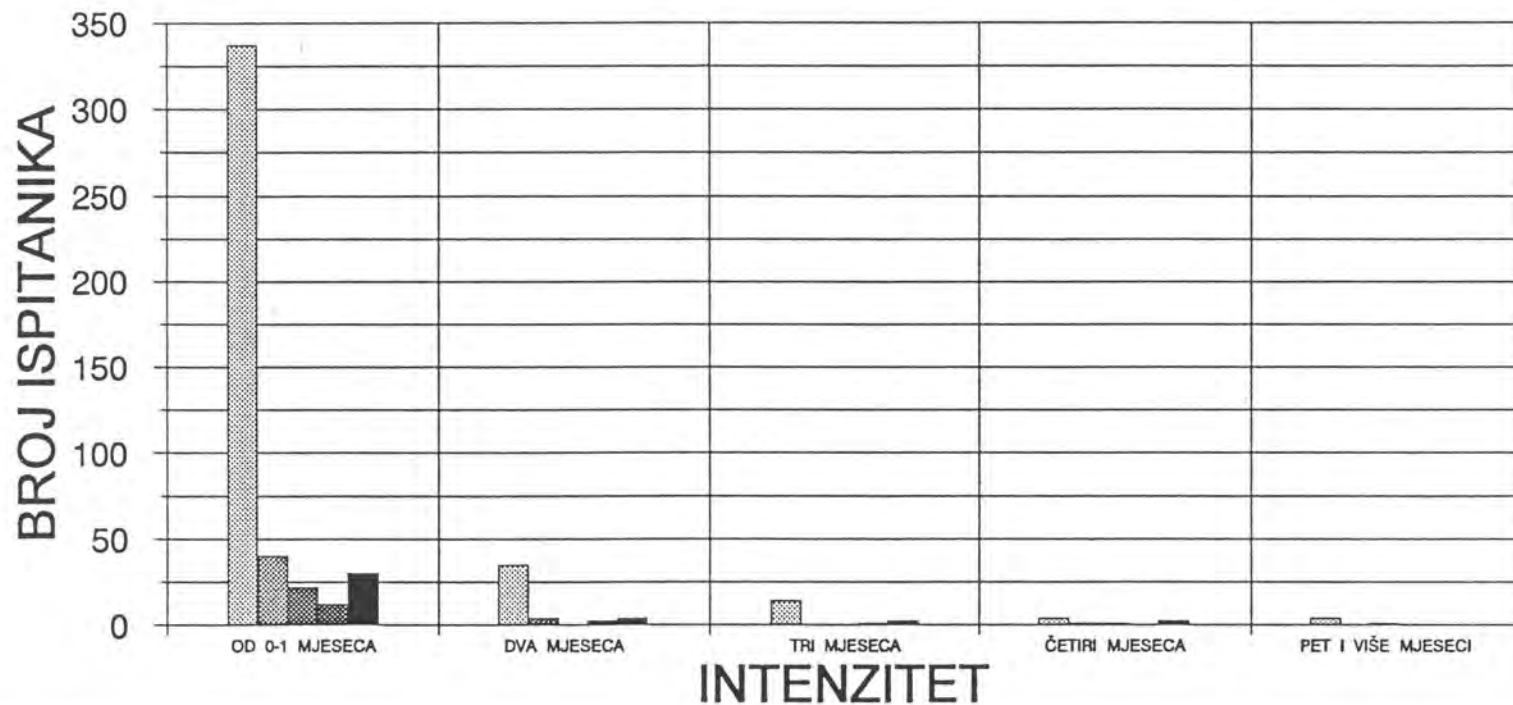


Gornji dio grafikona prikazuje odnos krivnje stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 15.

GRAFIKON 15 a

ODNOS KRIVNJE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	337	35	14	4	4
INTENZITET 2	40	4	0	1	0
INTENZITET 3	22	0	0	1	1
INTENZITET 4	12	2	1	0	0
INTENZITET 5	30	4	2	2	0

TABELA 16

23.6-38

ODNOS NEZADOVOLJSTVA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	127	47	153	45	22	394	76,36
2	2	8	10	21	3	3	45	8,72
3	3	5	1	10	5	3	24	4,65
4	4	5	1	6	1	2	15	2,91
5	5	10	5	14	2	7	38	7,36
UKUPNO	6	155	64	204	56	37	516	-
%	7	30,04	12,40	39,53	10,85	7,17	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=24,0495$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1, 2+3, 4+5, dobiven je konačni oblik tabele 16.

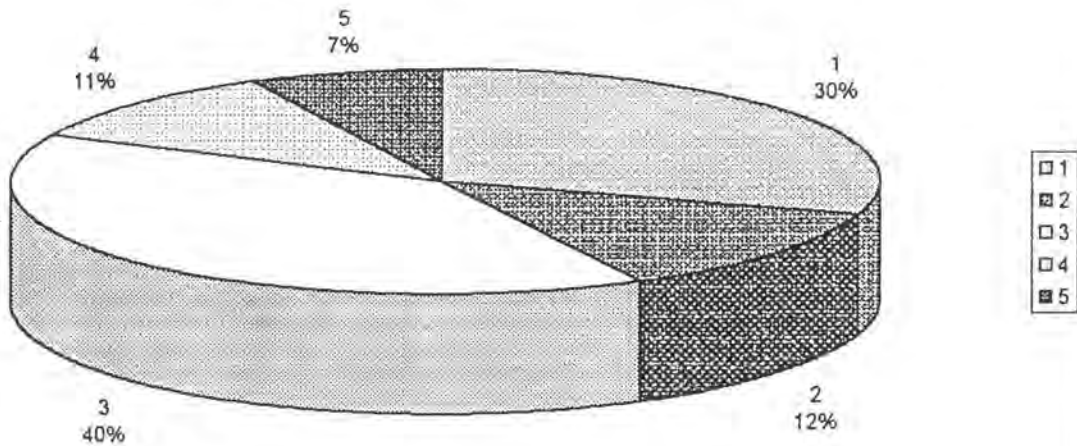
ODNOS NEZADOVOLJSTVA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	174	153	67	394	76,36
2	2	24	31	14	69	13,37
3	3	21	20	12	53	10,27
UKUPNO	4	219	204	93	516	-
%	5	42,45	39,53	18,02	-	100,00

SS=4 $\chi^2=9,602$
 $H_{iKV}=9,602$
 $H_{iKV} > H_{iKVgr}$

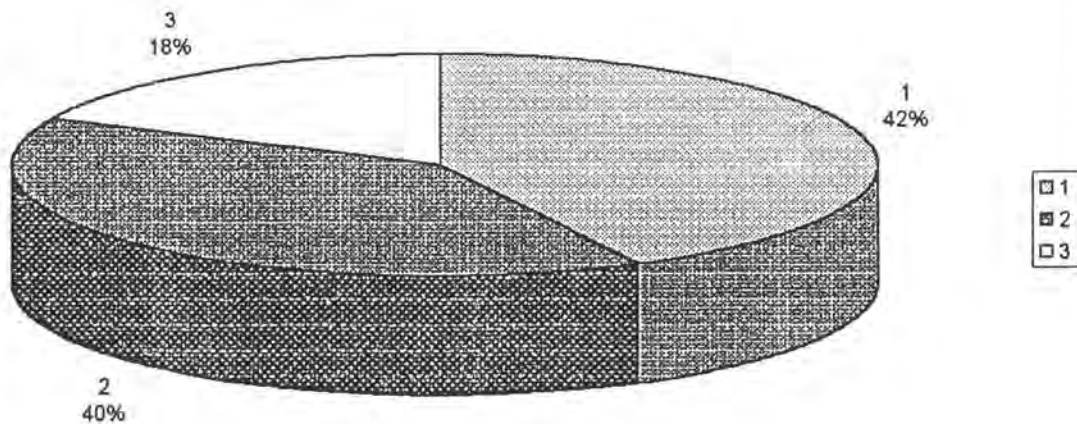
Odnos nezadovoljstva prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da nezadovoljstvo utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 16

Odnos nezadovoljstva prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



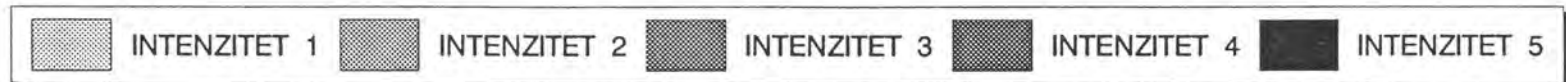
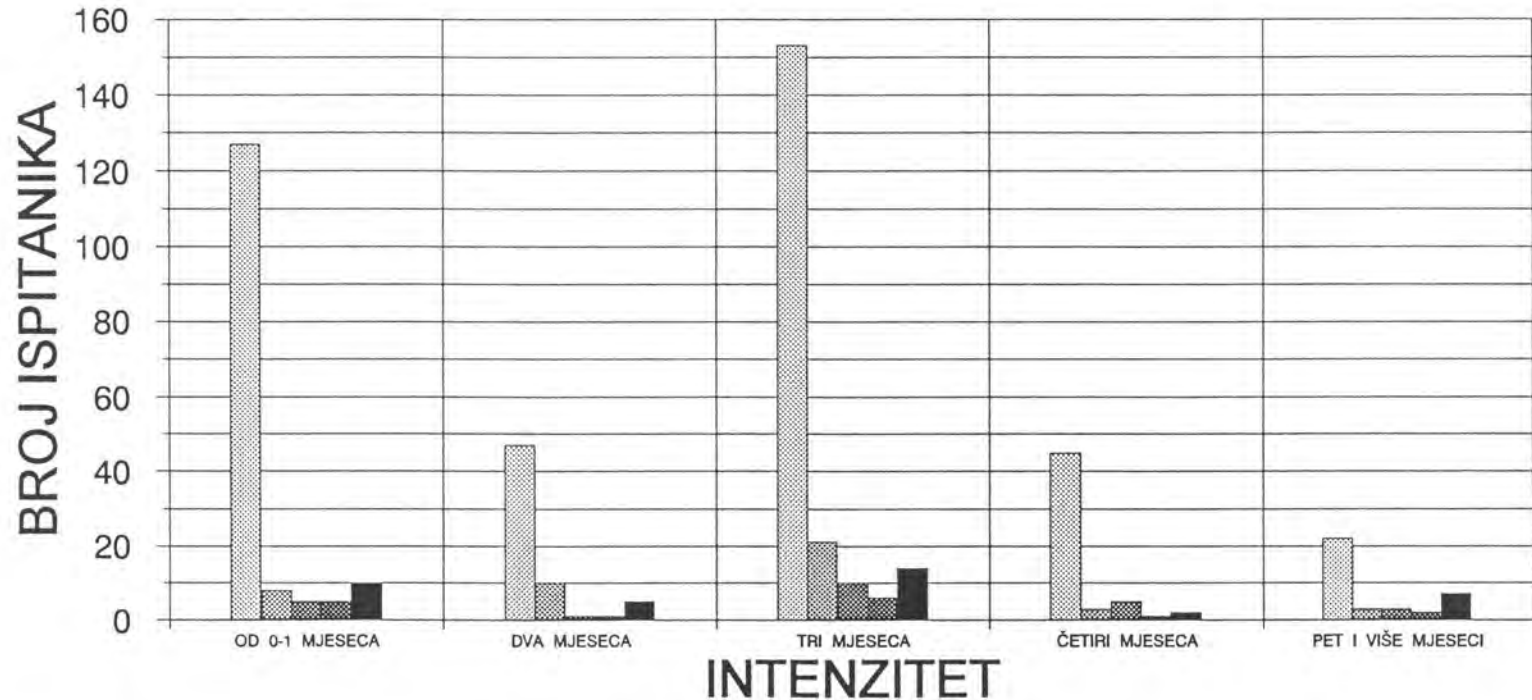
Odnos nezadovoljstva prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Gornji dio grafikona prikazuje odnos nezadovoljstva stupnjevanog prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 16.

ODNOS NEZADOVOLJSTVA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	127	47	153	45	22
INTENZITET 2	8	10	21	3	3
INTENZITET 3	5	1	10	5	3
INTENZITET 4	5	1	6	1	2
INTENZITET 5	10	5	14	2	7

TABELA 17

23.7-38

ODNOS ŠUTLJIVOSTI S POVLAČENJEM PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA							
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%	
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	281	43	43	18	9	394	76,36	
2	2	32	3	5	1	4	45	8,72	
3	3	20	1	3	0	0	24	4,65	
4	4	7	5	2	1	0	15	2,91	
5	5	22	3	8	4	1	38	7,36	
UKUPNO	6	362	55	61	24	14	516	-	
%	7	70,16	10,66	11,82	4,65	2,71	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=27,1907$

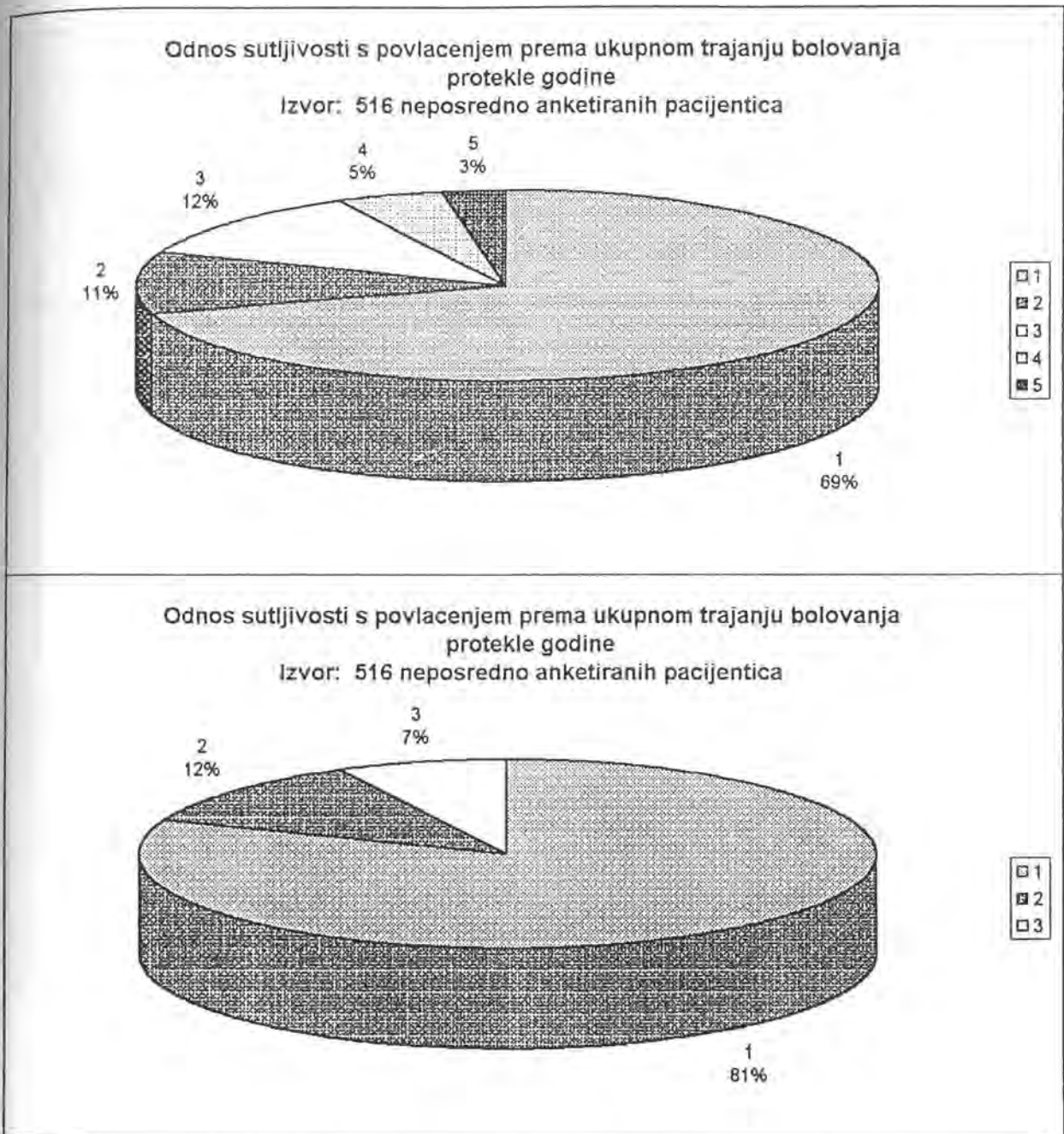
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 17.

ODNOS ŠUTLJIVOST S POVLAČENJEM PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA					
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%	
0		1	2	3	5	6	
1	1	359	48	32	439	85,07	
2	2	33	5	1	39	7,55	
3	3	25	8	5	38	7,36	
UKUPNO	4	417	61	38	516	-	
%	5	80,81	11,82	7,36	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=9,7854$
 $H_{iKV}=9,7854$
 $H_{iKV} > H_{iKVgr}$

Odnos šutljivosti s povlačenjem prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da šutljivost s povlačenjem utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 17

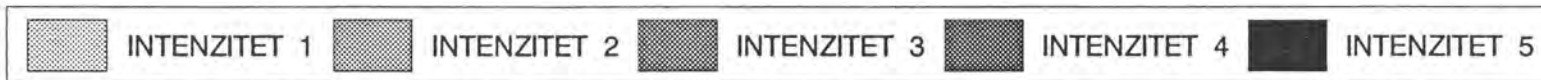
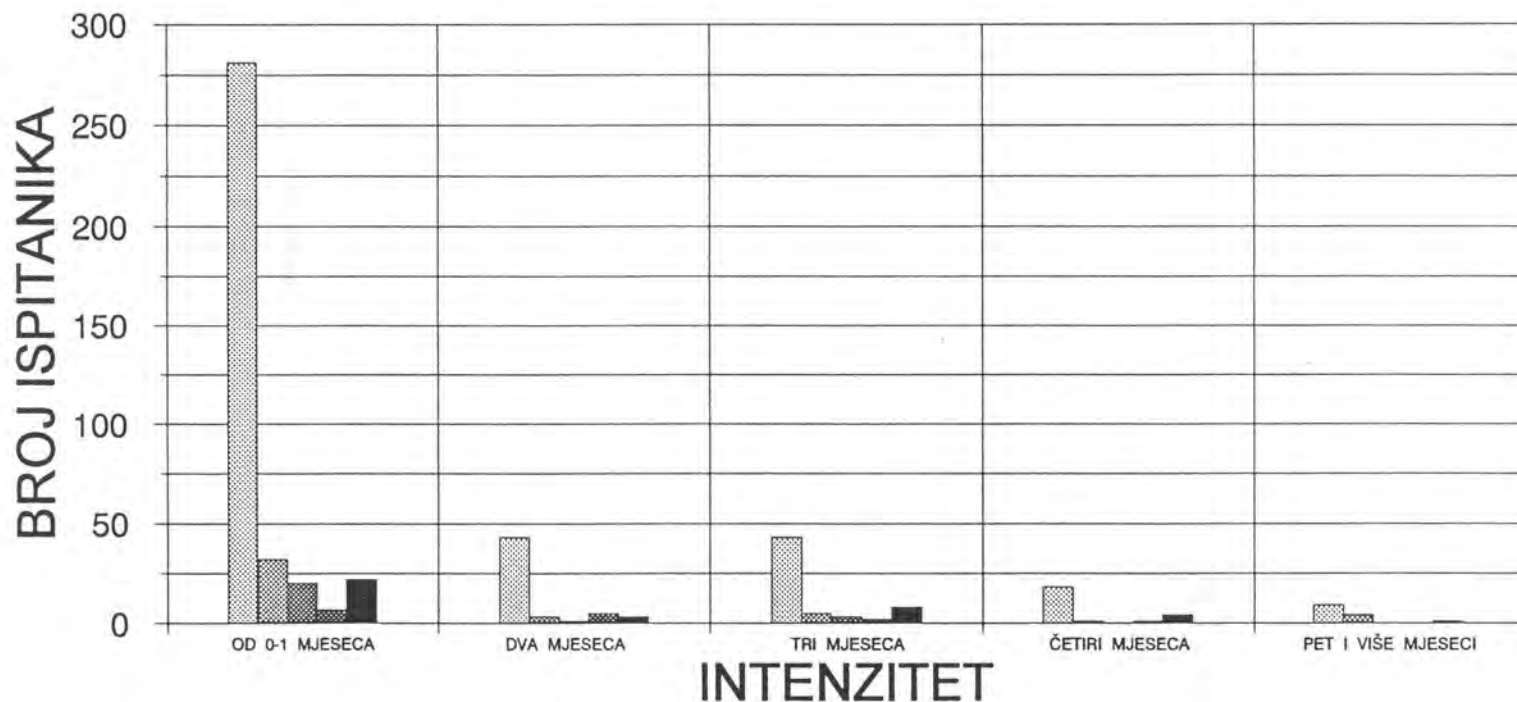


Gornji dio grafikona prikazuje odnos šutljivosti s povlačenjem stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 17.

