

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА



**БИЉАНА ЈАРЕДИЋ**

**ПОВЕЗАНОСТ ПЕРСОНАЛНИХ,  
ИНТЕРПЕРСОНАЛНИХ И ОРГАНИЗАЦИОНИХ  
ПАРАМЕТАРА И ПОЗИТИВНИХ И НЕГАТИВНИХ  
КАРАКТЕРИСТИКА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА  
ЛЕКАРА И ПСИХОЛОГА**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Крагујевац, 2016. год.

*Павлу, Елени, Петру и Јакову  
љубавима већим од науке*

### *Захвалница:*

*Велику захвалност у изради овог доктората дугујем својој менторки проф. др Драгани Игњатовић Ристић. Захвална сам вам на великом стрпљењу, одличним идејама и корисним саветима. Захвална сам што сте били ментор у правом смислу те речи. Хвала вам што сте показаали да вам је емпатија врлина као и стручност. Хвала што сте ми током израде овог рада показали какав ментор треба да будем. Велику захвалност дугујем и својим пријатељима и колегама доц. др Драгани Станојевић и др Предрагу Станојевићу на корисним саветима у вези статистичке анализе. Захвалност дугујем и свом другу Срђану Ђорђевићу на несебичној помоћи око прикупљања података.*

*Највећу захвалност дугујем својој породици: мајци, оцу, нани, сестри, брату и свекрви на свему ономе што може да испуни више од једног доктората. Мом супругу Угљеши: најстрожијем критичару и највећој подршци. Мојој деци која су учинила да писање овог рада буде теже, али да живот буде лепши, смисленији и узбудљивији.*

*Захваљујем се колегама са Филозофског факултета, Универзитета у Приштини, установама у којима је реализовано истраживање и појединцима који су у њему учествовали.*

*Хвала свима*

Име и презиме: Биљана Јаредић

Датум и место рођења: 27. децембра 1983. год. у Косовској Митровици

Садашње запослење: Асистент на Катедри за психологију Филозофског факултета,

Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици

## ***II. Докторска дисертација***

Наслов: Повезаност персоналних, интерперсоналних и организационих параметара и позитивних и негативних карактеристика менталног здравља лекара и психолога

**Број страница:**

**Број слика:**

**Број библиографских података:**

Установа и место где је рад израђен:

Научна област (УДК): Медицина (Неуронауке)

Ментор: Проф. др Драгана Игњатовић- Ристић

## ***III. Оцена и одбрана***

Датум пријаве теме:

Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације

Комисија за оцену подобности теме и кандидата:

Проф. др Славица Ђукић Дејановић

Проф. др Горан Михајловић

Поц. др Срђан Миловановић

**Комисија за оцену докторске дисертације:**

**Комисија за одбрану докторске дисертације:**

**Датум одбране дисертације:**

## САДРЖАЈ:

УВОД.....	00
1. Ментално здравље .....	00
2. Теоријски оквири менталног здравља.....	00
2.1. Јахордин модел позитивног менталног здравља.....	00
2.2. Теорија Арона Антоновског- салутогени модел менталног здравља .....	00
2.3. Синдром менталног здравља- Киз и Лопез.....	00
3. Ментално здравље на раду.....	00
3.1. Ментално здравље лекара и психолога.....	00
4. Ресурси/снаге менталног здравља.....	00
4.1. Индивидуалне снаге.....	00
4.1.1. Афективни темперамент.....	00
4.2. Интерперсоналне снаге.....	00
4.2. 1. Социјална подршка.....	00
4.2.2. Задовољство породицом.....	00
4.3. Организационе снаге.....	00
4.3.1.Извори стреса на раду.....	00
5. Чиниоци менталног здравља.....	00
5.1. Позитивни чиниоци менталног здравља.....	00
5.1.1. Задовољство животом.....	00
5.1.1. Задовољство послом.....	00
5.2. Негативни чиниоци менталног здравља.....	00
5.2.1. Депресивност .....	00
5.2.2. Анксиозност.....	00
5.2.3. Изгарање.....	00
5.2.4. Ризично здравствено понашање.....	00
6. Промоција и превенција менталног здравља на радном месту.....	00
7. МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА.....	00
7.1. Предмет истраживања.....	00
7.2. Циљеви и хипотезе.....	00
7.3. Материјал и методе.....	00
7.3.1. Врста студије.....	00
7.3.2. Популација.....	00
7.3.3. Узорковање.....	00

7.3.4. Варијабле.....	00
7.3.4.1. Независне варијабле.....	00
7.3.4.2. Збуњујуће варијабле.....	00
7.3.4.3. Зависне варијабле.....	00
7.3.5. Снага студије и величина узорка.....	00
7.4.. Статистичка обрада података.....	00
8. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	00
8.1. Факторска структура коришћених инструмената.....	00
8.2. Дескриптивна анализа.....	00
8.3. Резултати истраживања према хипотезама.....	00
9. ДИСКУСИЈА.....	00
9.1. Повезаност индивидуалних ресурса (снага) и позитивних и негативних исхода код лекара и психолога.....	00
9.2. Израженост позитивних и негативних исхода менталног здравља лекара и психолога у односу на неке социо-демографке варијабле .....	00
9.3. Повезаност социјалне подршке са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља .....	00
9.4. Повезаност задовољства породицом са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља .....	00
9.5. Повезаност извора стреса на раду са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља.....	00
9.6. Повезаност персоналних, интерперсоналних и организационих параметара са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља.....	00
10. ЗАКЉУЧАК.....	00
11. ЛИТЕРАТУРА.....	00
12. ПРИЛОЗИ.....	00

## **Увод**

Унапређење радне делатности старо је колико и људска врста. Људи су константно унапређивали средства рада, али и своје улоге у радном процесу. Истраживања вршена на пољу рада као и људска искуства установила су да се у појединим врстама занимања људима угроженије здравље, како физичко тако и психичко. Истраживања су показала да директан и дуготрајан контакт са клијентима проузрокује стрес и изгарање на послу код запослених у људском сервису и да су ови негативни ефекти нарочито изражени међу радницима који раде у сектору здравствене и социјалне заштите, односно у помажућим професијама [1,2,3,4]. Према истраживању Канадског института за здравље (Canadian Institute for Health Information (СИИ), 88% од свих здравствених радника је пријавило несаницу, главобољу, депресију и нападе панике у вези са стресом на раду [5]. Истраживања показују да широм ЕУ ниво одсуствовања са посла, незапосленост и трајна инвалидност су узрокована радним стресом као и ментални здравствени проблеми који су у порасту [6]. Многе студије објавиле су висок ниво сагоревања на послу код лекара, са коморбидитетом у распону од 19% до 47%, у поређењу са стопом око 18% за општу запослену популацију [7]. Бројни су извори стреса на раду и код клиничких психолога у Великој Британији у које спадају: саме карактеристике клијента, прекомеран броја предмета на једног психолога, сумња у своје професионалне компетенце и лоше управљање [8]. Утврђено је да око 40% клиничких психолога, који су учествовали у овој студији у Великој Британији, доживљавају високе нивое стреса на раду. Основни разлози за изгарање и лоше ментално здравље на послу, код запослених у сектору људског сервиса (помажућих професија), сматрају се стресни чиниоци посла који се активирају када постоји неравнотежа између доживљаја ресурса (тј. снага) којима појединац располаже и захтева које посао и живот стављају пред сваког појединца. Бројне су полемике о томе који део је индивидуалних чиниоца у очувању менталног здравља на раду, а који део подпада под саме срединске чиниоце и захтеве посла. Зато је и циљ ове студије повезаност ресурса тј. снага са позитивним и негативним исходима менталног здравља.

Препознавање ресурса, тј. снага здравља омогућиће унапређење менталног здравља али и спречавање даљег погоршање менталног, а посредно и физичког здравље код запослених у помажућим професијама. Овакви резултати омогућиће не само унапређење менталног здравља и спречавање болести него ће унапредити и услугу корисницима (пацијентима) који долазе код лекара и психолога. Научни допринос овог рада прозилази из анализе повезаности ресурса тј. снага и исхода у побољшању менталног здравља запослених у помажућим професијама (као и оних који ће тек бити запослени-студенати). Методолошки допринос истраживања се огледа у утврђивању метријских карактеристика и психометријском опису скала на планираном узорку. Теоријски значај овог истраживања огледа се у објашњењу менталног здравља кроз ресурсе, тј. снаге и исходе о чему до сада није било истраживања на узорку испитаника лекара и психолога као и на узорку студената који се обучавају за овај позив, на територији Србије.