GRAFIKON 17 a

ODNOS ŠUTLJIVOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	281	43	43	18	9
INTENZITET 2	32	3	5	1	4
INTENZITET 3	20	1	3	0	0
INTENZITET 4	7	5	2	1	0
INTENZITET 5	22	3	8	4	1

TABELA 18

23.8-38

ODNOS UGROŽENOSI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	333	36	10	9	6	394	76,36
2	2	35	6	3	0	1	45	8,72
3	3	22	0	0	2	0	24	4,65
4	4	11	3	1	0	0	15	2,91
5	5	29	3	4	1	1	38	7,36
UKUPNO	6	430	48	18	12	8	516	-
%	7	83,33	9,30	3,49	2,33	1,55	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=20,9469$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 18.

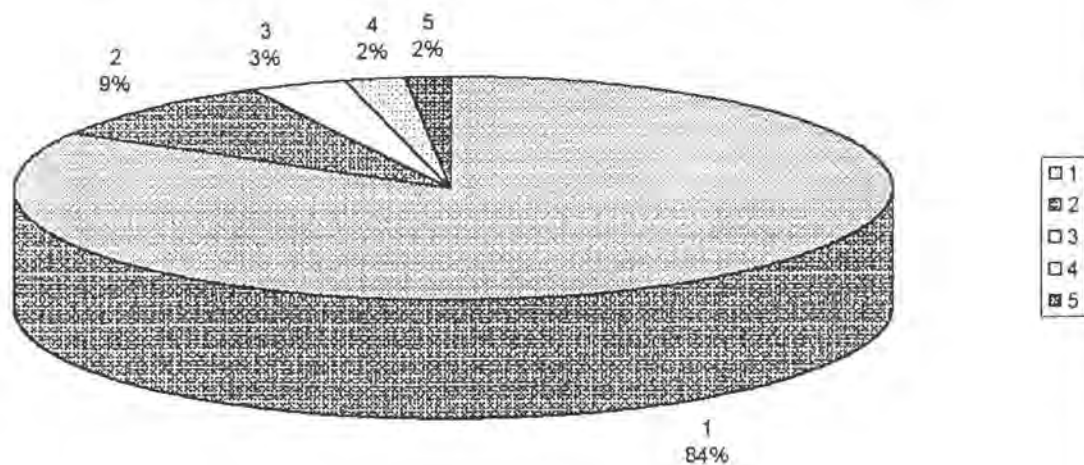
ODNOS UGROŽENOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	410	13	16	439	85,07
2	2	36	1	2	39	7,55
3	3	32	4	2	38	7,36
UKUPNO	4	478	18	20	516	-
%	5	92,63	3,48	3,87	-	100,00

SS=4 $\chi^2=1,2831$
 HiKV=1,2831
 HiKV>HiKVgr.

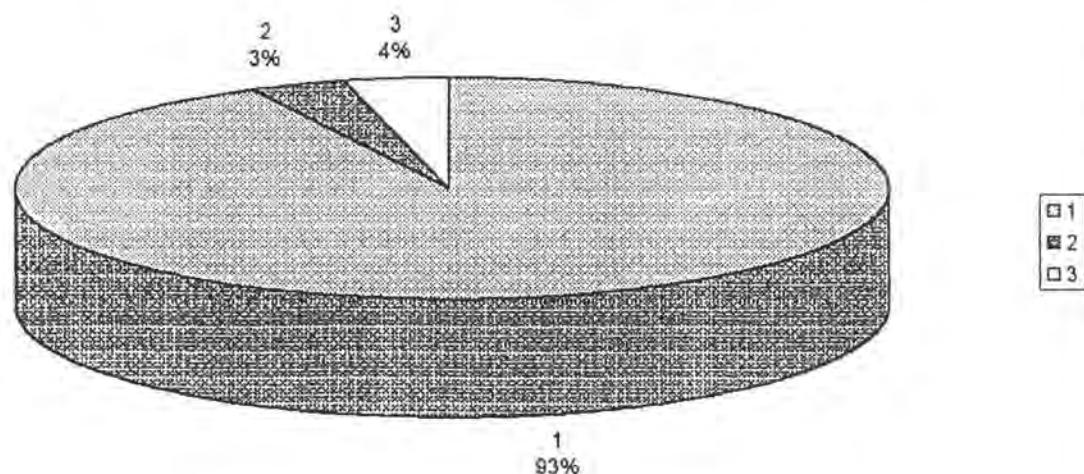
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 18

Odnos ugroženosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos ugroženosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

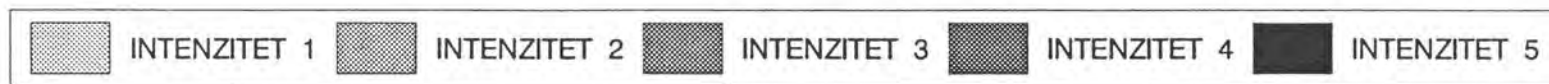
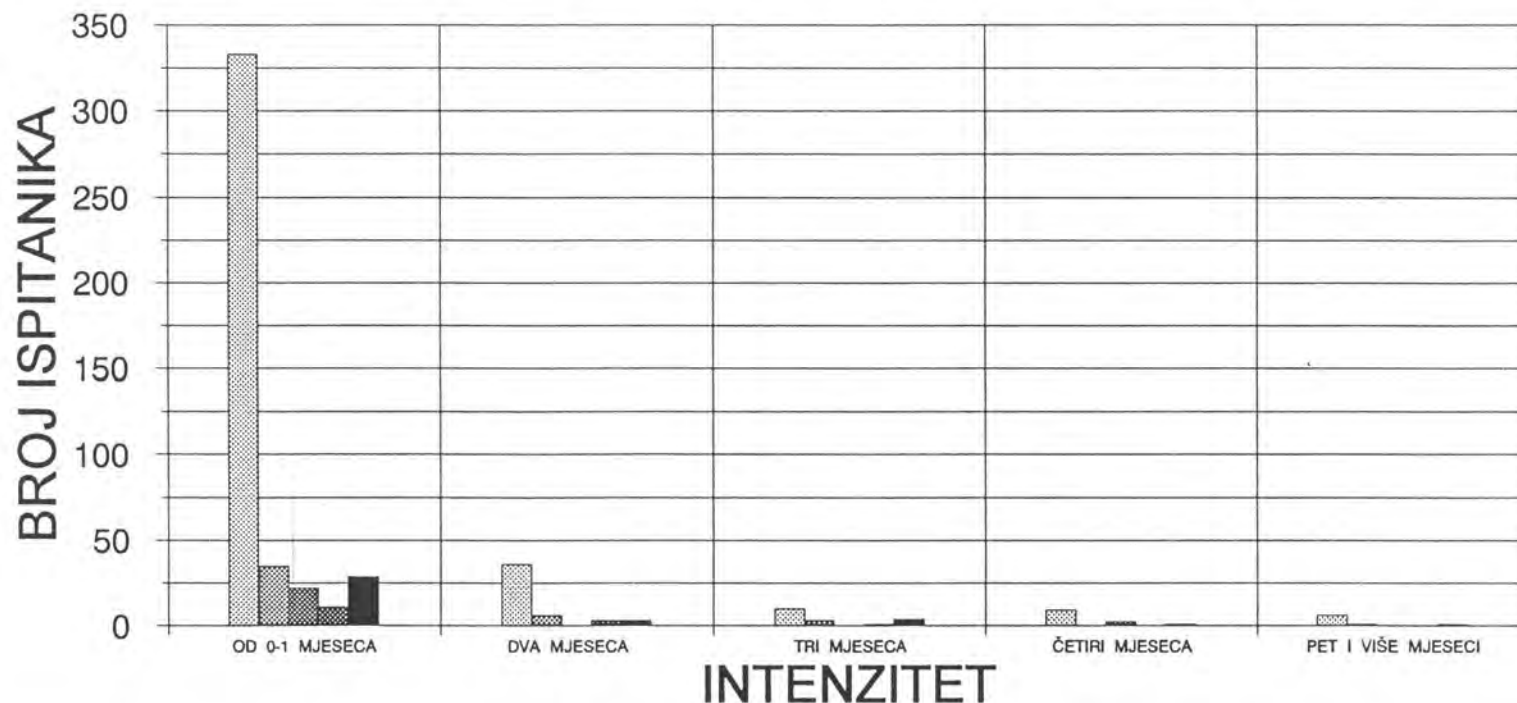


Gornji dio grafikona prikazuje odnos ugroženosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 18.

GRAFIKON 18 a

ODNOS UGROŽENOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	333	36	10	9	6
INTENZITET 2	35	6	3	0	1
INTENZITET 3	22	0	0	2	0
INTENZITET 4	11	3	1	0	0
INTENZITET 5	29	3	4	1	1

TABELA 19

23.9-37

ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA							
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%	
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	230	69	68	17	10	394	76,36	
2	2	22	10	13	0	0	45	8,72	
3	3	13	3	6	2	0	24	4,65	
4	4	6	5	3	0	1	15	2,91	
5	5	11	9	13	5	0	38	7,36	
UKUPNO	6	282	96	103	24	11	516	-	
%	7	54,65	18,60	19,96	4,65	2,13	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=30,7237$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 19.

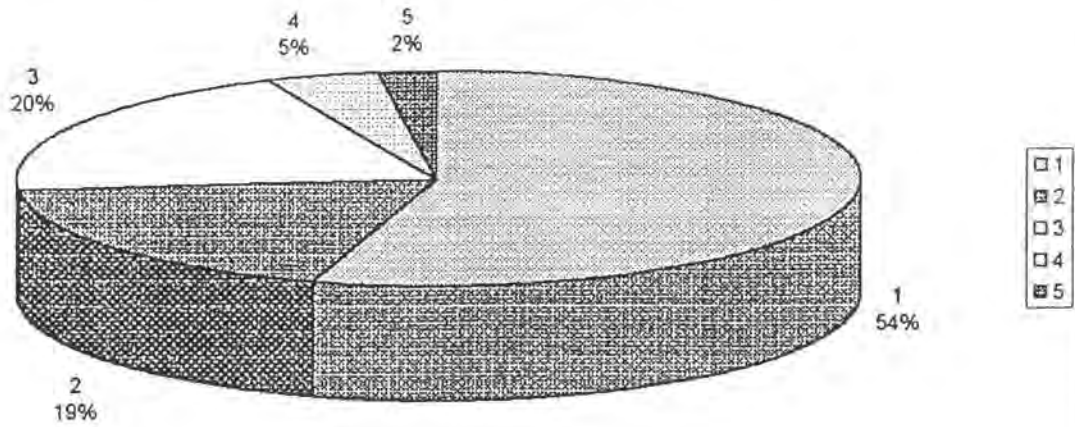
ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA					
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%	
0		1	2	3	5	6	
1	1	331	81	27	439	85,07	
2	2	27	9	3	39	7,55	
3	3	20	13	5	38	7,36	
UKUPNO	4	378	103	35	516	-	
%	5	73,25	19,96	6,78	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=9,7425265$
 HiKV=9,7425265
 HiKV>HiKVgr.

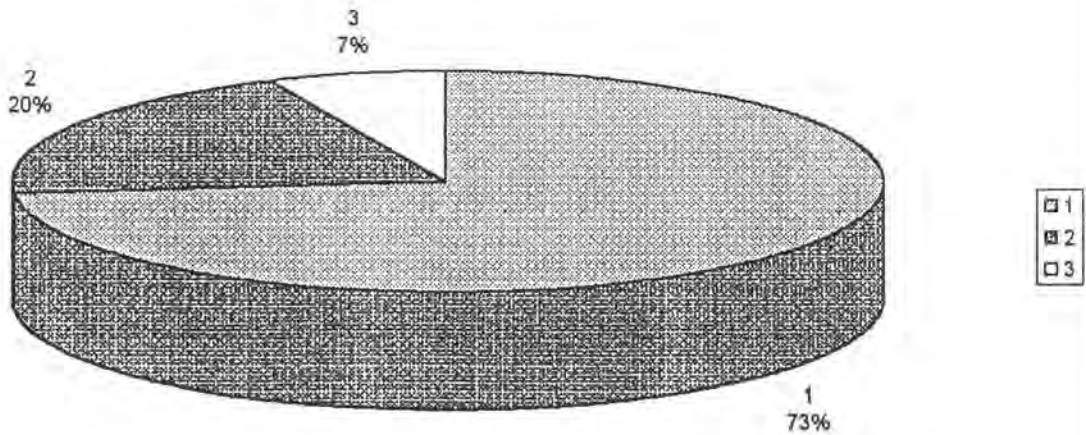
Odnos razdražljivosti prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da razdražljivost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 19

Odnos razdražljivosti prema ukupnom trajanju bolovanja protekle godine
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos razdražljivosti prema ukupnom trajanju protekle godine
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

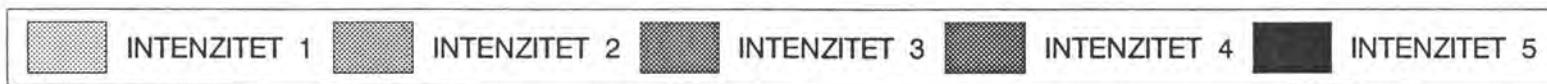
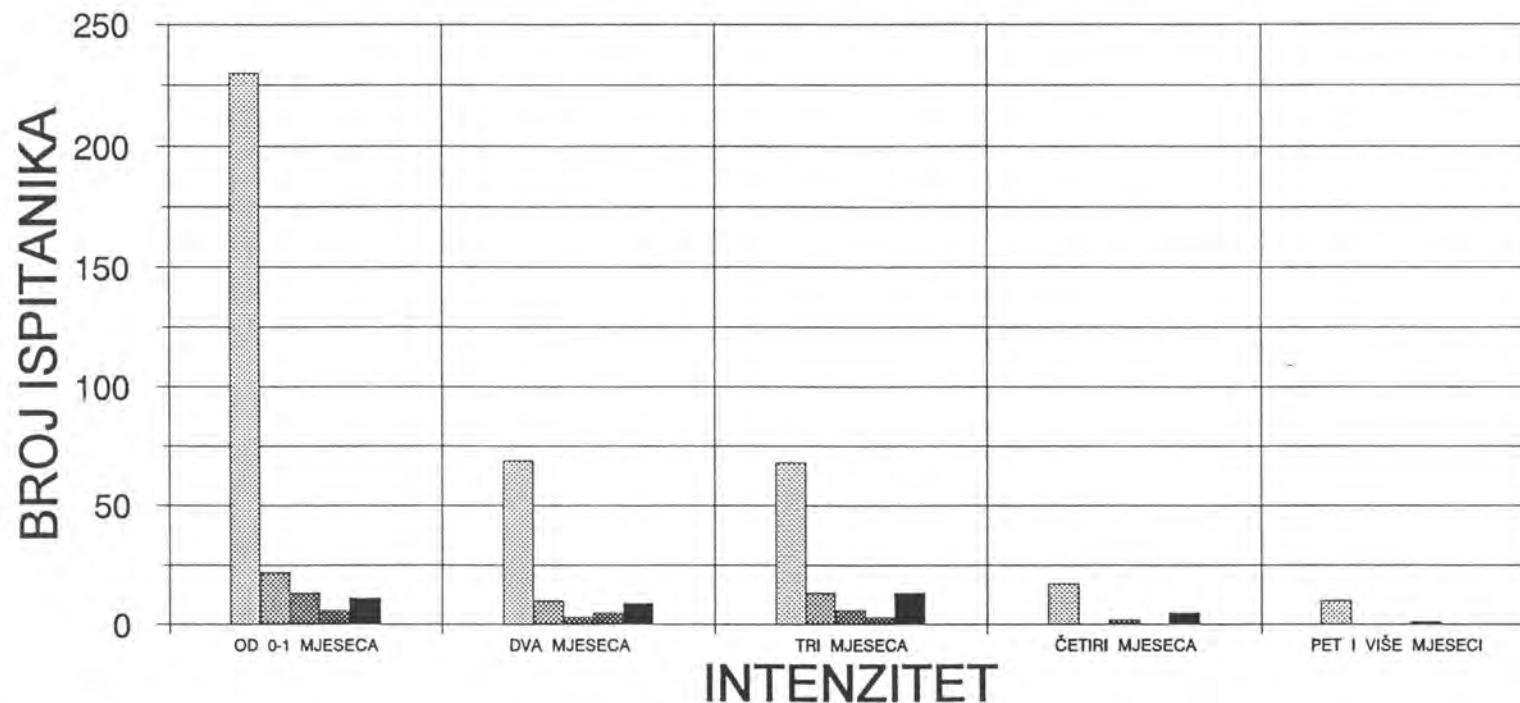


Gornji dio grafikona prikazuje odnos razdražljivosti stupnjevano prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 19.

GRAFIKON 19 a

ODNOS RAZDRAŽLJIVOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	230	69	68	17	10
INTENZITET 2	22	10	13	0	0
INTENZITET 3	13	3	6	2	0
INTENZITET 4	6	5	3	0	1
INTENZITET 5	11	9	13	5	0

TABELA 20

23.10-38

ODNOS UZNEMIRENOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	200	71	91	25	7	394	76,36
2	2	15	7	17	3	3	45	8,72
3	3	7	3	9	4	1	24	4,65
4	4	6	2	5	2	0	15	2,91
5	5	8	5	16	7	2	38	7,36
UKUPNO	6	236	88	138	41	13	516	-
%	7	45,74	17,05	26,74	7,95	2,52	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=35,1324$

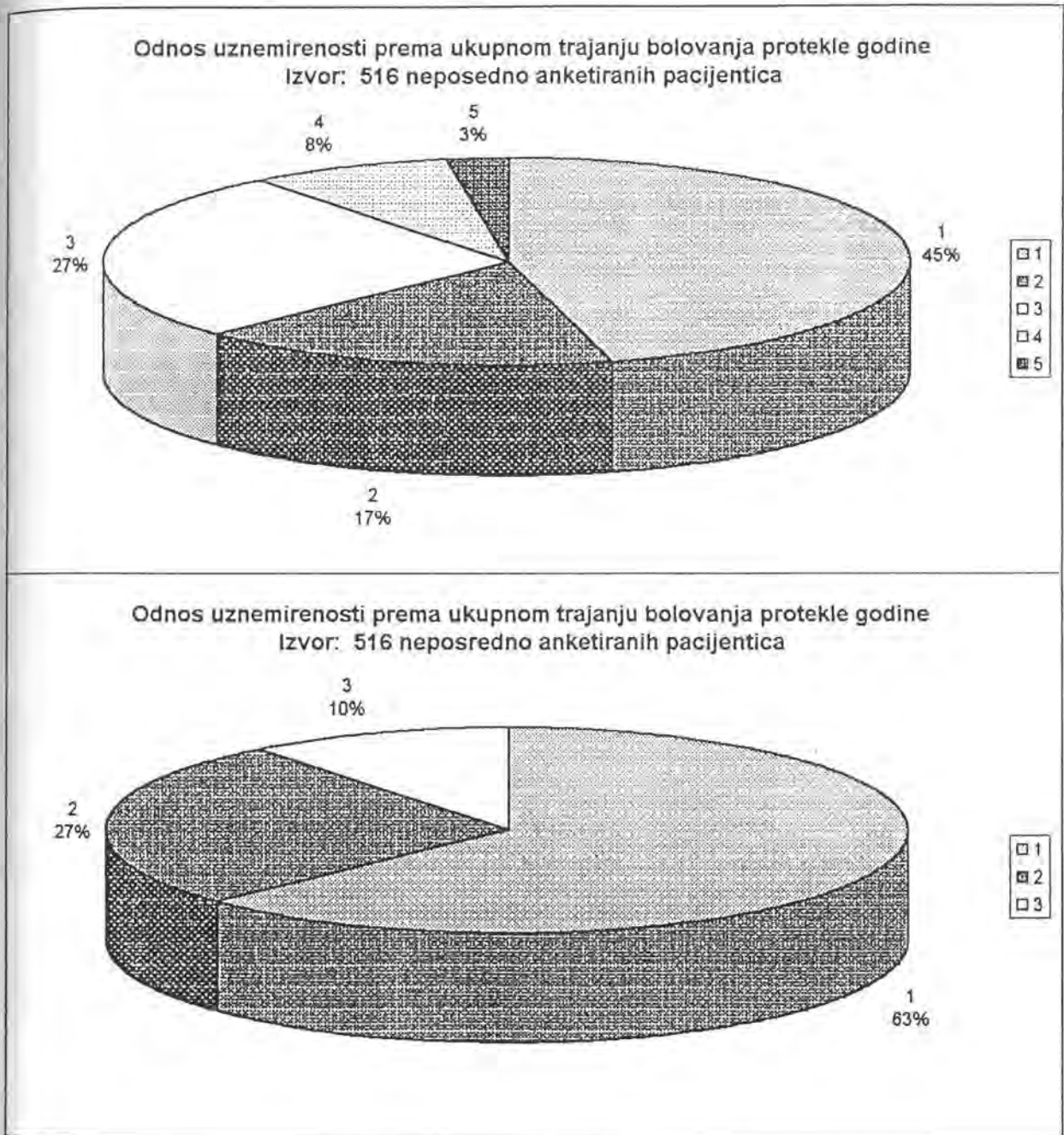
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 20.