## 1. Ментално здравље

Светска здравствена организација је 1964. године дефинисала здравље као стање потпуне физичке, менталне и социјалне добробити, а не само као одсуство болести или поремећаја [9]. Три идеје произилазе из ове дефиниције и основ су за унапређење менталног здравља: ментално здравље је саставни део здравља, ментално здравље је више од одсуства менталне болести и ментално здравље је уско повезано са физичким здрављем и понашањем. Ментално здравље је од виталног значаја за појединце, породице и друштво у целини.

Велики је број дефиниција менталног здравља од којих свака имплицира одређено, понекад и лично гледиште. Ментално здравље се може дефинисати као „способност појединца да испуни своје обавезе према себи и друштву, живећи у узајамној хармонији са физичким и социјалним окружењем“ [10]. Ментално здравље Светска здравствена организација (СЗО) дефинише као благостање кроз које појединац развија своје способности, може да превлада свакодневне животне стресове, може да ради продуктивно и плодно и у стању је да допринесе својој заједници. Према Лејсанану и сарадницима (Lehtinen et al.,) ментално здравље се најчешће дефинише социјалним, емоционалним и духовним благостањем [12]. Постојање више дефиниција менталног здравља



даје и могућност више процена истог. Процена менталног здравља може да се врши преко позитивних или негативних аспеката/одредница; такође, индикатори могу бити психопатолошки симптоми који указују на нарушено ментално здравље и позитивни чије је присуство пожељно. Тенденције позитивне психологије су да се ментално здравље сагледава кроз осећај благостања (позитивних индикатора) било да је оно дефинисано као субјективно или психолошко. Субјективно благостање се најчешће дефинише као когнитивна и афективна евалуација сопственог живота [13]. Теоријски засноване димензије психолошког благостања су: самоприхватање, позитиван однос са другима, аутономија, овладавање окружењем, сврха живота и лични раст и развој [14]. Суштинске разлике између пролазног проблема са менталним здрављем и менталних поремећаја нису добро дефинисане, па се трајање и интензитет обично наводе као разлике између њих [15].

Садашње процене говоре да ће 25% европских грађана искусити проблеме менталног здравља у животу и око 10% ће имати дугорочних здравствених проблема и инвалидитет који се могу повезати са менталним и емоционалним поремећајима [16]. Како је Светска здравствена организација као битан циљ у наредних 100 година одредила унапређење квалитета живота људи, унапређење менталног здравља заузело је тако посебно место. Да би човек позитивно вредновао свој живот и исказао одређени ниво субјективног благостања, потребно је да су услови у његовом животу задовољавајући. У том контексту, људи придају високу вредност свом радном месту и задовољству које осећају у свом послу. Глобална процена задовољства животом је самим тим директно условљена и нивоом задовољства/незадовољства које човек осећа у односу на свој професионални живот. Из тог разлога проучавање индикатора менталног здравља повезаних са професионалним ангажманом јесте веома важно за разумевање менталног здравља уопште.

## **2. Теоријски оквири менталног здравља**

### **2.1. Јахордин модел позитивног менталног здравља**

И ако је модел Мери Јаходе настао пре више од 50 година и данас представља један од највише цитираних модела, а многи аутори савремених

модела менталног здравља преузели су и унели у сопствене моделе критеријуме о којима је Јахода расправљала. Она заступа тврдњу да су ментално здравље и ментална болест квалитативно различити. Према њеном моделу супротан пол болести јесте одсуство болести, а супротан пол здрављу - одсуство здравља. Да би се нешто означило као ментално здраво према Јаходи (Jahoda) мора да задовољи следеће критеријуме:

- став према себи (сопственом селфу),
- лични раст, развој и самоактуализацију,
- интеграција,
- аутономија,
- опажање реалности
- управљање околином [17].

*Став према себи (сопственом селфу)*- ментално здраву особу карактерише самоприхватање, самопоуздање и тражење ослонца у себи [17]. Ментално здрава особа прихвата себе онаквом каква јесте, са врлинама и манама и са сазнањем да није савршена.

*Способност за лични раст, развој и самоактуализацију*- Јахода је овај појам развила из теорија Спинозе, Олпорта, Маслоуа, Роџерса, а појам „животне снаге“ представља спој личног раста, развоја и самоактуализације [17].

*Интеграција*- представља повезаност свих психичких процеса у појединцу и њиховој равнотежи. Равнотежа међу свим процесима је показатељ доброг менталног здравља, док доминација било које није пожељна. Своју разраду равнотеже психичких снага појединца, Јахода је засновала на психоаналитичкој теорији [17].

*Аутономија*- О аутономији Јахода размишља као о независности или самоодређености у смислу „односа између појединца и околине у погледу доношења одлука“ [17]. Ако је неко аутономна личност онда то значи да та особа може да направи свесну разлику између онога што жели да прихвати и онога што жели да одбије и да се понаша у складу са тим. Према Маслоуу (Maslow) понашање аутономне особе је регулисано изнутра и „релативно независно од физичког и социјалног окружења“ [17].

*Опажање реалности*- Опажање реалности у концепту менталног здравља „када оно што појединац види одговара ономе што заиста постоји“ [17].

Критеријумима менталног здравља се сматрају два аспекта опажања:

- опажање ослобођено искривљења због потреба и
- емпатија или социјална осетљивост.

Ментално здрава особа ће посматрати свет у складу са реалношћу, независно од својих потреба. Кад су у њено посматрање укључене и друге особе, ментално здрава особа закључује о њима са што више емпатије и што мање искривљења. Према овом критеријуму менталног здравља, ментално здрава особа је способна да на објективан начин упореди себе са другима. Ова процена би требало да доведе до тога да ментално здрава особа има слику о себи сличну оној коју други имају о њој.

*Управљање околином*- У оквиру овог критеријума, Јахода разматра две теме: успех и адаптацију [17]. Успех се односи на достигнуће у неким значајним областима живота, а адаптација се више односи на процес него на крајњи резултат самог процеса. Управљање околином се може разложити на неколико специфичних области људског функционисања: способност појединца да воли; адекватност у љубави, раду и игри; адекватност у међуљудским односима; ефикасност у испуњавању ситуационих захтева; капацитет за адаптацију и прилагођавање; и ефикасност у решавању проблема [17].

## **2.2. Теорија Арона Антоновског- салутогени модел менталног здравља**

Према теорији Арона Антоновског (Antonovsky) ментално здравље је схваћено као саставни део свеукупног здравља и квалитета живота [18]. Основу овог модела здравља чине два механизма која утичу на стање тензије. Први механизам делује преко спољашњих или унутрашњих стресора који узрокују тензију, а начин на који се особа носи са тензијом, успешно или неуспешно, одређује да ли ће бити ближе здрављу или болести. Други механизам према овом моделу, делује преко животног искуства и генерализованих ресурса отпорности. Када се осети тензија онда, у зависности од тога да ли се успешно или неуспешно управља њоме, утиче на појаву стреса и одговарајућих ефеката



на здравље појединца. Када особа успешно управља тензијом, то позитивно делује на осећај кохерентности, а то позитивно стање здравља представља генерализовани ресурс који позитивно делује на здравље уопште (слика 1).

Ако појединац неуспешно управља тензијом, онда та тензија постаје стресор који угрожава здравље. Нарушено здравље може умањити ресурсе или довести до њиховог губитка што ће учинити да се животна искуства опазе као тежа, а све то може довести до слабљења осећаја кохерентности. Особе са слабијим осећајем кохерентности су склоније да тензију доживе као стресор, а то даље води нарушавању здравља.

Теорију салутогенезе развио је пре 25 година америчко-израелски медицински социолог, Арон Антоновски. Према овој теорији, салутогенеза је концепт који се примарно темељи на промоцији здравља, а не на откривању болести и њихових узрока [19, 20]. Главна идеја салутогенезе јесте фокусирање на људским потенцијалима за здравље. Уместо патогенезе, Антоновски уводи салутогенезу истичући неколико њених предности [18]:

- Салутогенеза нас подстиче да испитамо оно што је важно у вези оболеле особе, укључујући и њену субјективну интерпретацију сопственог здравља;
- Салутогенеза нам омогућава да направимо корак даље од испитивања појединачних узрока болести и да се запитамо *шта је то што одржава здравље*;
- Салутогенеза болести се не схвата дихотомно (особа је или болесна или здрава), већ се уводи мулти-димензионални континуума здравље - болест.