ODNOS UZNEMIRENOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	293	108	38	439	85,07
2	2	18	14	7	39	7,55
3	3	13	16	9	38	7,36
UKUPNO	4	324	138	54	516	-
%	5	62,76	26,74	10,46	-	100,00

SS=4 $\chi^2=21,6199$
 HiKV=21,6199
 HiKV > HiKVgr.

Odnos uznemirenost prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da uznemirenost utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 20

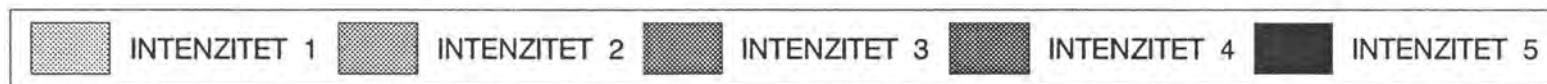
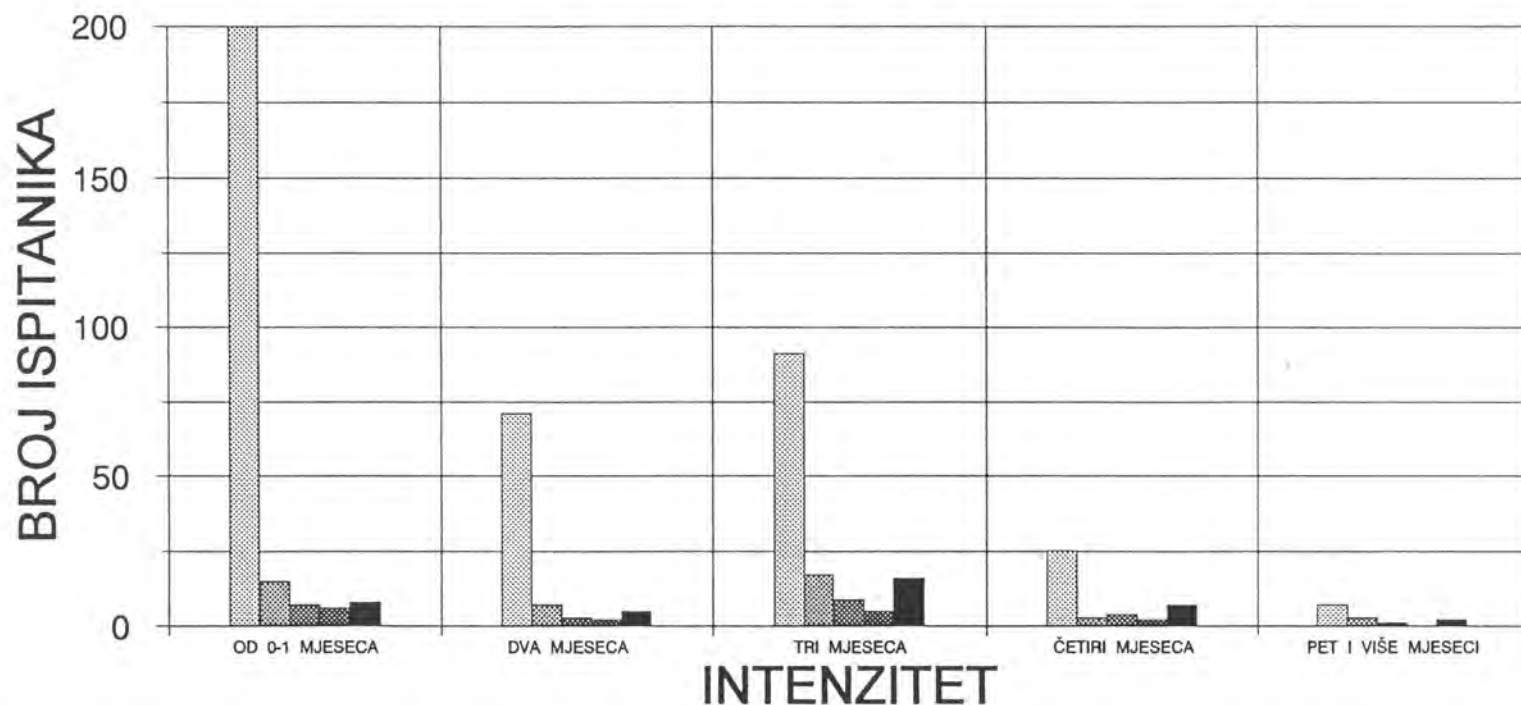


Gornji dio grafikona prikazuje odnos uznemirenosti stupnjevane prema intenzitetu jakosti od 1-5, prema ukupnom trajanju bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 20.

GRAFIKON 20 a

ODNOS UZNEMIRENOSTI PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA PROTEKLE GODINE



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	PET I VIŠE MJESECI
INTENZITET 1	200	71	91	25	7
INTENZITET 2	15	7	17	3	3
INTENZITET 3	7	3	9	4	1
INTENZITET 4	6	2	5	2	0
INTENZITET 5	8	5	16	7	2

Napomena za čitanje tablica

21-30.

U tablicama 21 do 30. analiziran je odnos čimbenika nemotiviranosti za posao prema ukupnom trajanju bolovanja.

Horizontalni stupci označavaju ukupno trajanje bolovanja u protekloj godini:

stupac 1	bolovanje 0-1 mjesec
stupac 2	bolovanje od 2 mjeseca
stupac 3	bolovanje od 3 mjeseca
stupac 4	bolovanje od 4 mjeseca
stupac 5	bolovanje od 5 i više mjeseci

Vertikalni stupci označavaju intenzitete od 1-5 kojima pojedini čimbenici utječu na nemotiviranost za posao.

TABELA 21

39.1-38

ODNOS SLABE PLAĆE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA								
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	99	15	91	90	394	76,36	
2	2	5	2	15	9	14	45	8,72
3	3	3	3	2	12	4	24	4,65
4	4	2	0	4	6	3	15	2,91
5	5	10	2	7	10	9	38	7,36
UKUPNO	6	119	22	119	136	120	516	-
%	7	23,06	4,26	23,06	26,36	23,26	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=23,7733$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1, 2+3, 4+5, te horizontalnih 1, 2+3, 4+5, dobiven je konačni oblik tabele 21.

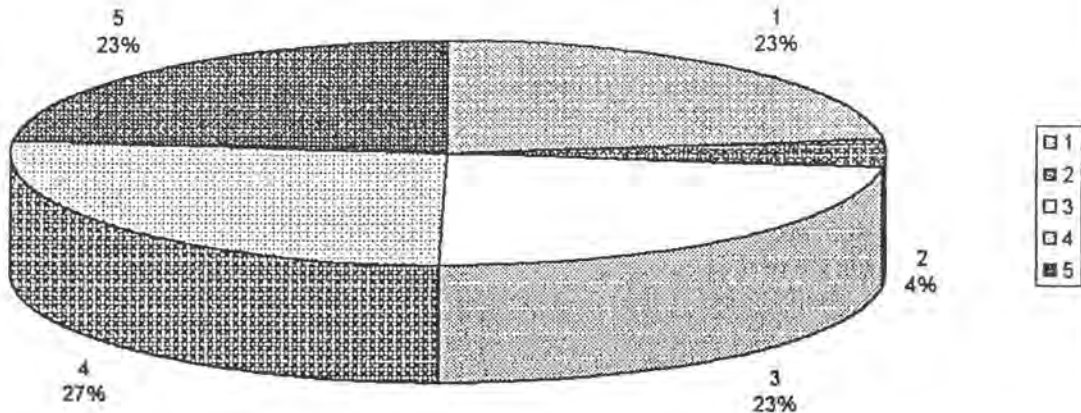
ODNOS SLABE PLAĆE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
		1	2	3	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA						
0		1	2	3	5	6
1	1	99	106	189	394	76,36
2	2	8	22	39	69	13,37
3	3	12	13	28	53	10,27
UKUPNO	4	119	141	256	516	-
%	5	23,06	27,32	49,62	-	100,00

SS=4 $\chi^2=7,49903$
 HiKV=7,49903
 HiKV < HiKVgr.

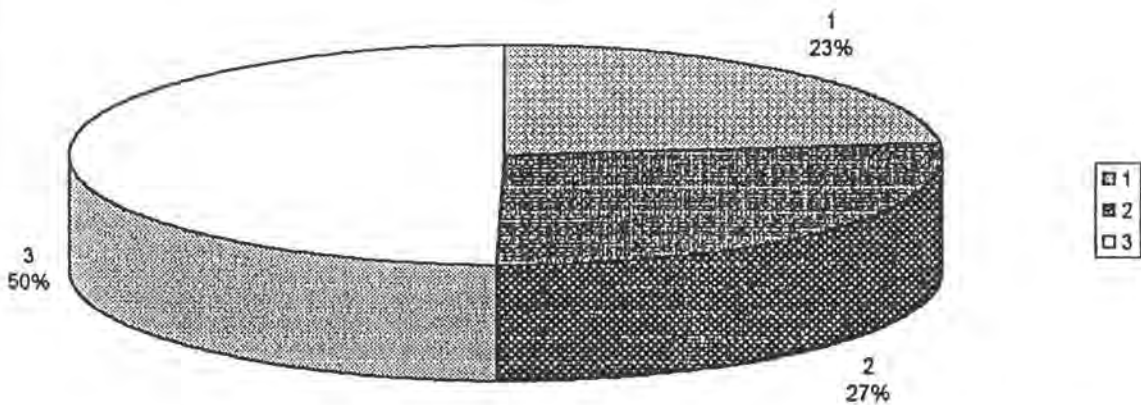
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja slabe plaće na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 21

Odnos slabe plaće prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos slabe plaće prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

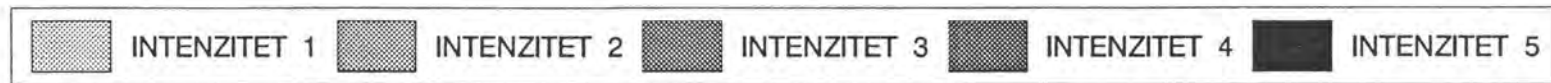
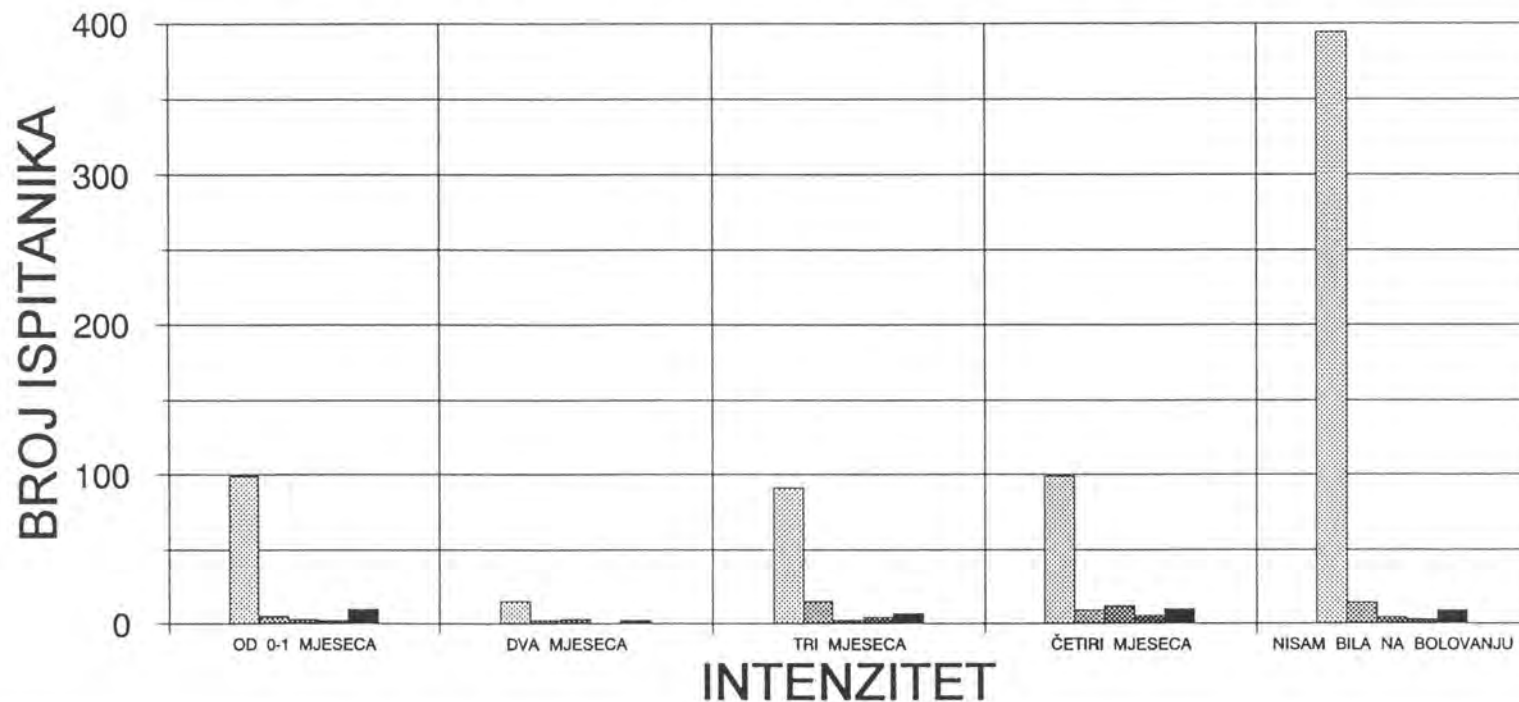


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim slaba plaća utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 21.

GRAFIKON 21 a

ODNOS SLABE PLAĆE PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	OD 0-1 MJESECA	DVA MJESECA	TRI MJESECA	ČETIRI MJESECA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	99	15	91	99	394
INTENZITET 2	5	2	15	9	14
INTENZITET 3	3	3	2	12	4
INTENZITET 4	2	0	4	6	3
INTENZITET 5	10	2	7	10	9

TABELA 22

39.2-38

ODNOS SLABE ZAŠTITE NA RADU PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	318	13	26	24	13	394	76,36
2	2	34	2	4	1	4	45	8,72
3	3	16	1	1	4	2	24	4,65
4	4	13	0	0	1	1	15	2,91
5	5	30	2	2	3	1	38	7,36
UKUPNO	6	411	18	33	33	21	516	-
%	7	79,65	3,49	6,40	6,40	4,07	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=13,5272$

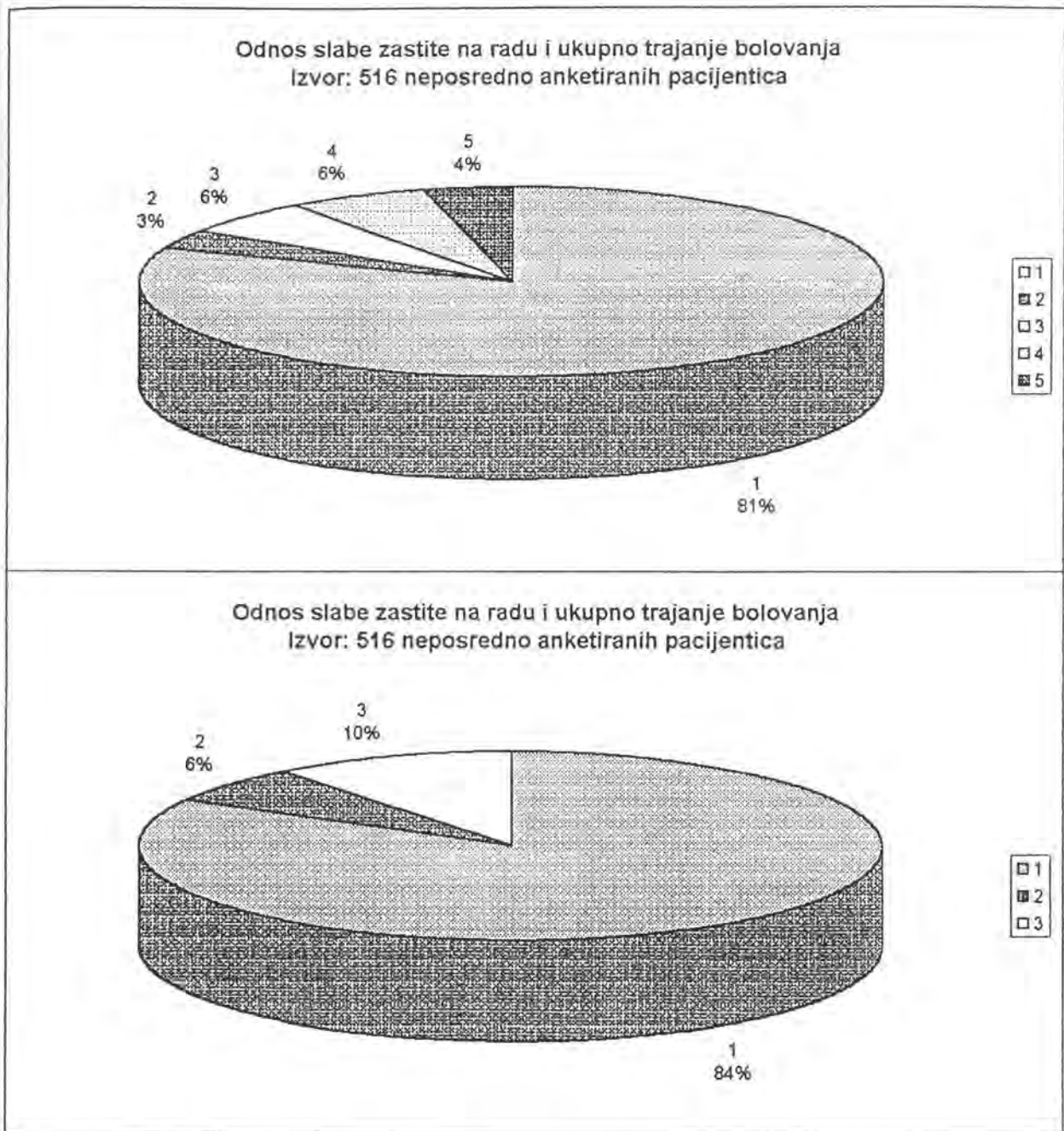
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 22.

ODNOS SLABE ZAŠTITE NA RADU PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	367	30	42	439	85,07
2	2	30	1	8	39	7,55
3	3	32	2	4	38	7,36
UKUPNO	4	429	33	54	516	-
%	5	83,13	6,39	10,46	-	100,00

SS=4 $\chi^2=5,8651$
 $H_{ikV}=5,8651$
 $H_{ikV} < H_{ikVgr}$

Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja slabe zaštite na radu na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 22

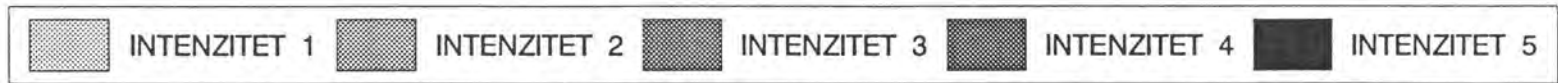
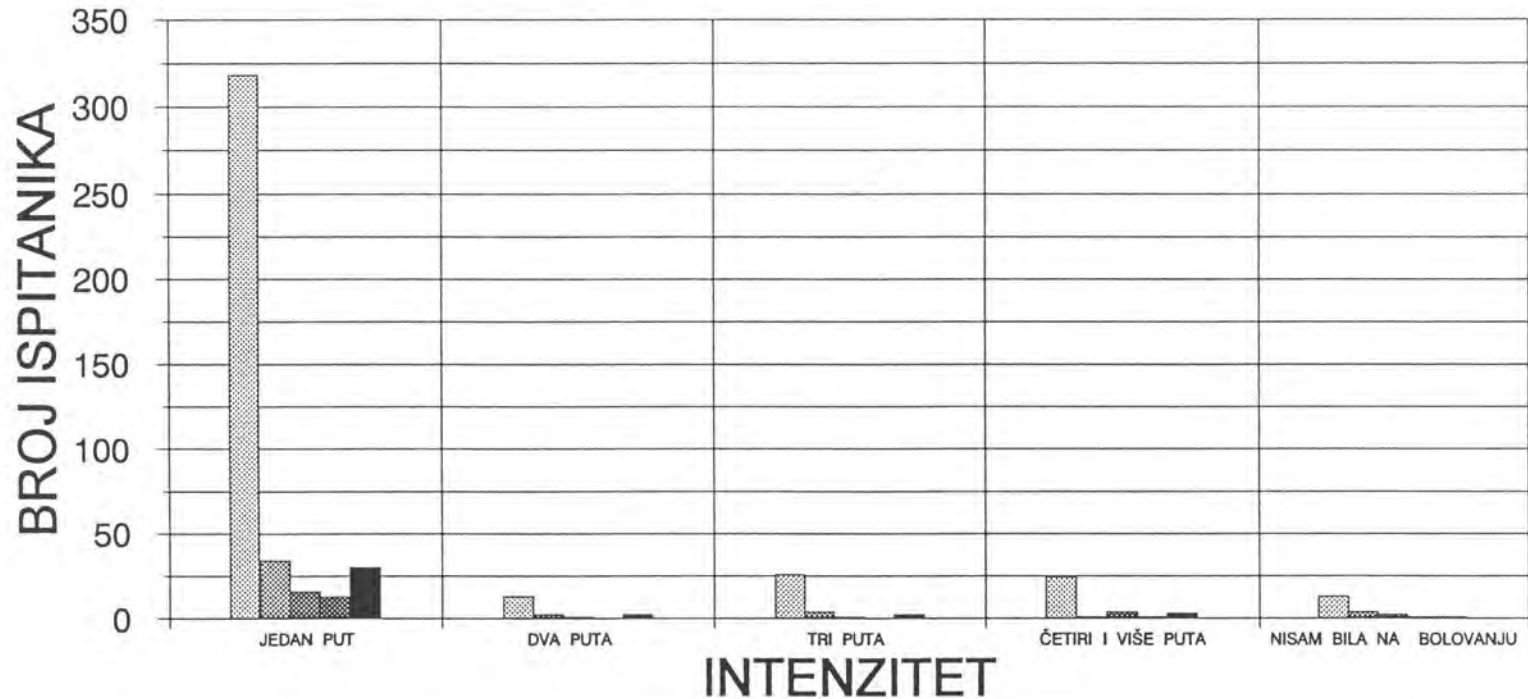


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojih slaba zaštita na radu utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 22.