Искуство да животне кризе не изазивају нужно болест већ да ће неке особе из неких животних ситуација оболети док ће други очувати или чак унапредити ментално здравље, Антоновски је описао концепт ресурса отпорности. Према овом аутору, ресурси отпорности могу бити *општи* (писменост и/или богатство) или специфични (постојање лека за одређену болест) [21].

Осећајем кохерентности, Антоновски назива способност разумевања одређене ситуације у целини и могућност покретања и искоришћавања властитих потенцијала. „Осећај кохерентности је глобална оријентација која изражава степен у коме неко има прожимајуће и динамичко осећање уверености да је његово унутрашње или спољашње окружење предвидљиво и да постоји велика вероватноћа да ће ствари испасти онолико добро колико се разумно (реално, објективно) може очекивати“ [18]. На резултатима истраживања менопаузалних жена које су преживеле концентрационе логоре током II светског рата, Антоновски је засновао и описао три компоненте осећаја кохерентности: 1. когнитивна компонента која представља могућност да људи разумеју што се дешава око њих 2. инструментална (бихевиорална) компонента: могућност процене да се могу успешно носити са ситуацијом сами или кроз контакт с блиским особама 3. мотивацијска компонента: могућност налажења решења у датој ситуацији [19, 20].

### 2.3 Синдром менталног здравља Киз и Лопез

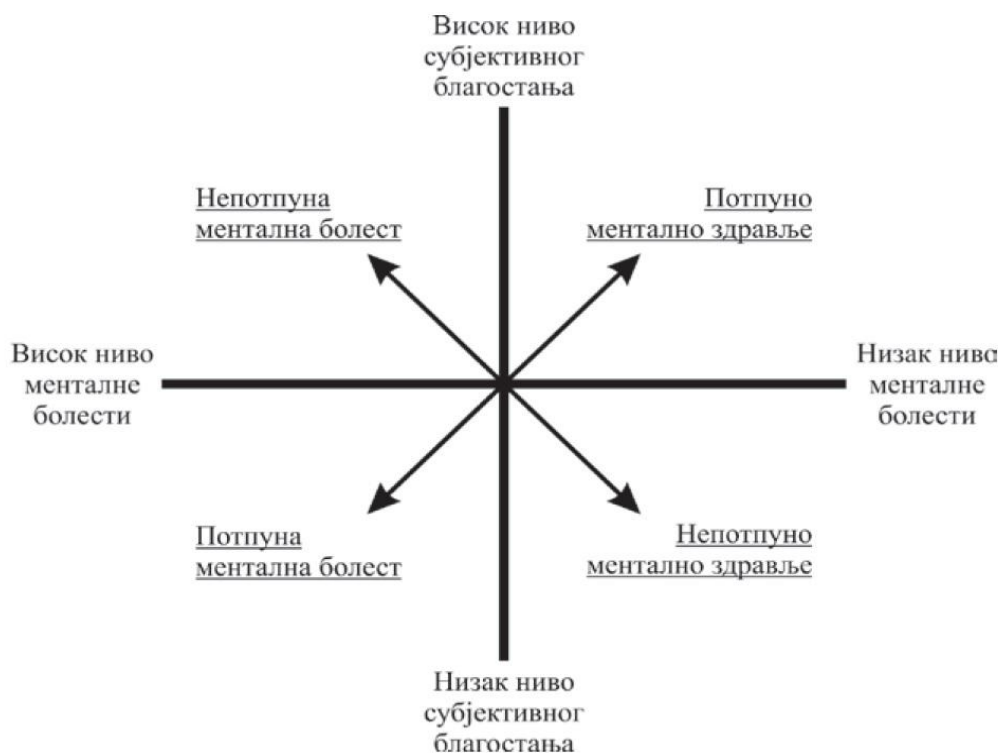
У теоријским разматрањима постоје два приступа у схватању и проучавању субјективног благостања [22]. Један је заснован на задовољству животом и емоцијама- хедонистички, а други на позитивном функционисању, психичком или социјалном- еудаимонистичком приступу [23,24]. Киз и Лопез (Keyes & Lopez) су интегрисали ова два приступа, сматрајући да сваки представља посебну димензију субјективног благостања (менталног здравља) [22]. По њима ментално здравље подразумева задовољство животом, присуство позитивног и одсуство негативног афекта, психичко и социјално благостање.