GRAFIKON 22 a

ODNOS SLABE ZAŠTITE NA RADU I UKUPNO TRAJANJE BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	318	13	26	24	13
INTENZITET 2	34	2	4	1	4
INTENZITET 3	16	1	1	4	2
INTENZITET 4	13	0	0	1	1
INTENZITET 5	30	2	2	3	1

TABELA 23

39.3-38

ODNOS SMJENSKOG RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	330	12	25	12	15	394	76,36	
2	2	36	4	1	0	4	45	8,72	
3	3	21	1	1	1	0	24	4,65	
4	4	12	0	1	2	0	15	2,91	
5	5	33	0	0	5	0	38	7,36	
UKUPNO	6	435	17	28	20	19	516	-	
%	7	83,72	3,29	3,87	3,87	3,68	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=40,6912$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 23.

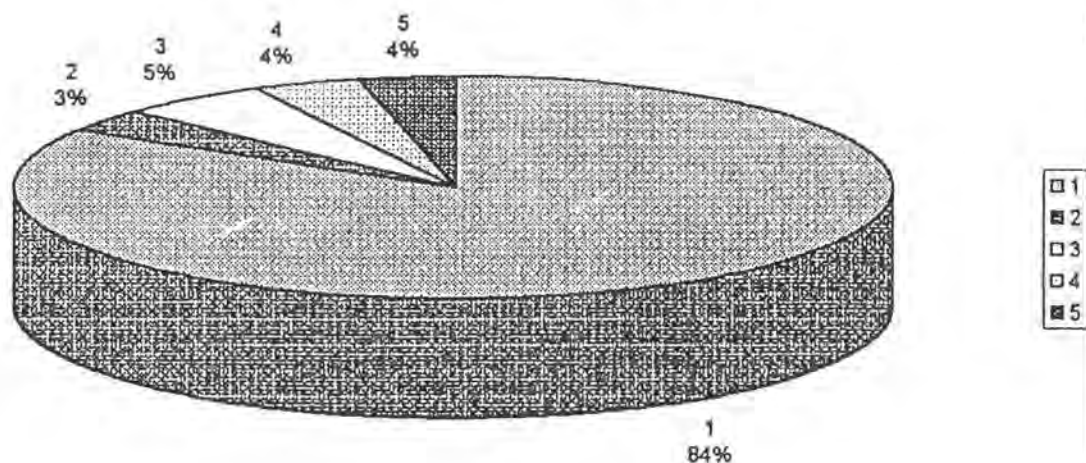
ODNOS SMJENSKOG RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	382	26	31	439	85,07	
2	2	34	2	3	39	7,55	
3	3	33	0	5	38	7,36	
UKUPNO	4	449	28	39	516	-	
%	5	87,01	5,42	7,55	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=14,7571$
 HiKV=14,7571
 HiKV>HiKVgr.

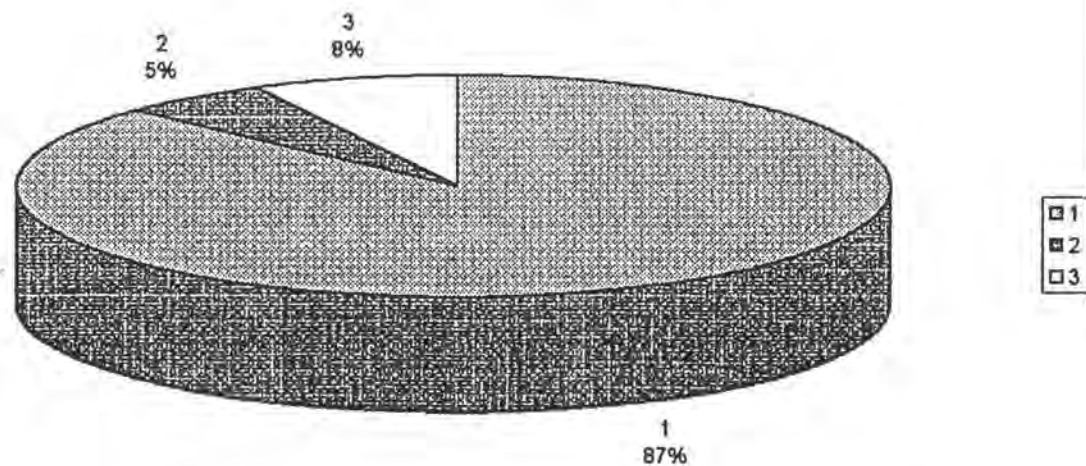
Odnos smjenskog rada prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da smjenski rad utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 23

Odnos smjenskog rada prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos smjenskog rada prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

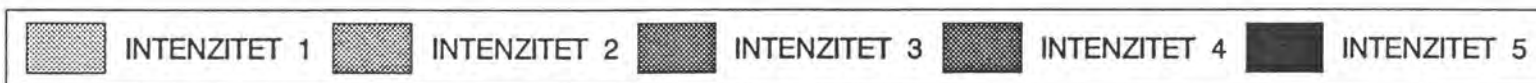
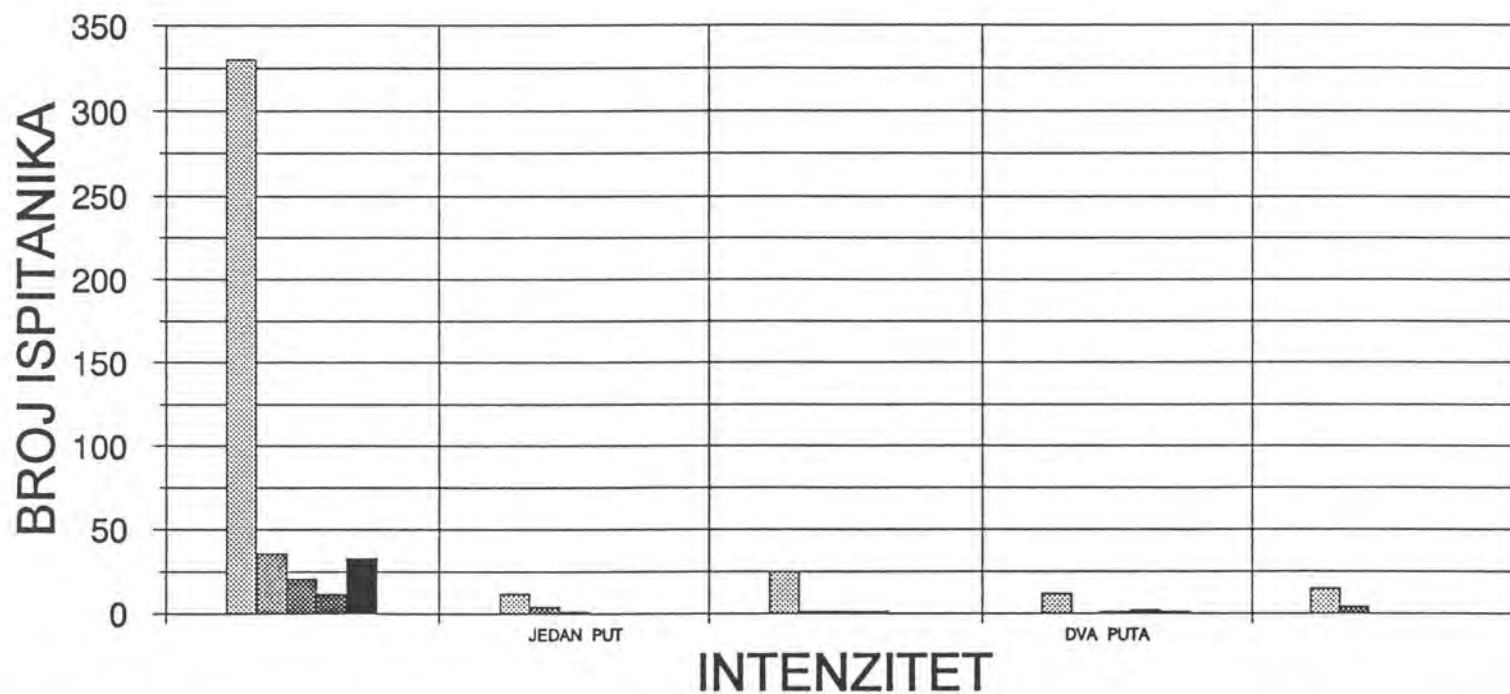


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim smjenski rad utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 23.

GRAFIKON 23 a

ODNOS SMJENSKOG RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	330	12	25	12	15
INTENZITET 2	36	4	1	0	4
INTENZITET 3	21	1	1	1	0
INTENZITET 4	12	0	1	2	0
INTENZITET 5	33	0	0	1	0

TABELA 24

39.4-38

ODNOS NESTALNOG RADNOG MJESTA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	322	12	19	26	15	394	76,36
2	2	36	0	2	2	5	45	8,72
3	3	16	3	0	3	2	24	4,65
4	4	8	0	1	4	2	15	2,91
5	5	28	1	3	5	1	38	7,36
UKUPNO	6	410	16	25	40	25	516	-
%	7	79,45	2,52	4,84	7,75	7,84	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=31,0505$

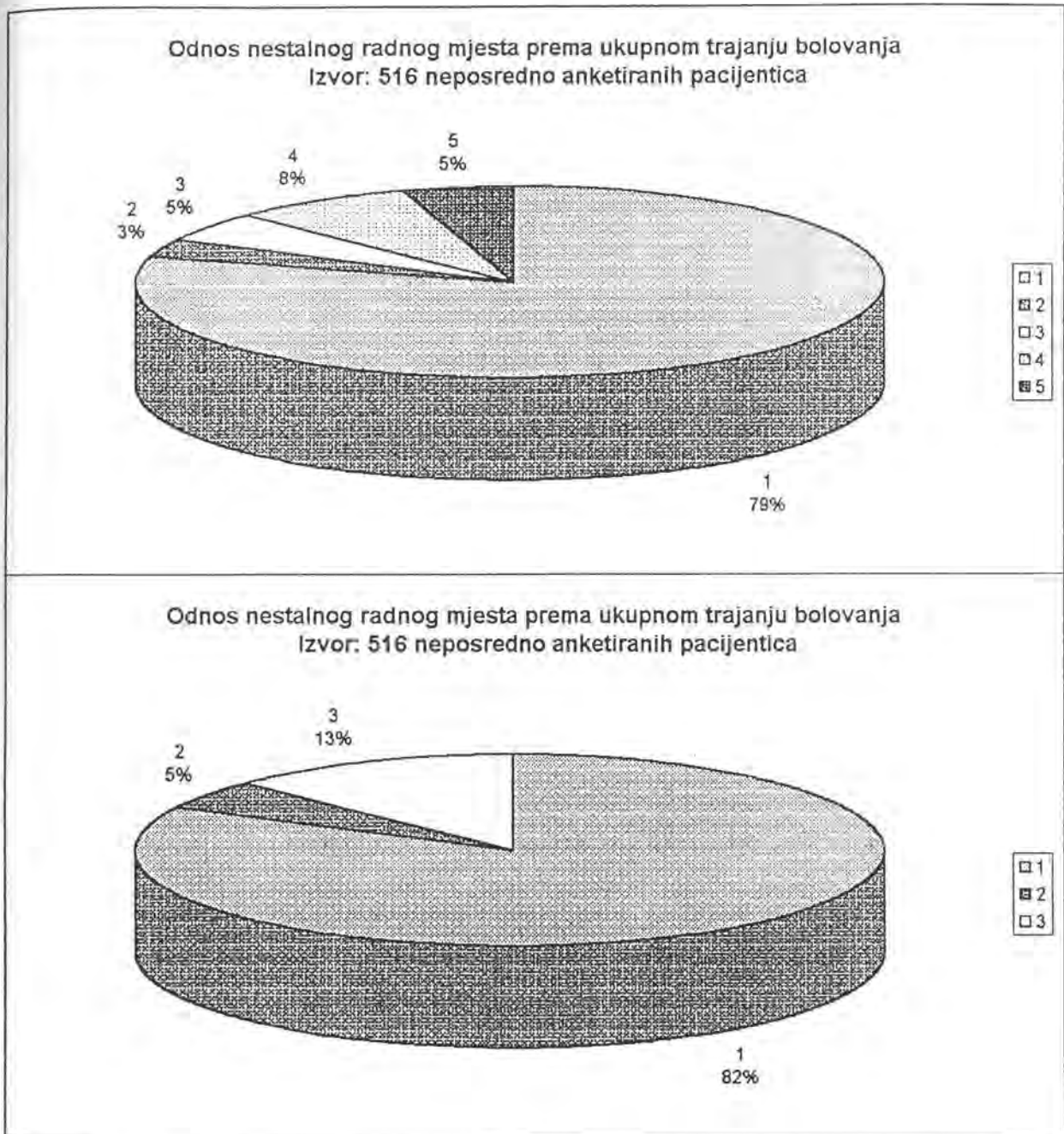
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 24.

ODNOS NESTALNOG RADNOG MJESTA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	370	21	48	439	85,07
2	2	27	1	11	39	7,55
3	3	29	3	6	38	7,36
UKUPNO	4	426	25	65	516	-
%	5	82,55	4,84	12,59	-	100,00

SS=4 $\chi^2=10,9279$
 HiKV=10,9279
 HiKV > HiKVgr.

Odnos nestalnog radnog mjesta prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da nestalno radno mjesto utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 24

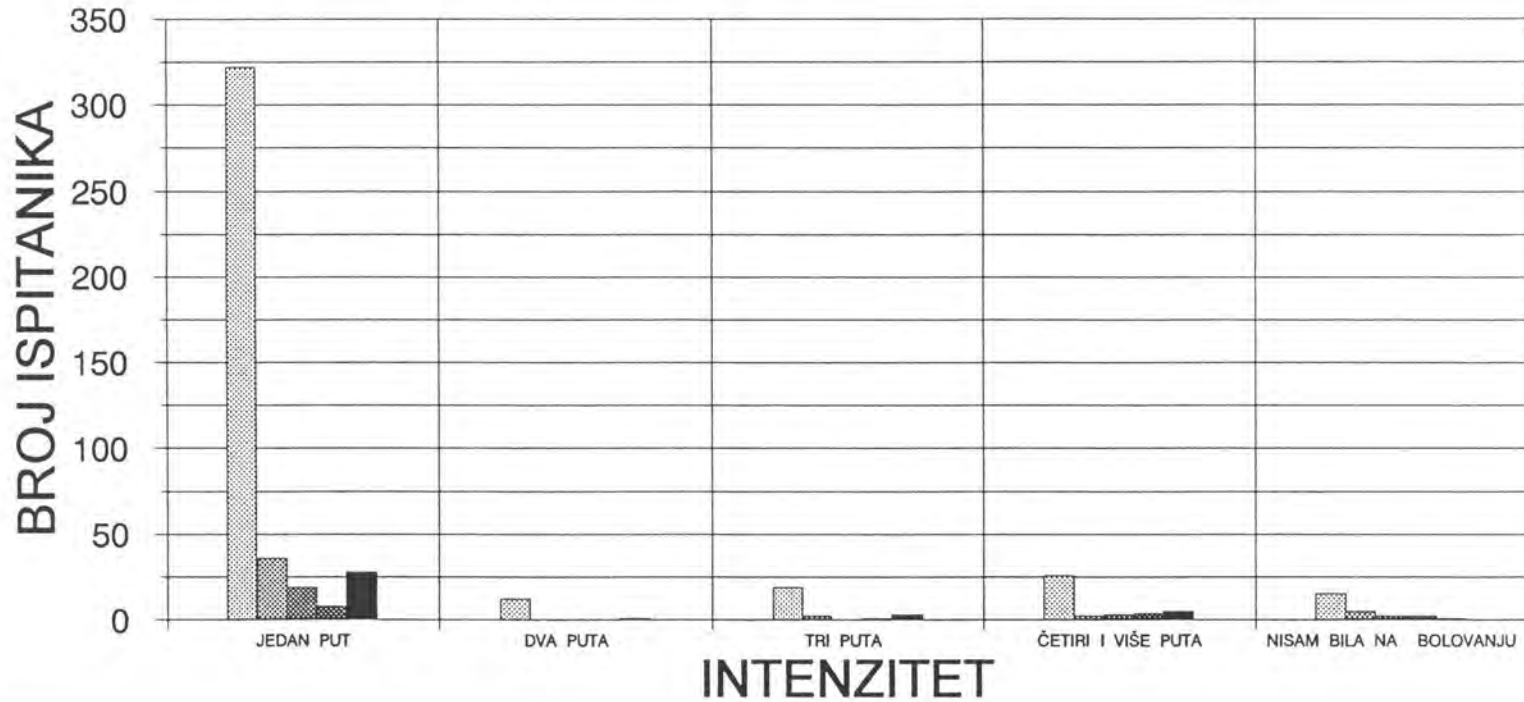


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim nestalno radno mjesto utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 24.