Киз и Лопез (Keyes & Lopez) су навели низ истраживања са америчких простора која су показала да мере психичког благостања, задовољство животом и срећа само просечно (умерено) негативно корелирају са депресијом [25]. Из тога су закључили да ментално здравље и ментална болест нису два супротна краја истог континуума, већ да представљају одвојене факторе и да их треба проучавати искључиво као такве. „Ментално здравље није једноставно одсуство менталне болести нити једноставно присуство високог благостања“ [25]. Аутори су синдром менталног здравља дефинисали као комплетно стање које се састоји из:

А) одсуства менталне болести и

В) присуства високог нивоа благостања.

Овај модел не разликује само ментално здравље од менталне болести већ и два стања менталне болести (непотпуна и потпуна) и два стања менталног здравља (непотпуно и потпуно). Ментално здравље као потпуно стање „комбинује високе нивое емоционалног, психичког и социјалног благостања и одсуство скорије менталне болести“ [25]. Своју теорију аутор је представио и графички (слика 2). На основу ових критеријума, појединац се може сврстати у категорију оних који имају потпуно ментално здравље - „у процвату“ (енг. flourishing), непотпуно ментално здравље - „у стагнацији“ (енг. languishing), или умерено ментално здравље.



Слика 2

*Модел менталног здравља као потпуног стања (Keyes & Lopez, 2002).*

Киз (Keyes) је испитивао и преваленцију менталног здравља међу испитаницима различитих социодемографских карактеристика [26]. Он је утврдио да је лоше ментално здравље (ниско благостање) у већој мери присутно код жена, млађих одраслих особа, нижег образовања и оних који нису у браку. Ако узмемо у обзир да је и појава депресивне епизоде била чешћа код жена, код особа узраста од 25 до 54 година и разведених/раздвојених појединаца, онда можемо закључити да су управо поменуте категорије одраслих оне које носе највише ризика. С друге стране, они са најбољим менталним здрављем су углавном мушкарци, особе узраста од 45 до 74 година, са више од 16 година образовања и који су у браку и /или вези.

### 3. Ментално здравље на раду

Проблеми менталног здравља запослених и њихов утицај на продуктивност, степен инвалидитета и медицинске трошкове су главна тема којом се бави Светка здравствена организација (WHO) и Међународна организација рада (ILO) последњих деценија. Процењује се да ће сваки трећи од десет запослених имати неки ментални здравствени проблем током једне године од којих ће највећи део бити у облику анксиозних и депресивних поремећаја [27]. Ментални здравствени проблеми доводе до губитка више од 91 милион радних дана сваке године, а половина свих изгубљених дана због лошег менталног здравља отпада на анксиозност и стресне услове рада [27] .

Са друге стране, познато је да рад има позитиван утицај на ментално здравље тако што даје структуру времену и животну сврху, даје могућност да будемо са другим људима и да са њима изградимо пријатељске односе; рад је такође средство за повећање самопоштовања и омогућава појединцу да га и други вреднују према ономе што ради. Аспекти благостања и менталног здравља на раду огледају се кроз задовољство послом, задовољство сопственим животом и кроз високу продуктивност.

Рад доводи до пет категорија психолошког искуства које унапређује ментално здравље и благостање:

- временску структуру (одсуство структурисаног времена може бити велики психолошки терет);
- друштвени контакт;
- колективни напор и сврха (запошљавање нуди друштвени контекст изван породице и даје животима појединца неку сврху);
- социјални идентитет (запосленост је важан елемент у дефинисању себе);
- редовна активност (организованост у свакодневном животу).

Међутим, постоје и негативни аспекти рада који могу да угрозе ментално здравље и благостање појединца: недостатак контроле над радом, превелик обим посла, кратки рокови, висока неизвесност и несигурност на послу, ниске плате, лоши услови рада, лоши интерперсонални односи на послу, лоше управљање.... Сви ови чиниоци се комбинују са свакодневним животним приликама и доприносе оштећењу менталног здравља.