GRAFIKON 24 a

ODNOS NESTALNOG RADNOG MJESTA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	322	12	19	26	15
INTENZITET 2	36	0	2	2	5
INTENZITET 3	19	0	0	3	2
INTENZITET 4	8	0	1	4	2
INTENZITET 5	28	1	3	5	1

TABELA 25

39.5-38

ODNOS UDALJENIH LOKALITETA RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	298	17	33	22	24	394	76,36
2	2	31	3	4	3	4	45	8,72
3	3	12	0	3	4	5	24	4,65
4	4	7	0	3	4	1	15	2,91
5	5	26	3	3	4	2	38	7,36
UKUPNO	6	374	23	46	37	36	516	-
%	7	72,48	4,46	8,91	7,17	6,97	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=29,956$

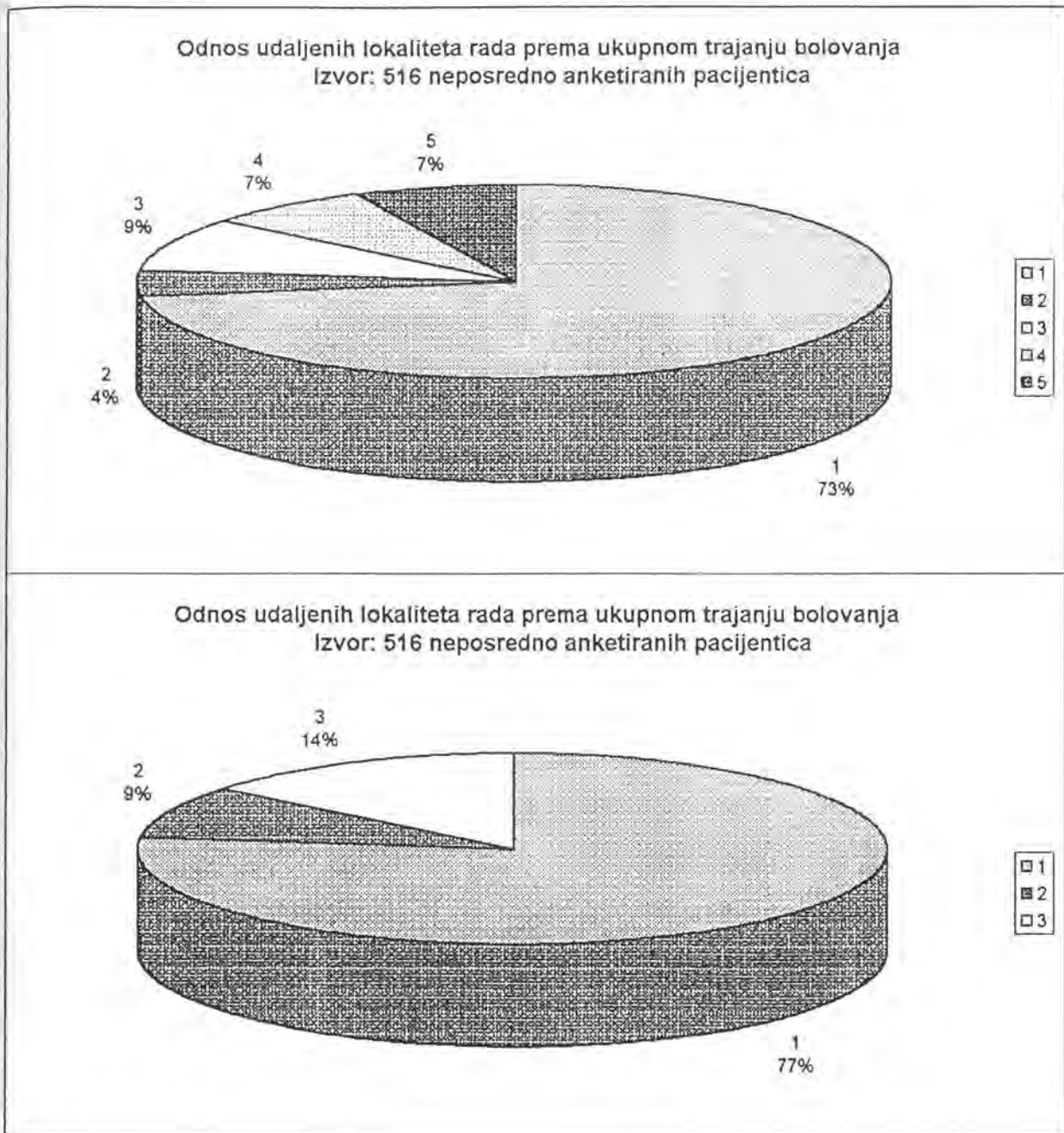
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+5, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 25.

ODNOS UDALJENIH LOKALITETA RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	349	37	53	439	85,07
2	2	19	6	14	39	7,55
3	3	29	3	6	38	7,36
UKUPNO	4	397	46	73	516	-
%	5	76,93	8,91	14,14	-	100,00

SS=4 $\chi^2=19,7825$
 HiKV=19,7825
 HiKV>HiKVgr.

Odnos udaljenih lokaliteta rada prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da udaljeni lokaliteti rada utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 25

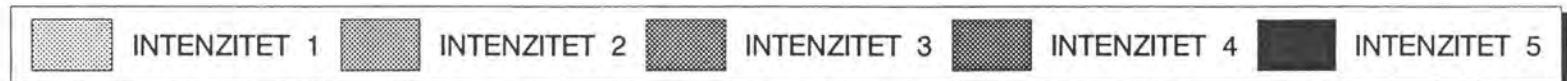
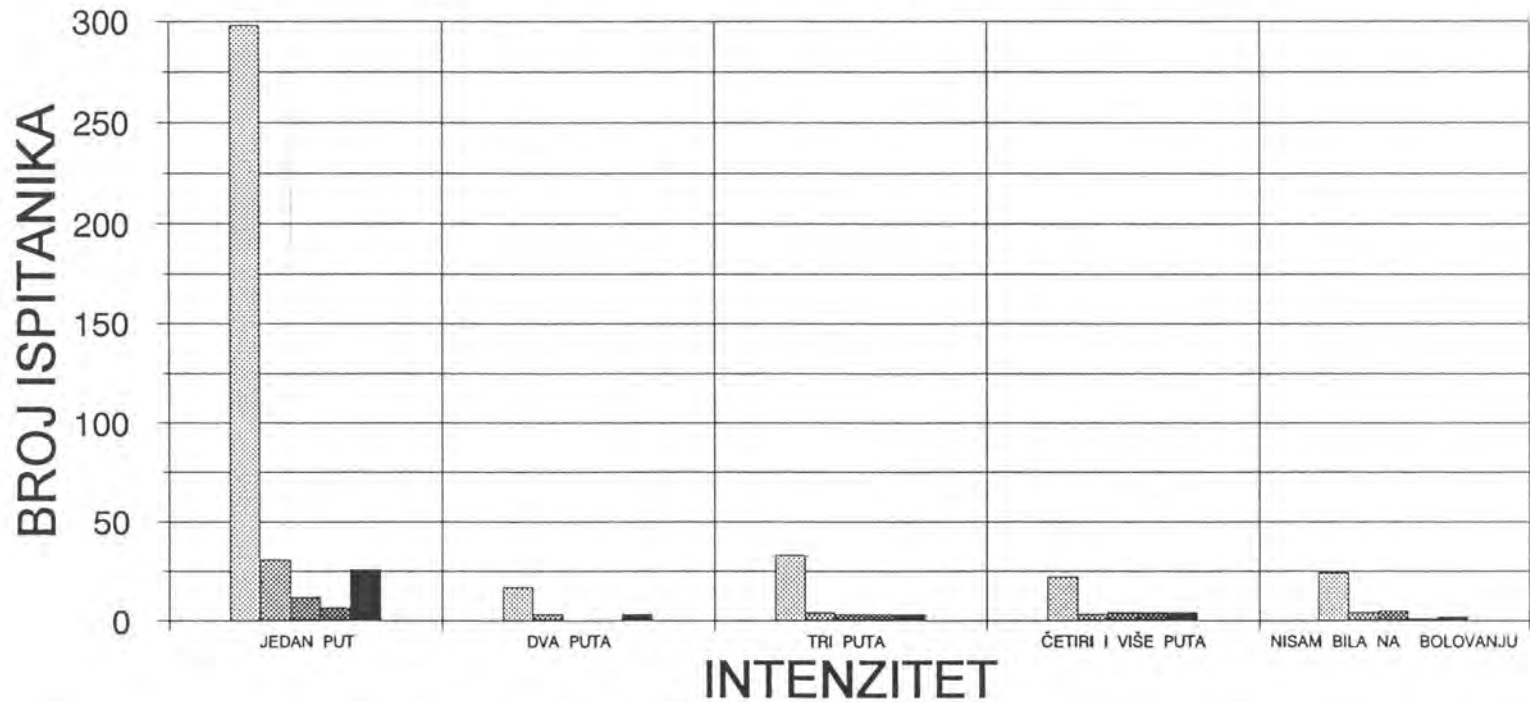


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim udaljeni lokaliteti rada utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike na način kao u pripadajućoj tablici 25.

GRAFIKON 25 a

ODNOS UDALJENIH LOKALITETA RADA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	298	17	33	22	24
INTENZITET 2	31	3	4	3	4
INTENZITET 3	12	0	3	4	5
INTENZITET 4	7	0	3	4	1
INTENZITET 5	26	3	3	4	2

TABELA 26

39.3-38

ODNOS TEŠKOG POSLA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						UKUPNO	%
		1	2	3	4	5			
BROJ IZOSTANAKA									
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	172	26	90	75	31	394	76,36	
2	2	13	4	14	10	4	45	8,72	
3	3	4	3	6	9	2	24	4,65	
4	4	2	1	3	6	3	15	2,91	
5	5	5	3	14	11	5	38	7,36	
UKUPNO	6	196	37	127	111	45	516	-	
%	7	37,98	7,17	24,61	21,51	8,72	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 $SS=16$ $\chi^2=31,5407$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 26.

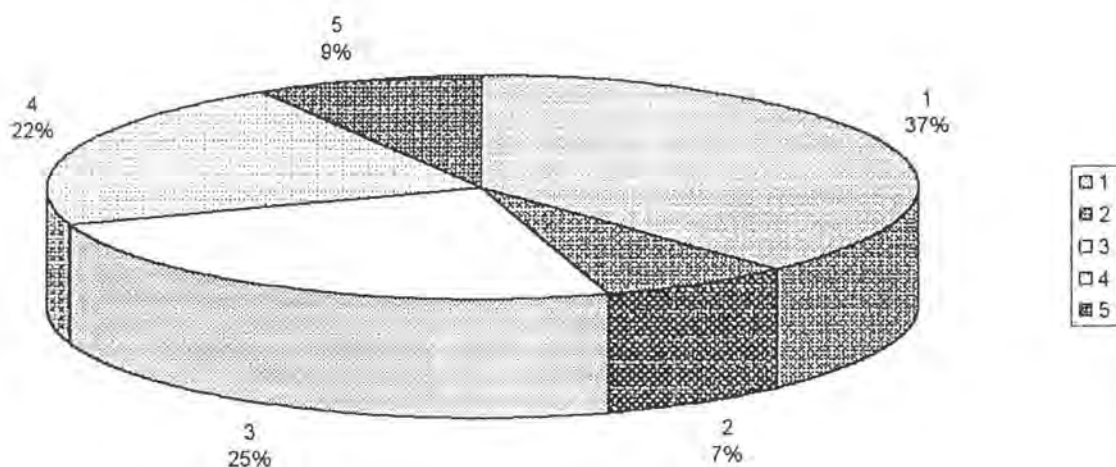
ODNOS TEŠKOG POSLA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				UKUPNO	%
		1	2	3			
BROJ IZOSTANAKA							
0		1	2	3	5	6	
1	1	215	104	120	439	85,07	
2	2	10	9	20	39	7,55	
3	3	8	14	16	38	7,36	
UKUPNO	4	233	127	156	516	-	
%	5	45,15	24,61	30,23	-	100,00	

$SS=4$ $\chi^2=20,7599$
 $HiKV=20,7599$
 $HiKV > HiKV_{gr}$

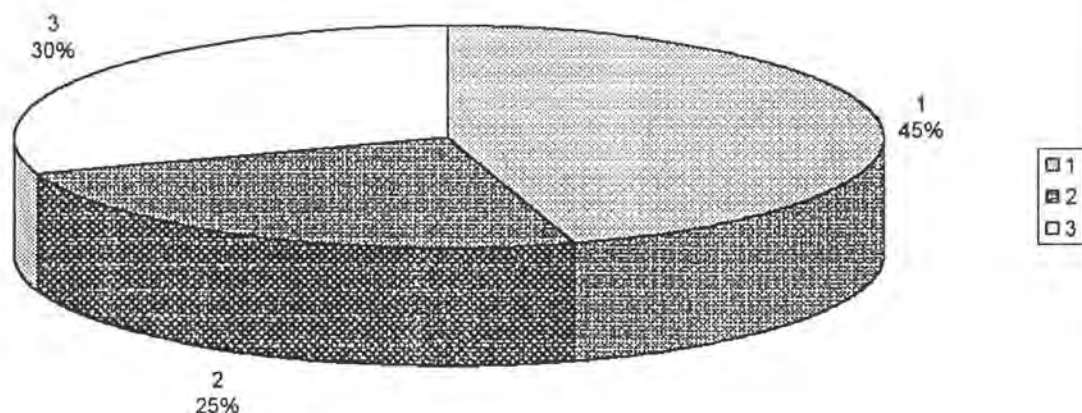
Odnos teškog posla prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da težak posao utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 26

Odnos teškog posla prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos teškog posla prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

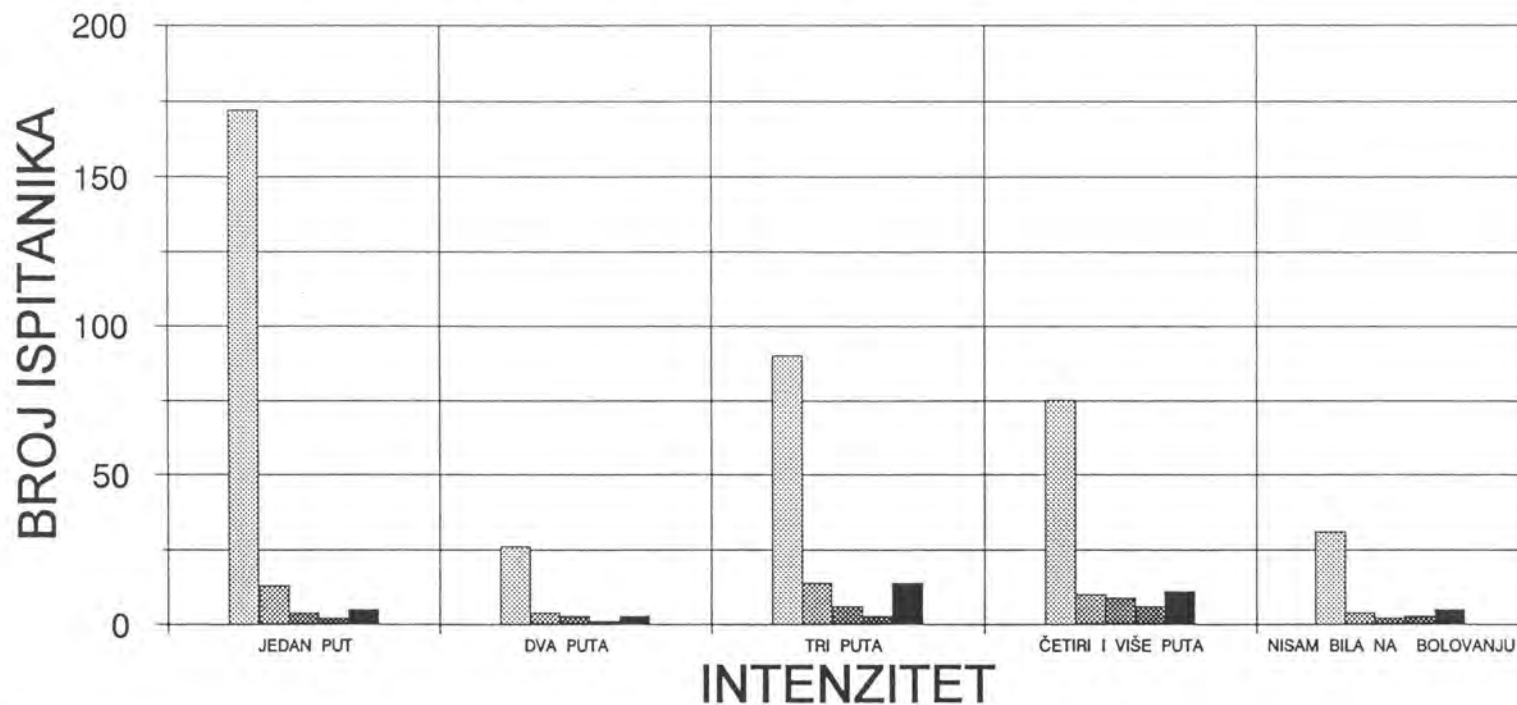


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim težak posao utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike kao u pripadajućoj tablici 26.

GRAFIKON 26 a

ODNOS TEŠKOG POSLA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	172	26	90	75	31
INTENZITET 2	13	4	14	10	4
INTENZITET 3	4	3	6	9	2
INTENZITET 4	2	1	3	6	3
INTENZITET 5	5	3	14	11	5

TABELA 27

39.7-38

ODNOS IZLOŽENOSTI VREMENSKIM NEPOGODAMA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA								
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	289	8	32	40	25	394	76,36
2	2	31	1	2	7	4	45	8,72
3	3	13	1	3	4	3	24	4,65
4	4	4	3	1	6	1	15	2,91
5	5	25	2	2	6	3	38	7,36
UKUPNO	6	367	15	40	63	36	516	-
%	7	70,74	2,33	7,75	12,21	6,98	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 $SS=16$ $\chi^2=34,797$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 27.

ODNOS IZLOŽENOSTI VREMENSKIM NEPOGODAMA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
		1	2	3	UKUPNO	%
BROJ IZOSTANAKA						
0		1	2	3	5	6
1	1	329	34	76	439	85,07
2	2	21	4	14	39	7,55
3	3	27	2	9	38	7,36
UKUPNO	4	377	40	99	516	-
%	5	73,06	7,75	19,18	-	100,00

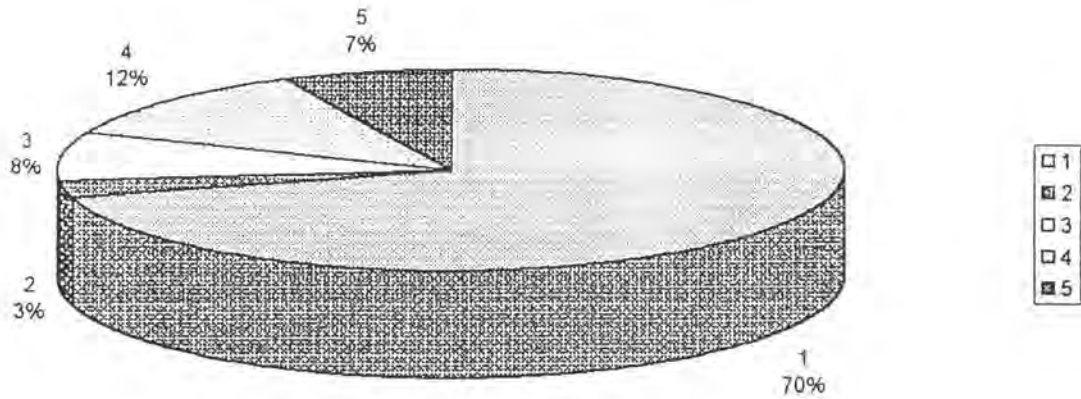
$SS=4$ $\chi^2=9,7935$
 $HiKV=9,7935$
 $HiKV > HiKV_{gr}$

Odnos izloženosti vremenskim nepogodama prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da izloženost vremenskim nepogodama utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 27

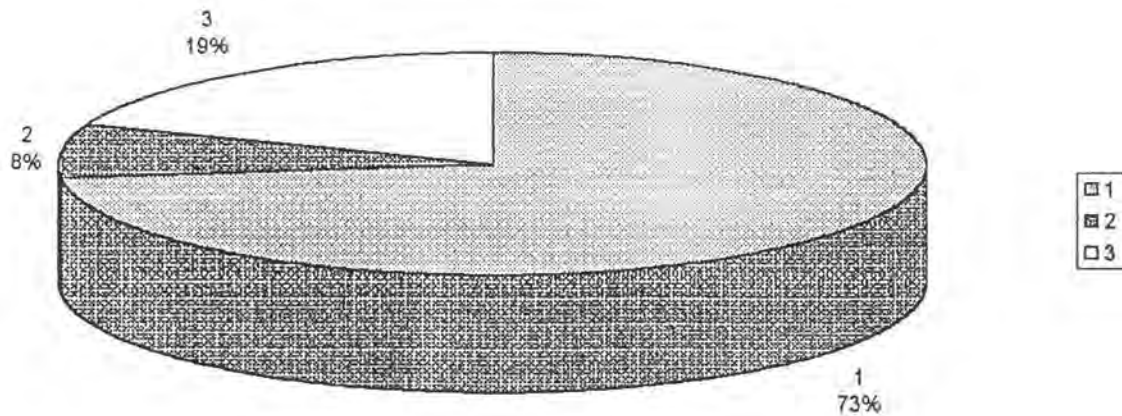
Odnos izloženosti vremenskim nepogodama prema ukupnom trajanju
bolovanja

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos izloženosti vremenskim nepogodama prema ukupnom trajanju

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

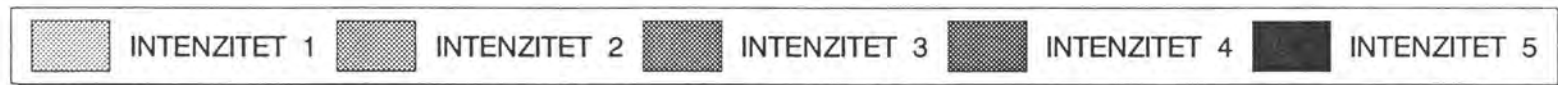
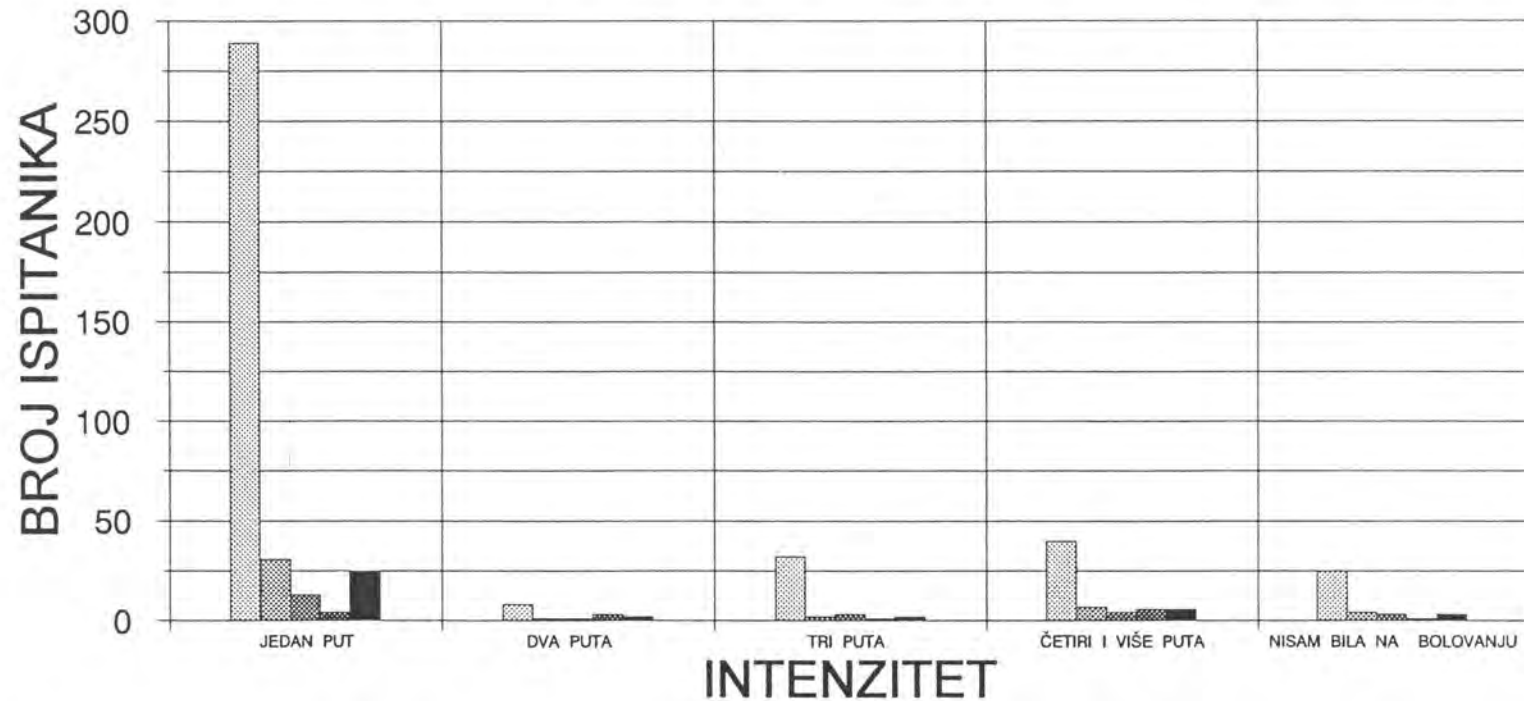


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim izloženost vremenskim nepogodama utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike kao u pripadajućoj tablici 27.