Проблеми менталног здравља и поремећаји повезани са стресом су највећи укупан узрок преране смрти у Европи [9]. У земљама европске уније, поремећаји менталног здравља су главни разлог за одлазак у инвалидску пензију [28]. Пет од десет водећих узрока инвалидности широм света су ментални проблеми (депресивни поремећаји, схизофренија, биполарни поремећаји, конзумирање алкохола и опсесивно-компулзивни поремећаји). Ови поремећаји, заједно са анксиозношћу, депресијом и стресом који не достижу клинички ниво, имају коначан утицај на радну способност становништва и могу развити дугорочне поремећаје који доприносе трајном инвалидитету.

Сматра се да фактори ризика по ментално здравље на раду у највећем броју случајева доводе до краткотрајних промена расположења или осећаја незадовољства и могу бити праћени променама у понашању у виду узнемирености или избегавања. Ове промене у понашању се виде као механизми превазилажења актуелних проблема. Ситуације које са собом носе висок ниво стреса или константну изложеност различитим врстама стресора, могу узроковати хроничне поремећаје менталног здравља. Једна од манифестација ових поремећаја могу бити и симптоми изгарања на послу, депресивни или некада и психотични поремећаји.

Процењено је да 20% одраслог радно способног становништва има неку врсту менталног поремећаја у било ком тренутку свог живота [29]. Депресивни поремећаји представљају један од најчешћих здравствених проблема одрасле радне снаге у Америци где се процењује да национална потрошња на депресију износи 30-40 милијарди долара, а отприлике се око 200 милиона радних дана изгуби сваке године [30]. У Великој Британији, 80 милиона дана се изгуби сваке године због менталних болести што узрокује трошкове послодаваца од 1-2 милијарди фунти годишње [31]. Овакви подаци указују нам на значај унапређења менталног здравља али и разумевање организационих фактора као битних чиниоца менталног здравља, а нарочито оних професија које брину о здрављу других људи.

### **3.1. Ментално здравље лекара и психолога**

Лекари и психолози као и остали професионалци из групе помажућих професија, означени су као популација високог ризика за лоше ментално

здравље. Резултати досадашњих истраживања показују високе нивое анксиозности, депресивности, суицида и злоупотребе супстанци у овим групама. Истраживања код нас махом су вршена на студентској популацији која се обучава за ове професије и обично су се тицала негативних аспекта. Учесталост симптома депресије код студената медицине варира у опсегу од 10 до 60% [32]. Појава депресије код студената медицине удружена је са лошијим квалитетом живота, смањењем радне ефикасности и повећаном употребом бензодиазепина [32,33]. Студенти медицине мање у односу на општу популацију користе одговарајуће здравствене услуге и ако за то имају релативно боље могућности. Свега се 20–30% студената са симптомима депресије обраћа за помоћ одговарајућим здравственим службама, а отприлике исти број користи одговарајућу терапију [32].

Лекари и психолози су изложени бројним чиниоцима који могу утицати негативно на ментално здравље: продужено радно време, висок интензитет рада, редовно излагање болу, психичкој и физичкој патњи и смрти пацијената, неравнотежа између труда који се улаже и награде која се добија за уложени труд, лични и породични стресови који се пројектују на посао и друго. Такође, мало се зна о позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља лекара и психолога као и препрекама за тражење помоћи. Још је мање истраживања о утицају чиниоца радног места, личних и социјалних чиниоца на ментално здравље у овим професијама.

Подразумевани парадокс је да лекари и психолози и ако су изложени бројним чиниоцима који могу да оштете ментално здравље, због високог образовања и обучености, треба да и рано препознају те чиниоце, идентификују личне проблеме, ране симптоме и нађу за себе најефикаснији начин за санирање истих. Ипак, иако лекари и психолози заиста имају велико знање о менталном здрављу, постоје бројне препреке за тражења помоћи и када уоче проблем и примете да им је помоћ потребна. Ове препреке обухватају стигматизирајуће ставове према лекарима и психолозима са менталним здравственим проблемима, недостатак поверљивости и приватности када се пружа третман, забринутост за напредовање у каријери, потенцијални утицај који то може имати на колеге и кориснике услуга, стид и забринутост који су везани за професионални интегритет.