GRAFIKON 27 a

ODNOS IZLOŽENOSTI VREMENSKIM NEPOGODAMA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	289	8	32	40	25
INTENZITET 2	31	1	2	7	4
INTENZITET 3	13	1	3	4	3
INTENZITET 4	4	3	1	6	1
INTENZITET 5	25	2	2	6	3

TABELA 28

39.8-38

ODNOS NEMOGUĆNOSTI NAPREDOVANJA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	336	7	13	18	20	394	76,36
2	2	40	1	0	0	4	45	8,72
3	3	22	0	2	0	0	24	4,65
4	4	12	0	0	2	1	15	2,91
5	5	35	0	0	0	3	38	7,36
UKUPNO	6	445	8	15	20	28	516	-
%	7	86,24	1,55	2,91	3,88	5,43	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=18,2747$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 28.

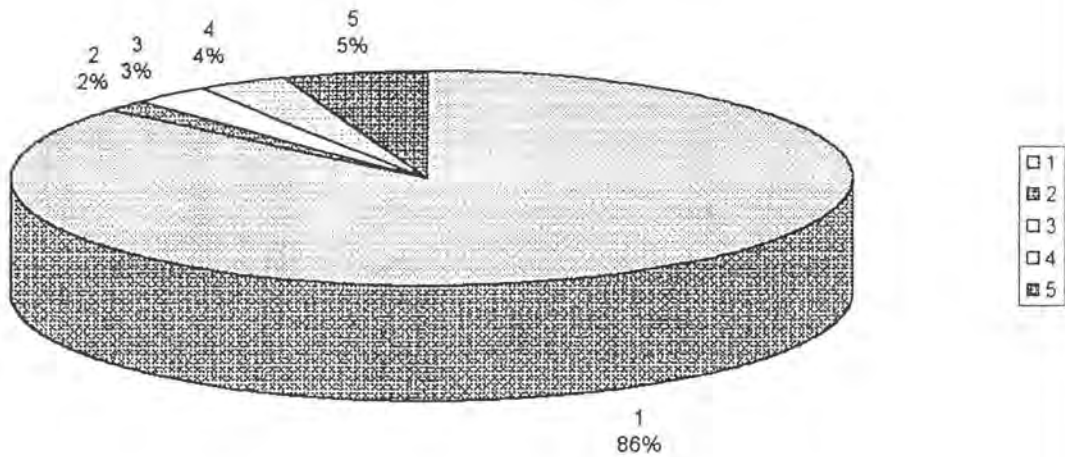
ODNOS NEMOGUĆNOSTI NAPREDOVANJA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	384	13	42	439	85,08
2	2	34	2	3	39	7,56
3	3	35	0	3	38	7,36
UKUPNO	4	463	15	48	516	-
%	5	89,73	2,90	9,30	-	100,00

SS=4 $\chi^2=2,5117$
 $H_{iKV}=2,5117$
 $H_{iKV} < H_{iKVgr}$

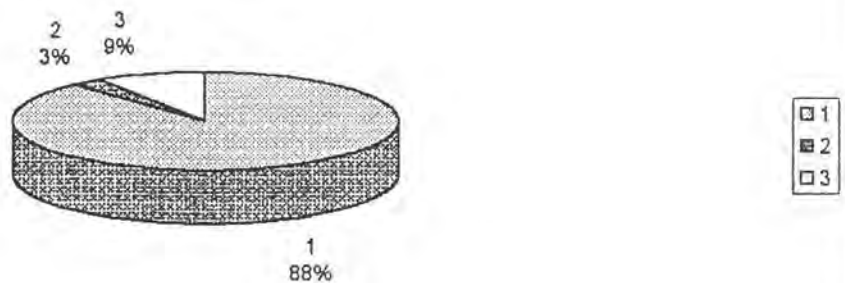
Rezultat pokazuje da nema statistički značajnog utjecaja nemogućnosti napredovanja na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 28

Odnos nemogućnosti napredovanja prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos nemogućnosti napredovanja prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

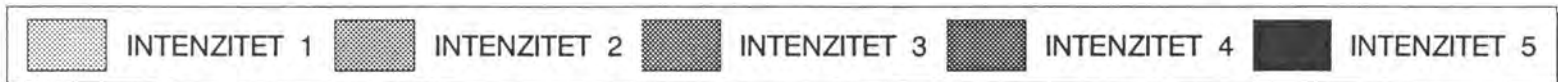
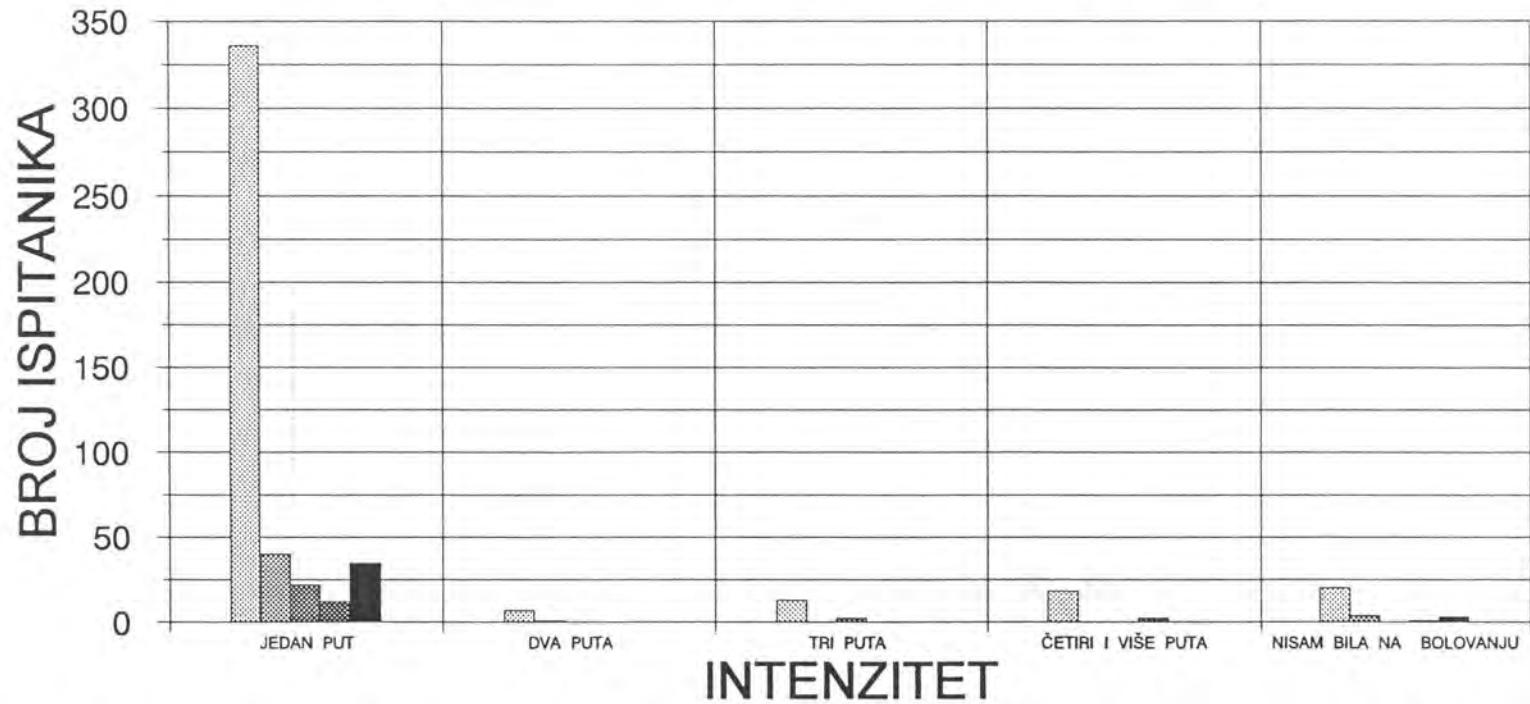


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim nemogućnost napredovanja utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike kao u pripadajućoj tablici 28.

GRAFIKON 28 a

ODNOS NEMOGUĆNOSTI NAPREDOVANJA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	336	7	13	18	20
INTENZITET 2	40	1	0	0	4
INTENZITET 3	22	0	2	0	0
INTENZITET 4	12	0	0	2	1
INTENZITET 5	35	0	0	0	3

TABELA 29

39.9-38

ODNOS FIZIČKOG I PSIHIČKOG ISCRPLJIVANJA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA									
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA							
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%	
0		1	2	3	4	5	6	7	
1	1	178	36	75	69	36	394	76,36	
2	2	16	6	12	7	4	45	8,72	
3	3	7	1	5	8	3	24	4,65	
4	4	3	1	1	9	1	15	2,91	
5	5	7	3	7	12	9	38	7,36	
UKUPNO	6	211	47	100	105	53	516	-	
%	7	40,89	9,11	19,38	20,35	10,27	-	100,00	

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=38,9585$

Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1+2, 3+4, 5, dobiven je konačni oblik tabele 29.

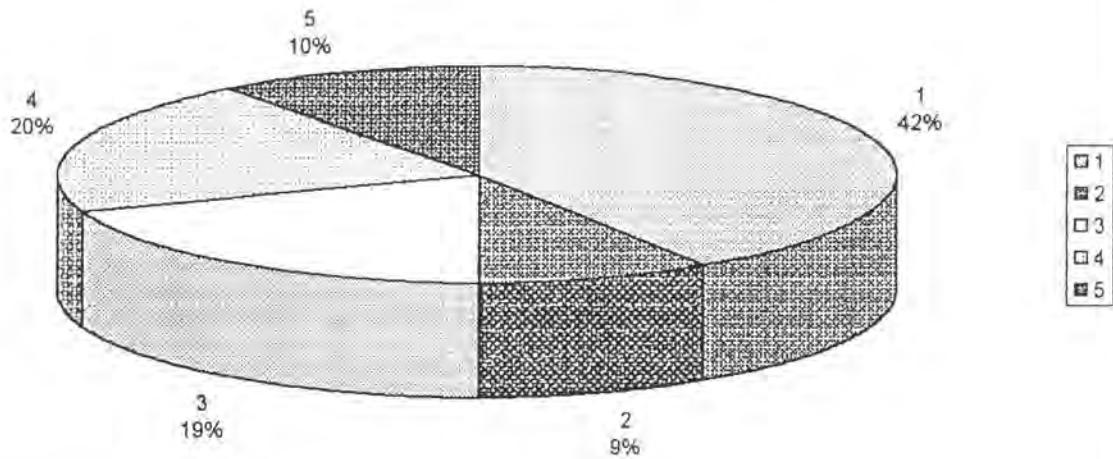
ODNOS FIZIČKOG I PSIHIČKOG ISCRPLJIVANJA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA							
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA					
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%	
0		1	2	3	5	6	
1	1	26	87	116	439	85,08	
2	2	12	6	21	39	7,56	
3	3	10	7	21	38	7,36	
UKUPNO	4	258	100	158	516	-	
%	5	50,00	19,38	30,62	-	100,00	

SS=4 $\chi^2=25,7455$
 HiKV=25,7455
 HiKV > HiKVgr.

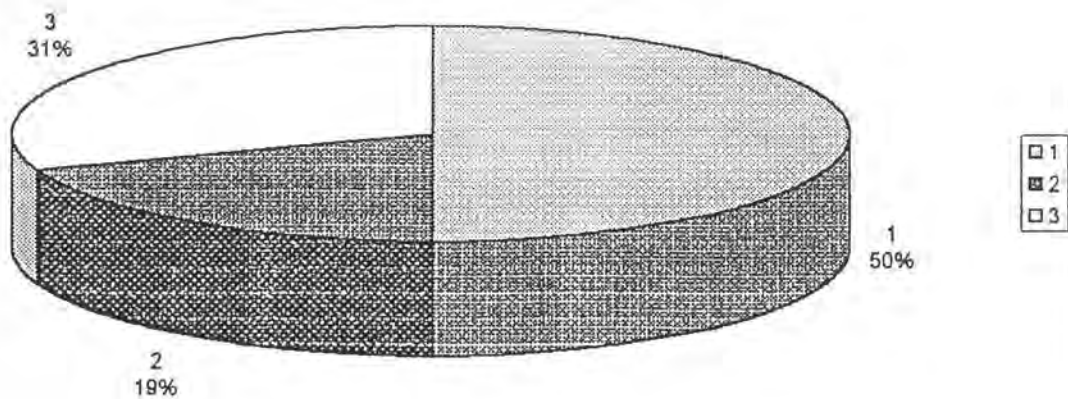
Odnos fizičkog i psihičkog iscrpljivanja prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da fizičko i psihičko iscrpljivanje utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 29

Odnos fizickog i psihickog iscrpljivanja prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica



Odnos fizickog i psihickog iscrpljivanja prema ukupnom trajanju bolovanja
Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica

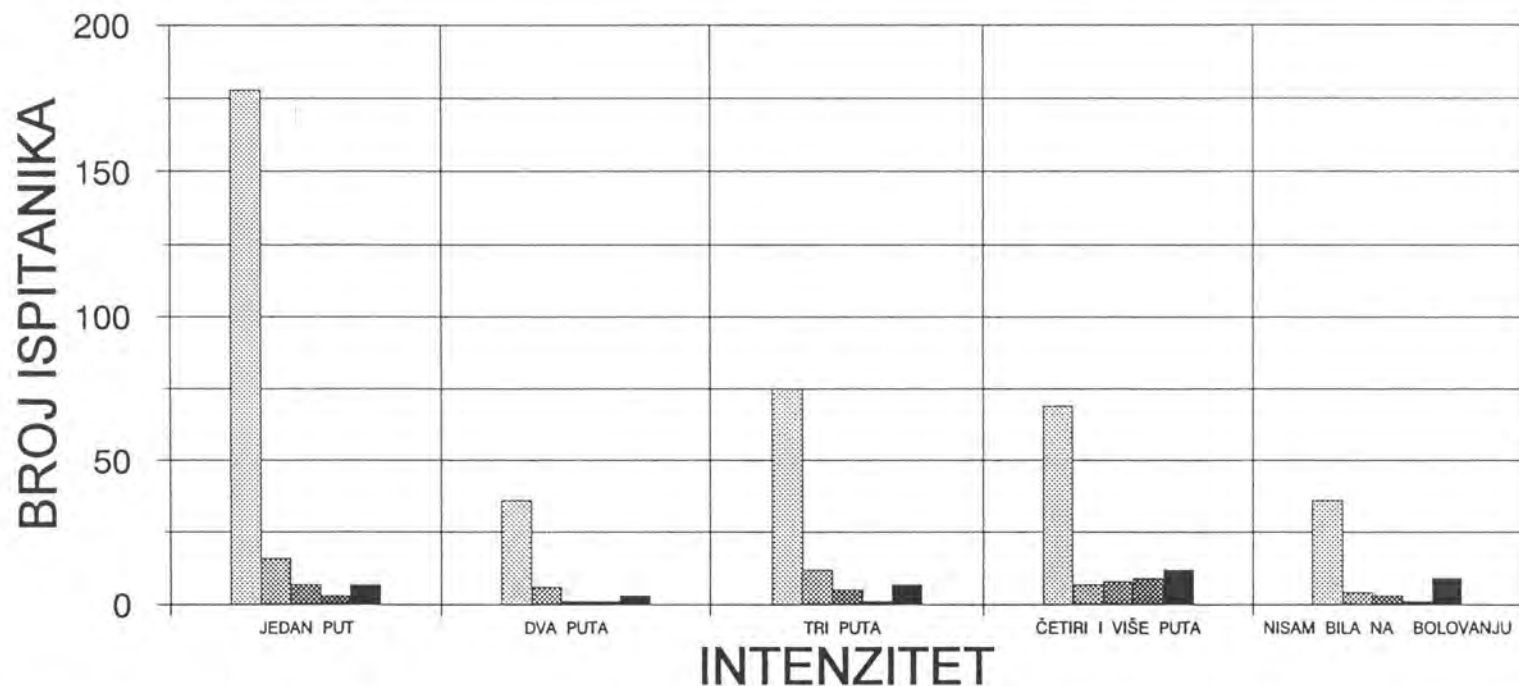


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim fizičko i psihičko iscrpljivanje utječu na ukupno trajanje bolovanja.

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike kao u pripadajućoj tablici 29.

GRAFIKON 29 a

ODNOS FIZIČKOG I PSIHIČKOG ISCRPLJIVANJA PREMA UKUP. TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	178	36	75	69	36
INTENZITET 2	16	6	12	7	4
INTENZITET 3	7	1	5	8	3
INTENZITET 4	3	1	1	9	1
INTENZITET 5	7	3	7	12	9

TABELA 30

39.10-38

ODNOS NERJEŠAVANJA ŽIVOTNIH PROBLEMA RADOM PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA								
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA						
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	4	5	UKUPNO	%
0		1	2	3	4	5	6	7
1	1	246	11	32	53	52	394	76,36
2	2	26	4	5	6	4	45	8,72
3	3	11	3	4	2	4	24	4,65
4	4	5	3	1	4	15	2,91	
5	5	17	3	6	4	8	38	7,36
UKUPNO	6	305	24	48	67	72	516	-
%	7	59,13	4,65	9,30	12,98	13,95	-	100,00

Izvor: 516 neposredno anketiranih pacijentica
 SS=16 $\chi^2=29,636$

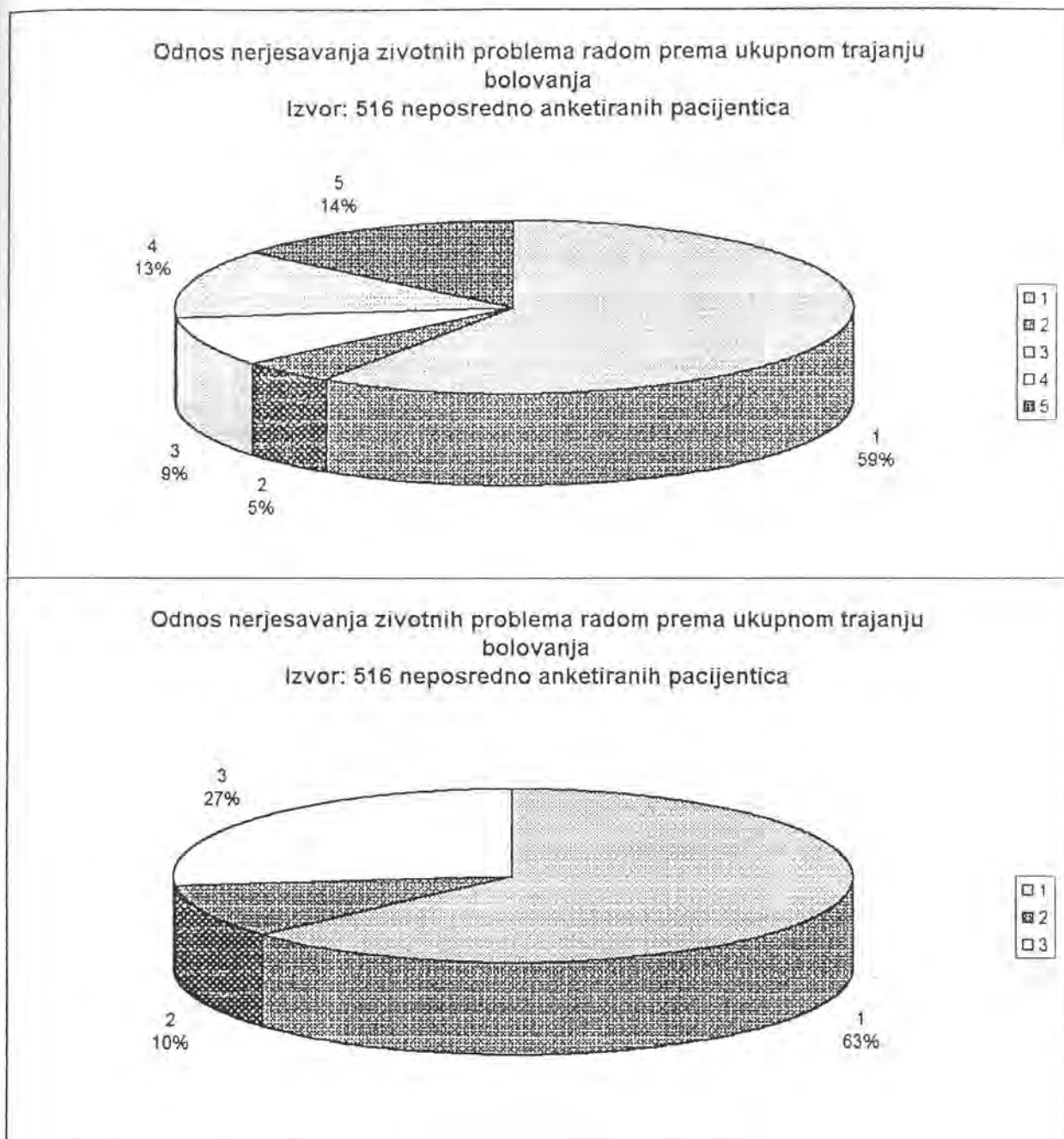
Sažimanjem vertikalnih stupaca na način 1+2, 3, 4+5, te horizontalnih 1, 2+3, 4+5, dobiven je konačni oblik tabele 30.

ODNOS NERJEŠAVANJA ŽIVOTNIH PROBLEMA RADOM PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA						
INTEZITET OSJEĆAJA	0	BROJ ANKETIRANIH OSOBA				
BROJ IZOSTANAKA		1	2	3	UKUPNO	%
0		1	2	3	5	6
1	1	257	32	105	394	76,35
2	2	40	13	16	69	13,37
3	3	28	7	18	53	10,27
UKUPNO	4	325	52	139	516	-
%	5	62,98	10,07	26,93	-	100,00

SS=4 $\chi^2=13,2128$
 HiKV=13,2128
 HiKV > HiKVgr.

Odnos nerješavanja životnih problema radom prema ukupnom trajanju bolovanja pokazuje međusobnu povezanost, tj. da nerješavanje životnih problema radom utječe na ukupno trajanje bolovanja.

Grafikon br. 30

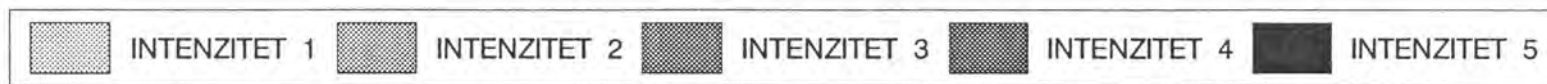
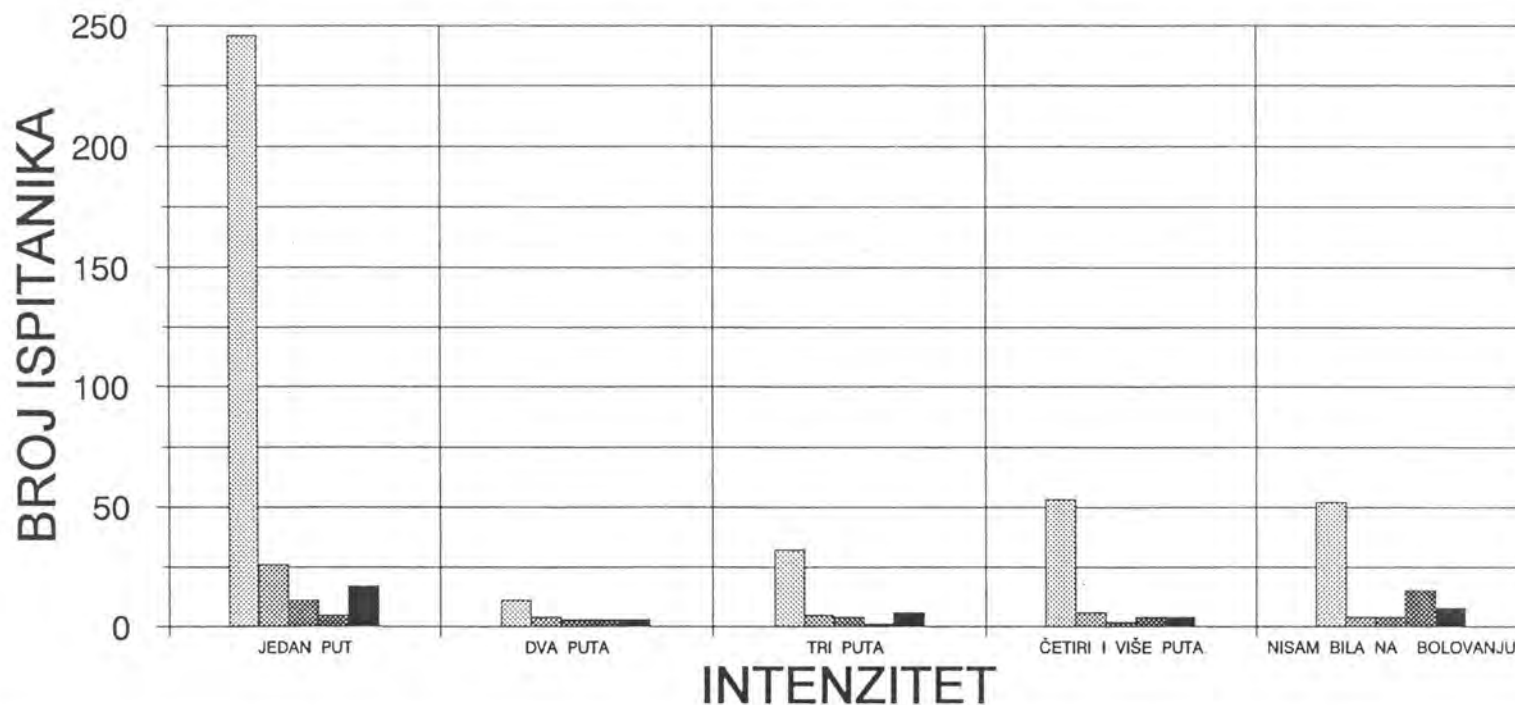


Gornji dio grafikona prikazuje odnos intenziteta kojim nerješavanje životnih problema radom utječu na ukupno trajanje bolovanja

Donji dio grafikona prikazuje isti odnos nakon izvršenog sažimanja po pravilima statistike kao u pripadajućoj tablici 30.

GRAFIKON 30 a

ODNOS NERJEŠAVANJA ŽIVOTNIH PROBLEMA PREMA UKUPNOM TRAJANJU BOLOVANJA



	JEDAN PUT	DVA PUTA	TRI PUTA	ČETIRI I VIŠE PUTA	NISAM BILA NA BOLOVANJU
INTENZITET 1	246	11	32	53	52
INTENZITET 2	26	4	5	6	4
INTENZITET 3	11	3	4	2	4
INTENZITET 4	5	3	1	4	15
INTENZITET 5	17	3	6	4	8

Mr.sc. Hrvoje Lalić, doktor medicine

ŽIVOTOPIS

Roden je u Rijeci 12.03.1960. godine. Završio je gimnaziju u Rijeci 1978. godine. Te iste godine upisao se na Medicinski fakultet u Rijeci i završio ga u redovitom roku 1983. godine.

Nakon završenog studija obavio je obavezni pripravnički staž u trajanju od jedne godine dana i položio stručni ispit, te tako stekao pravo za obavljanjem samostalnog rada. Potom je odslužio vojni rok u trajanju od jedne godine.

Po povratku iz vojske zaposlio se u Domu zdravlja Rijeka. Radio je u ambulanti "Žabica" 10 godina kao liječnik opće medicine. Tamo je stekao bogatu liječničku praksu s obzirom na veliki broj pacijenata kojima je svakodnevno pružao zdravstvene usluge.

1992. godine upisao je postdiplomski studij iz opće kliničke patofiziologije i završio ga u redovitom roku 1994. godine, te stekao diplomu magistra medicinskih znanosti. 1995. godine zaposlio se kao asistent na Katedri za socijalnu medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu Medicinskog fakulteta u Rijeci. Krajem te iste godine započeo je specijalizaciju iz medicine rada.

RAJNA JOVANOVIĆ-MARŠANIĆ, prof.

1219 Čavle 92

tel. 250-058

Diploma br. 10250 Filozofskog fakulteta
 Sveučilišta u Zagrebu

PREDMET: Potvrda o lektoriranju naslova i obrazloženja teme doktorske
 disertacije

Tekst autora Hrvoja Lalića, "Utjecaj neuroza i agravacije na izbivanje
 s posla u fizičkih radnica", lektoriran je u rukopisu i to od str. 1 do
 str. 97. Usklađen je s pravopisnom i morfologijskom normom suvremenoga
 hrvatskog jezika.

Autorova izvorna rečenica organizirana je prema pojedinim pravilima
 sintakse rečenice u hrvatskom jeziku. Dosljedno je poštivan autorov
 stil pisanja koji je u mnogome podređen profesionalnom stilu medicin-
 ske tematike i određen kako temom tako i pomoćnim izvorima korištenima
 pri obradi odabrane teme.

Rajna Jovanović-Maršanić, prof.



U Rijeci, 8. svibnja 1996.

8. LITERATURA

1. Abdel-Moty-E, Fishbain-DA, Khalil-TM Functional capacity and residual functional capacity and their utility in measuring work capacity. *Clin-JPain*. 1993. Sep, 9 (3): 168-73.
2. Agren-B, Ryden-O, Johnsson-P Rehabilitation after conorary bypass surgery: coping strategies predict metabolic improvement and return to work. *Scand-J-Rehabil-Meed*. 1993. Jun, 25 (2): 83-95.
3. Ainsworth-BE, Jacobs-DR-Jr, Leon-AS Assessment of the accuracy of physical activity questionnaire occupational data. *J-Occup-Med*. 1993. Oct, 35 (10): 1017-27.
4. Andersson-HI, Ejlertsson-G, Leden-I Chronic pain in a geographically defined general population: studies of diferences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin-J-Pain*. 1993. Sep. 9 (3) 174-82.
5. Anikin-VV, Gasilin-VS Clinico-functional criteria of work capacity and the characteristic of professional rehabilitation of patients with stenocardia. *Kardiologija* 1990. April, 30 (4): 64-8
6. Antony-JC, Petronis-KR Suspected risik factors for depression among adults 18-44 yers old. *Epidemiology*. 1991. Mar, 2 (2): 123-32.
7. Aronov-DM, Mikheeva-TG, Gyorgy-M Prognosis of the outcome of myocardial infarction by using early dynamic excercise tests. *Kardiologija* 1990. Dec 30 (12): 23-7.
8. Antony-JC, Petronies-KR Suspected risk factors for depression among adults 18-44 yers old. *Epidemiology*. 1991. Mar. 2 (2): 123-32
9. Aronov-DM, Mikheeva-TG, Gyorgy-M, Soboleva-VA, Novikov-ID, Podinovskaia IAA Prognosis of the outcome of myocardial infarction by using early dynamic excercise tests. *Kardiologija*. 1990. Dec., 30 (12): 23-7.
10. Atkinson-VL, Stuck-BM Mental health for the rural elderly the SAGE experience. *Gerontologist*. 1991. Aug., 31 (4) 548-51.
11. Battie-MC, Bigos-SJ, Fisher-LD, Spengler-DM, Hansson-TH, Nachemson-AL, Wortley-MD Anthropometric and clinical measures as predictors of back pain complaints in industry: a prospective study. *J-Spinal Disord*. 1990. Sep., 3 (3): 195-204.

12. Battie -MC, Hansson-T, Bigos-S, Zeh-J, Fisher-L, Spengler-D B-scan ultrasonic measurement of the lumbar spinal canal as a predictor of industrial back pain complaints and extended work loss. *J-Occup-Med.* 1993. Dec, 35 (12): 1250-5.
13. Beattie-MC, Longbaugh-R, Fava-J Assessment of alcohol-related workplace activities: development and testing of "Your Workplace" *J-Stud-Alcohol.* 1992. Sep., 53 (5): 469-75.
14. Beck-AT, Steer-RA, Epstein-N Self concept dimensions of clinically depressed and anxious outpatients. *J-Clin-Psychol.* 1992. Jul., 48 (4): 423-32.
15. Bel'skii-Ia, Zeiland-A Physiological and hygienic characteristics of occupational activities in the furniture industry. *Gig-Tr-Prof-Zabol.* 1990. (II): 34-6.
16. Bogadi-Šare A., Zavalic M. Diagnostic value of finger thermometry in assessment of hand-arm vibration syndrome. *Arh-Hig-Toxicol.* 44 (2): 133-37.
17. Brown-Gw, Harris-To Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. *Psychol. Med.* 1993. Feb, 23 (1): 143-54.
18. Brajša-P. Obiteljaska terapija u suvremenoj psihijatriji. *Soc. Psih.* 1988. (16): 315-28.
19. Byczkowska-Z Principles of medical expert testimony regarding adolescents capacity for practical vocational training and work. *Med-Pr.* 1992., 43 (3): 199-207.
20. Carosella-AM, Lackner-JM, Feuerstein-M Factors associated with early discharge from a multidisciplinary work rehabilitation program for chronic low back pain. *Pain.* 1994. April, 57 (1): 69-76.
21. Cherniakov-IN, Shishov-AA, Vorobev-OA Effectiveness of hyperbaric oxygenation as a factor of increasing the resistance of the human body to space flight conditions. *Kosm-Biol-Aviakosm-Med.* 1990. Nov-Dec, 24 (6): 21-3.
22. Christensen-NJ, Shultz-Larsen-K Resting venous plasma adrenalin in 70 year old men correlated positively to survival in a population study: the significance of the physical working capacity. *J-Intern-Med.* 1994. Mar, 235 (3): 229-32.

23. Cohen-S, Schwartz-JE, Bromet-EJ Mental health, stress and poor health behaviors in two community samples. *Prev-Med.* 1991. Mar, 20 (2): 306-15.
24. Constable-SH, Bishop-PA, Nunneley-SA Intermittent micro climate cooling during rest increases work capacity and reduces heat stress. *Ergonomics.* 1994. Feb., 37 (2): 227-85.
25. Cormier-Y, Boulet-LP, Bedard-G Respiratory health of workers exposed to swine confinement buildings only or to both swine confinement buildings and dairy barns. *Scand-J-Work-Environ-Health.* 1991. Aug. 17 (4): 269-75.
26. Coryell-W, Endicott-J, Keller-M Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch-Gen-Psychiatry.* 1992. Feb., 49(2): 117-25.
27. Creutz-R Timely consultation of psychiatric assessment by members of the public health services. *Gesundheitswesen.* 1993. Jun, 55(6): 294-300.
28. Cummings-KM, Zaki-A, Markello-S Variation in sensitivity to environmental tobacco smoke among adult non smokers. *Int-J-Epidemiol.* 1991. Mar, 20(1): 121-5.
29. Custer-VL, Wassink-KE Occupational therapy intervention for an adult with depression and suicidal tendencies. *Am-J-Occup-Ther.* 1991. Sep., 45(9): 845-8.
30. Deeb-JM, Drury-CG, Pendergast-DR An exponential model of isometric muscular fatigue as a function of age and muscle groups. *Ergonomics.* 1992. Jul-Aug, 35(7-8): 899-918.
31. Demirović-V. Depresivna bolest i njeno liječenje. *Svjetlost Sarajevo* 1982, 134-40.
32. De-Zwart-BC, Bras-VM, Van-Dormolen-M After-effects of night work on physical performance capacity and sleep quality in relation to age. *Int-Arch-Occup-Environ: Health* 1993, 65(4): 259-62.
33. Dew-MA, Bromet-EJ, Schulberg-HC Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Soc.Psychiatr-Epidemiol.* 1991. Sep., 26(5): 230-7.
34. Đuričić I, Kesić B, Savičević M. *Medicina rada. Medicinska knjiga Zagreb* 1966. (II): 812-37.

35. Doupal-V, Lukl-J, Heinc-P Atrial rate and increased work capacity during DDD pacing in patients with a high level AV block. *Cor-Vasa*. 1993, 35(4): 152-6.
36. Dueker-JA, Ritchie-SM, Knox-TJ Isokinetic trunk testing and employment. *J-Occup-Med*. 1994. Jan., 36(1): 42-8.
37. Edwards-JR, Van-Harrison-R Job demands and worker health: three dimensional reexamination of the relationship between person-environment fit and strain. *J-Appl-Psychol*. 1993. Aug., 78(4): 628-48.
38. Engelberg-AL Disability and workers compensation. *Prim-Care*. 1994. Jun, 21(2): 275-89.
39. Ernst-C, Angst-J The Zurich study. Sex differences in depression. Evidence from longitudinal epidemiological data. *Eur-Arch-Psychiatr-Clin-Neurosci*. 1992, 241(4): 222-30.
40. Facchini-LA, Weiderpass-E, Tomasi-E The worker model and perception of occupational and environmental risks: the optimal use of a descriptive study. *Rev-Saude-Publica*. 1991. Oct., 25(5): 394-400.
41. Feuerstein-M, Callan-Harris-S, Hickey-P Multidisciplinary rehabilitation of cronic work-related upper extremity disorders. Long term effects. *J-Occup-Med*. 1993. Apr., 35(4): 396-403.
42. Fishbain-DA, Abdel-Moty-E, Cutler-R Measuring residual functional capacity in cronic low back pain patients based on the Dictionary of Occupational Titles. *Spine*. 1994. Apr., 15,19(8): 872-80.
43. Fitzgerald-DA, English-JS Lymphoedema of the hands of chronic allergic contact dermatitis. *Contact-Dermatitis*. 1994. May, 30(5): 310.
44. Friebel-HG Delineation of work incapacity and prohibited exertion in pregnancy. *Offentl-Gesundheitswes*. 1990. Oct., 52(10): 575-9.
45. Gamble-RP, Boreham-CA, Stevens-AB Effects of a 10 weeks excercise intervention programme on excercise and work capacities in Belfast ambulance-men. *Occup-Med-Oxf*. 1993. May, 43(2): 85-9.
46. Garrison-R, Eaton-WW Secretaries, depression and absenteeism. *Women-Health*. 1992., 18(4): 53-76.

47. Genaidy-AM, Al-Rayes-S A psychophysical approach to determine the frequency and duration of work-rest schedules for manual handling operations. *Ergonomics*. 1993. May, 36(5): 509-18.
48. Giraudet-I The disabled worker. The course of job demands from September 1992. to September 1993. Main characteristic of job applicants during the third trimester of 1993. *Cah-Sociol-Domogr-Med*. 1994. Jan-Mar., 34(I): 7-29.
49. Glezer-GA, Bukina-TN, Vasilev-LA The use of orthostatic test in practical medical flight expertise in civil aviation. *Aviakosm-Ekol-Med*. 1993. Mar-Apr., 27(2): 31-5.
50. Glushkova-EK, Barsukova-NK, Szaniuk-ZI Effect of the curriculum including the computer use on work capacity and health status of older school children. *Gig-Sanit*. 1990. Dec., (12): 50-3.
51. Gohlke-Barwolf-C, Gohlke-H, Samek-L Exercise tolerance and working capacity after valve replacement. *J-Heart-Valve-Dis*. 1992. Nov., 1(2): 189-95.
52. Gojković-Korenić-M. Primjena kategorije invalidnosti Preostala radna sposobnost za svoj posao s polovinom punog radnog vremena *Arh-Hig-Toxicol*. 1990. Sep., 41(3): 275-84.
53. Goodman-SH, Emory-EK Perinatal complications in births to low socioeconomic status schizophrenic and depressed women. *J-Abnorm-Psychol*. 1992. May, 101(2): 225-9.
54. Gulick-EE Model for predicting work performance among persons with multiple sclerosis. *Nurs-Res*. 1992. Sep.-Oct., 41(5): 266-72.
55. Grochowski-W Evaluation of work capacity in cases of discopathy of the lumbosacral segment of the spine. *Neurol-Neurochir.-Pol*. 1992. Suppl. 1:170-7.
56. Haacke-R, Gutschow-R, Lutjohann-U Follow-up of arthroscopic meniscus operations with special reference to regaining work capacity. *Aktuel-Traumat*. 1993. May, 23(3): 138-41.
57. Hainer-BL Preplacement evaluations. *Prim Care*. 1994. Jun, 21(2): 237-47.
58. Harber-P, Hsu-P, Pena-L Subject-based rating of hand-wrist stressors. *J-Occup-Med*. 1994. Jan, 36(1): 84-9.

59. Harber-P, Fedoruk-MJ Work placement and worker fitness. Implications of the Americans with Disabilities Act for pulmonary medicine. *Chest* 1994. May, 105(5): 1564-71.
60. Harber-P, Hsu-P, Fedoruk-MJ Personal risk assesement under the Americans with Disabilities Act. A decision analysis approach. *J-Occup-Med.* 1993. Oct., 35(10): 1000-10.
61. Hart-DL, Berlin-S, Brager-P Development of clinical standards in industrial rehabilitation. *J-Orthop-Sports-Phys-Ther.* 1994. May, 19(5): 232-41.
62. Hartmann-B Results of audiometry screening in adolescent workers. *Z-Gesamte-Hyg.* 1990. Nov., 36(2): 602-3.
63. Henniens-G Work incapacity in protracted illness: Continuation of employment *Gesundheitswesen.* 1993. Aug-Sep., 55(8-9): 393-6.
64. Henkens-K Who wants to go in early retirement ? A multivariate analysis of civil servants intention to retire early or not. *Tijdschr-Gerontol-Geriater.* 1993. Aug., 24(4): 129-36.
65. Hesselbrock-MN Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. *J-Subst-Abuse.* 1991., 3(2): 205-19.
66. Hernandez-J, Kellner-R Hypochondriacal concerns and attitudes toward illness in males and females. *In-J-Psychiatry-Med.* 1992., 22 (3):251-63.
67. Hodgson-M N-of-one clinical trials. The practice of environmental and occupational medicine. *J-Occup-med.* 1993. Apr., 35(4): 375-80.
68. Hoffman-H, Guidotti-TL Basic clinical skills in occupational medicine. *Prim-Care.* 1994. Jun, 21(2): 225-36.
69. Hogan-DJ, Dannaker-CJ, Lal-S An international survey on the prognosis of occupational contact dermatitis of the hands. *Derm-Beruf-Umwelt.* 1990. Sep-Oct., 38(5): 143-7.
70. Hollman-W, Prinz-JP The history and clinical importance of cardiopulmonary assessment of working fitness with special reference to ergospirometry. *Z-Kardiol.* 1994. Apr., 83(4): 247-57.

71. Holstein-AR, Harding-CM Omissions in assessment of work roles: implications for evaluating social functioning and mental illness. *Am-J-Orthopsychiatry*. 1992. Jul., 62(3): 469-74.
72. Holten-K Lung-health in middle age. Screening of 40 year old persons in Vest Agder. *Tidsskr-Nor-Laegeforen*. 1991. Jun, 10(15): 1834-9.
73. Hornquist-JO, Zar-M, Hansson-B Precursors of repeated short term sick-leave: an empirical review of some background, job and well-being characteristic. *Scand-J-Soc-Med*. 1993. Sep., 21(3): 164-70.
74. Hudolin-V. Psihijatrija 1981. Jugoslav. medicinska naklada 96-116.
75. Indulski-JA, Kowalski-Z The strategy of targetted health surveillance. Genetically determined susceptibility to chemical Substances and other issues related to health surveillance. *Pol-J-Occup-Med*. 1990., 3(4): 357-74.
76. Iwata-N, Saito-K The factor structure of the 28-item General Health Questionnaire used in Japanese early adolescents and adult employees: age-and cross-cultural comparisons. *Eur-Arch-Psychiatry-Clin-Neurosci*. 1992, 242(2-3): 172-8.
77. Jacob-T, Leonard-K Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, depressed and nondistressed men. *J-Abnorm-Psychol*. 1992. Nov., 101(4): 647-56.
78. Jacobs-HE, Wissusik-D, Collier-R Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hosp-Community-Psychiatry*. 1992. Apr., 43(4): 365-9.
79. Jonjić A. *Socijalna medicina*, Rijeka 1994. IV izdanje, 53-56.
80. Karakashian-AN, Lepeshkina-TR, Ratushnaia-AN The social hygiene problems in the operator work of hydroelectric power station workers and the means for enhancing work capacity. *Vrach-Delo*. 1993. Oct-Dec. (10-12): 68-71.
81. Karwowski-W, Shumate-C, Yates-JW Discriminability of load haeviness: implications for the psychophysical approach to manual lifting. *Ergonomics*. 1992. Jul-Aug., 37(7-8): 729-44.
82. Katz-G Electroconvulsive therapy from a social work perspective. *Soc-Work-Health-Care*. 1992., 16(4): 55-68.

83. Kearon-C, Viviani-GR, Killian-KJ Factors influencing work capacity in adolescent idiopathic thoracic scoliosis. *Am-Rev-Respir-Dis.* 1993. Aug., 148(2): 295-303.
84. Khamitova-RI, Kurmyshkin-AA Detection of the autonomic dystonia syndrome during period medical examinations of industrial workers. *Gig-Tr-Prof-Zabol.* 1991. (10): 34-6.
85. Khomenko-AG, Duma-ZV, Ozerova-LV The clinical characteristics of extrinsic allergic alveolitis in woodworkers. *Vrach-Delo.* 1991. Aug., (8): 91-5.
86. Kivioja-AH, Myllinen-PJ, Rokkanen-PU Is the treatment of the most severe multiply injured patients worth the effort? A follow-up examination 5 to 20 years after severe multiple injury. *J-Trauma.* 1990. Apr., 30(4): 480-3.
87. Knothe-M, Misterek-M, Meyer-G Stress in the occupational role of teachers with disabilities and physical disorders. *Z-Gesamte-Hyg.* 1990. Aug., 36(8): 424-7.
88. Kocharov-AM, Britov-AN, Ivanov-VM Arterial pressure, physical activity and physical work capacity. *Ter-Ark.* 1993., 65(12): 12-6.
89. Kolacinska-B. Healthy choice of occupation for juveniles in the textile and clothing industry in light of preventive examinations. *Med-Pr.* 1993. 44(3): 227-33.
90. Kumar-S, Mital-A Margin of safety for the human back: a probable consensus based on published studies. *Ergonomics.* 1992. Jul-Aug., 35(7-8): 769-81.
91. Launer-LJ The work patterns of lactating women in Madura. *Soc-Sci-Med.* 1993. Aug., 37(4): 555-63.
92. Lebedev-GP, Filipov-VL Methodological approaches to complex assessment of health impairment due to unfavorable factors in the environment. *Med-Tr-Prom-Ekol.* 1993. (7-8): 9-14.
93. Lee-CH, Maibach-HI Study of cumulative irritant contact dermatitis in man utilizing open application on subclinically irritated skin. *Contact-Dermatitis.* 1994. May, 30(5): 271-5.
94. Lindstrom-I, Ohlund-C, Eek-C Mobility, strenght and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine.* 1992, Jun, 17(6): 641-5.

95. Lindstrom-I, Ohlund-C, Nachemson-A Validity of patient reporting and predictive value of industrial physical work demands. *Spine*. 1994, Apr., 15,19(8): 888-93.
96. Lora-A, Fava-E Provoking agents, vulnerability factors and depression in an Italian setting: a replication of Brown and Harris model. *J-Affect-Dissord*. 1992. Apr., 24(4): 227-35.
97. Loreda-Abdala-A, Sierra-G-de-Quevedo-JJ, Carbajal-Rodriguez-L Rheumatic fever. The clinical profile of a persistent disease. *Gac-Med-Mex*. 1991, May-Jun, 127(3): 227-31,32.
98. Lusa-S, Louhevaara-V, Kinnunen-K Are the job demands on physical work capacity equal for young and aging firefighters? *J-Occup-Med*. 1994. Jan., 36(1): 70-4.
99. Lvov-SE, Nikonova-MV, Novoselskii-AN Function of the fingers in weavers and spinners. *Gig-Tr-Prof-Zabol*. 1990. (8): 30-2.
100. Malova-NA, Simonova-LA, Fetisov-GV Hygienic rationale for diagnosis and correction of excessive body weight in schoolchildren with physical training. *Vestn-Ross-Akad-Med-Nauk*. 1993. Nov-Dec. (9): 51-5.
101. Manvelov-LS, Kocharov-AM, Smirnov-VE Physical activity and physical work capacity of patients with initial manifestations of cerebrovascular disorders in arterial hypertension, *Kardiologija*. 1992. Jan, 32(1): 63-6.
102. Marin-RS, Firinciogullari-S, Biedrzycki-RC The sources between measures of apathy and depression. *J-Affect-Disor*. 1993. Jun, 28(2): 117-24.
103. McIntyre-DR, Glover-LH, Seeds-RH The characteristics of preferred low-back motion. *J-Spinal-Disord*. 1990. Jun. 3(2): 147-55.
104. Menard-MR, Hoens-AM Objective evaluation of functional capacity: medical, occupational and legal settings. *J-Orthop-Sports-Psyh-Ther*. 1994. May, 19(5): 249-60.
105. Metalsky-GI, Joiner-TE Jr Vulnerability to depressive symptomatology: a prospective test of the diathesis-stress and casual mediation components of the hopelessness theory of depression. *J-Pers-Soc.-Psychol*. 1992. Oct, 63(4): 667-75.

106. Mintz-J, Mintz-LI, Arruda-MJ Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch-Gen-Psychiatry*. 1992. Oct., 49(10): 761-8.
107. Morgado-A, Raoux-N, Jourdain-G Over-reporting of maladjustment by depressed subjects. Findings from retesting after recovery. *Soc.-Psychiatr.-Epidemiol*. 1991. Mar, 26(2): 68-74.
108. Mori-K, Kikuchi-Y Investigation and research on classification of productive skills. *J-Hum-Ergol-Tokyo*. 1992. Dec., 21(2): 153-64.
109. Murdoch-BD The EEG in the determination of fitness to fly *Percept-Mot-Skills*. 1993. Dec., 77(3Pt 1): 716-8.
110. Murphy-MB Blood pressure and fitness for work. *Am-J-Hypertens*. 1992. May, 5(5 Pt): 253-6.
111. Nanko-S, Demura-S Life events and depression in Japan. *Acta-Psychiatr.-Scand*. 1993. Mar, 87(3): 184-7.
112. Nicholls-JA, Grieve-DW Performance of physical tasks in pregnancy. *Ergonomics*. 1992. Mar., 35(3): 301-11.
113. Noh-S, Wu-Z, Speechley-M Depression in Korean immigrants in Canada. Correlates of gender, work and marriage. *J-Nerv-Ment-Dis*. 1992. Sep., 180(9): 578-82.
114. Novotny-M, Ovissek-P Evaluation of work capacity in Menieres disease. *Cesk-Otolaryngologicka*. 1990. Nov., 39(6): 358-61.
115. Nurius-PS, Furrey-J, Berliner-L Coping capacity among women with abusive partners. *Violence-Vict*. 1992. Fall., 7(3): 229-43.
116. Ormel-J, Von-Korff-M, Van-den-Brink-W Depression, anxiety and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am-J-Public-Health*. 1993. Mar., 83(3): 385-90.
117. Payne-JN, Coy-J, Milner-PC Are deprivation indicators a proxy for morbidity? A comparison of the prevalence of arthritis, depression, dyspepsia, obesity and respiratory symptoms with unemployment rates and Jarman scores. *J-Public-Health-Med*. 1993., Jun, 15(2): 161-70.
118. Peršić N. Radna sposobnost mentalnog bolesnika. *Soc. Psih*. 1989. (17):3-43.

119. Petersen-JR, Galloe-AM, Graudal-NA Severe obstructive lung disease. The effect of the calcium antagonist israpidine on working capacity, pulmonary function, morbidity and survival. *Ugeskr-Laeger*. 1993. Aug. 23, 155(34):2612-5.
120. Phelan-J, Schwartz-JE, Bromet-EJ Work stress, family stress and depression in professional and managerial employees. *Psychol-Med*, 1991. Nov., 21(4): 999-1012.
121. Piccoli-B, Parazzoli-S, Zaniboni-A Non-visual effects of light mediated via the optical route: review of the literature and implications for occupational medicine. *Med-Law*. 1991. May-Jun., 82(3): 213-32.
122. Pietrantonio-AM, Barbani-F, Anania-AV Prevalence of changes in performance, subjective symptoms and occupational dermatitis before and after carrying out improvements in the surgical block of the Modena Polyclinic. *G-Ital-Med-Lav*. 1992. Jan-Nov., 14(1-6): 79-82.
123. Pilote-L, Thomas-RJ, Dennis-C Return to work after uncomplicated myocardial infarction: a trial of practice guidelines in the community. *Ann-Internal-Med*. 1992. Sep. 1:117 (5):383-9.
124. Plet-J, Pedersen-PK, Jensen-FB Increased working capacity with hyperoxia in humans. *Eur-J-Appl-Physiol*. 1992. 65(2): 171-7.
125. Polakowska-B Certification of ability to work in patients after percutaneous discectomy of the intervertebral cartilage. *Med-Pr*. 1993., 44(5): 471-5.
126. Polakowska-B Problems with certification of work capability for people with symptoms of functional and organic diseases of cerebral vessels. *Med-Pr*. 1993., 44(1): 9-13.
127. Poulsen-KB, Nielsen-HW Health problems among persons exposed to grain dust. *Ugeskr-Laeger*. 1991., Jul. 8,153(28): 1986-90.
128. Rashman-SM Systemic and cerebral hemodynamics and mental activity in marked neuro-emotional stress. *Fiziol-ZH*. 1992. Nov-Dec., 38(6): 78-85.
129. Raspe-H Work capacity - a central category of practical social medicine. *Gesundheitswesen*. 1994. Feb., 56(2): 95-102.
130. Reshetiuk-AI Occupational rehabilitation of workers of older age groups. *Gig-Tr-Prof-Zabol*. 1990. (11): 1-5.

131. Robertson-LD, Mullinax-CM, Brodowicz-GR The relationship between two power grip testing devices and their utility in physical capacity evaluations. *J-Hand-Ther.* 1933. Jul-Sep., 6(3): 194-201.
132. Robison-JI, Rogers-MA, Carlson-JJ Effects of a 6-month incentive based exercise program on adherence and work capacity. *Med-Sci-Sports-Exerc.* 1992. Jan., 24(1): 85-93.
133. Rodgers-SH A functional job analysis technique. *Occup-Med.* 1992. Oct., 7(4): 679-711.
134. Romanoski-AJ, Folstein-MF, Nestadt-G The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders. *Psychol-Med.* 1992. Aug., 22(3): 629-55.
135. Schmid-B The Gailingen Scaffold Test - a stress trial for occupations with a risk of falling. *Rehabilitation - Stuttg.* 1993. Nov., 32(4): 236-40.
136. Scott-D Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. *Child-Abuse-Negl.* 1992., 16(3): 345-58.
137. Schepetova-ON, Builova-TV Predicting the outcome in patients with scapulo-humeral periarthritis. *Ortop-Travmatol-Protez.* 1990. Nov., (2): 36-9.
138. Shubochkina-EI, Samotolkina-NG, Molchanova-SS Adolescent health care in vocational training and work. *Vestn-Ross Akad-Med-Nauk.* 1993 (6): 19-23.
139. Solenyi-VI, Chemirisov-VV, Kirpa-IUI Aspects of surgery, rehabilitation treatment and medical expert evaluation of spinal cord injuries. *Ortop-Travmatol-Protez.* 1990. Nov. (2): 29-32
140. Sommerich-CM, McGlothlin-JD, Marras-WS Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder: a review of recent investigations in the literature. *Ergonomics.* 1993. Jun, 36(6): 697-717.
141. Sorokina-ND, Khachaturiants-ML, Teplov-DL The effect of motivational and emotional aspects of work on the structure of operators errors. *Aviokosm-Ekol-Med.* 1993. Jan-Feb., 27(1): 23-6.
142. Stanković-D. *Medicina rada. Medicinska knjiga Beograd-Zagreb.* 1986. (III): 664-8.

143. Starčević-V. Neurasthenia: a paradigm of social psychopathology in a transitional society. *Am-J-Psychoter.* 1991. Oct., 45(4): 544-53.
144. Stewart-B, Robinson-BH Role strain and depression in employed married black mothers. *ABNF-J.* 1992. Spring., 3(2): 38-41.
145. Stockdell-SM, Crawford-MS An industrial model for assisting employers to comply with the Americans with disabilities Act of 1990. *Am-J-Occup-Ther.* 1992. May, 46(5): 427-33.
146. Strain-JJ, Gise-LH, Fulop-G Patterns of referral from consultation-liaising to social work services. *Gen-Hosp-Psychiatry.* 1991. Mar., 13(2): 88-94.
147. Targum-SD, Caputo-KP, Ball-SK Menstrual cycle phase and psychiatric admissions. *J-Affect-Disord.* 1991. May-Jun, 22(1-2): 49-53.
148. Tate-DG Workers disability and return to work. *Am-J-Phys-Med-Rehab.* 1992. Apr., 71(2): 92-6.
149. Tollefson-GD, Souetre-E, Thomander-L Comorbid anxious symptoms in major depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. *Int-Clin-Psychopharmac.* 1993. Winter, 8(4): 281-93.
150. Uglešić-B. Suvremeni pogledi na farmakoterapiju anksioznih stanja. *Soc.-Psih.* 1991. (19): 219-26.
151. Ussher-JM Research and theory related to female reproduction: implications for clinical psychology. *Br-J-Clin-psychol.* 1992. May, 31(Pt 2): 129-51.
152. Velozo-CA Work evaluations: critique of the state of the art of functional assessment of work. *Am-J-Occup-Ther.* 1993. Mar., 47(3): 203-9.
153. Verhovnik V, Polajnar A. A new method for determine extra time by considering ergonomic loads in the garment and metal-working industries. *Arh-Hig-Toxicol.* Jun 1993., 44(2): 139-49.
154. Virta-L, Usterman-K Radiographic correlations in adult symptomatic spondylolisthesis: a long-term follow-up study. *J-Spinal-Disord.* 1994. Feb., 7(1): 41-8.

155. Vojtassak-J, Huraj-E Is it possible to objectively study back pain in orthopedic practice? *Acta-Chir-Orthop-Traumatol-Cech*. 1990. Feb., 57(1): 65-9.
156. Vukelić-M, Hudolin-V. Alkoholizam mladih. *Stvarnost Zagreb* 1984., 19-118
157. Weinmann-S, Kleffmann-A, Fohres-F Analysis of the capacity of handicapped patients in comparison with non-handicapped patients. *Rehabilitation-Stuttg*. 1992. May, 31(2): 80-4.
158. Wheeler-DL, Graves-JE, Miller-GJ Functional assesement for prediction of lifting capacity. *Spine* 1994. May, 1:19(9): 1021-6.
159. Whitley-TW, Allison-EJ, Gallery-ME Work related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine; an international study. *Ann-Emerg-Med*. 1991. Sep., 20(9): 992-7.
160. Williford-HN, Sport-K, Wang-N The prediction of fitness levels of United States Air Force officers; validation of cycle ergometry. *Mil-Med*. 1994. Mar., 159(3): 175-8.
161. Yardley-L, Verschuur-C, Masson-E Somatic and psychological factors contributing to handicap in people with vertigo. *Br-J-Audiol*. 1992. Oct., 26(5): 283-90.
162. Zaslavskii-AK, Velichkovskii-BT, Likhacheva-EI Effect of industrial and working conditions on health status of workers in ferrochrome self-separating slag plant. *Gig-Tr-Prof-Zabol*. 1991.(2): 13-6.