## 4. Ресурси/снаге менталног здравља

### 4.1. Индивидуалне снаге

#### 4.1.1. Афективни темперамент

Темперамент је склоп урођених предиспозиција за емоционално доживљавање и реаговање. Темперамент се односи на урођене и дубоко усађене делове личности који су чврста и биолошки одређена основа личности. Темперамент се испољава још од релативно раног узраста и остаје прилично стабилан током читавог живота, одређујући емоционалност, област и ниво активности као и област когниције са којом је повезан [34]. Темперамент је одређен наслеђем, телесном конституцијом и функционисањем аутономног нервног и ендокриног система.

Још 1936, Кречмер (Kretschmer) је написао да „ендогене психозе нису ништа друго до претерани облик нормалног темперамента“ [35]. По њему афективни темперамент игра кључну улогу у склоности ка афективним поремећајима и афективним психозама.

Акискал (Akiskal) је развио теорију афективног темперамента засновану на древним и модерним концептима темперамента, обједињујући сва знања од Аристотела до Кречмера и Крепелина [36]. Овај модел је настао захваљујући клиничким посматрањима пацијената и рођака пацијента оболелих од афективних поремећаја, екстраполирајући темпераменте да би се обухватила и здрава личност. Тако је настала коначна верзија ТЕМПС-А, упитника за самопроцену, који одређује припадање једном од пет типова темперамента [37,38]. Ова скала је више пута валидирана у нашој земљи, како дужа тако и краћа верзија [39,40].

Типови афективних темперамента према Акискалу (Akiskal) су [36]:

*Хипертимни*- окарактерисан цртама личности које се односе на ведре, оптимистичне, енергичне особе и особе пуне самопоуздања. Особе које имају преобладајуће овај афективни темперамент карактеришу следеће особине: (1) активан, екстровељан; (2) вербално агресиван, самоуверен; (3) јаке воље; (4) самозапошлен; (5) преузима ризик и тражи сензације; (6) кршење друштвених

норми и (7) великодушност и расипништво [41]. У понашању ових појединаца се испољава: (1) ведрина и шала (2) не обраћају пажњу на квалитет односа (3) необична топлина; (4) експанзивност; (5) високо самопоуздање (6) уклопљиви; (7) робустни и неуморни; и (8) агресивни и наметљиви [42]. Такође, ове особе имају способност лидерства.

*Анксиозни* темперамент чине диспозиције личности које имају тенденцију за претераном забринутошћу [36]. Може се изразити као "алтруистичка анксиозност" и као хипотетичка- брига за преживљавање појединца као основни систем којим се овај темперамент управља. Константна забринутост надвладава релаксацију.

*Депресивни* темперамент- главна одлика је осетљивост према патњи, тенденција да се жали на друштвену улогу и поштовање правила као и самопрекорна посвећеност другима.

*Циклотимни* темперамент описује особе са брзим променама расположења и енергије, "они који се лако заљубљују и одљубљују", са повећаном креативношћу. Ово има велики етиолошки значај превасходно у Дарвиновој теорији еволуције која потврђује да се у преношењу жељених особина велики значај има сексуално понашање. Успламталост и немир за сталним романтичним догађањима је код циклотимног темперамента примарни механизам. Примарна сексуална функција може да је евалуирала у начине понашања као што су нагињање ка поезији, музици, сликарству и модном дизајну.

*Иритабилни (фобични)* темперамент и ако није најбоље дефинисан, одликује потиштене, раздражљиве и колеричне особе са повременом еутимијом, код којих је импулсивност показатељ тенденције раздражљивог темперамента.

Акискал пре свега сугерише да анксиозни темперамент превасходно има алтруистичку улогу, да фобични темперамент у основи има подстицање зависности и фаворизује брачну везу, депресивни или меланхолични темперамент промовише радну оријентацију, циклотимни темперамент је укључен у истраживање и креативност, а хипертимни темперамент огледа се у територијалности и лидерству.

Значај одређених својстава личности у предвиђању менталног здравља и благостања је поље истраживања са опречним резултатима. У једној метаанализи утврђено је да су особине личности битни предиктори задовољства

животом, среће и позитивних осећања, али да они имају ниску предиктивну вредност негативних осећања [43]. Неуротицизам је особина личности која негативно корелира са срећом и позитивним осећањима, док екстраверзија и сарадљивост позитивно корелирају [43].

## **4.2 Интерперсоналне снаге**

### **4.2.1 Социјална подршка**

Човеку, као социјалном бићу, неопходна је помоћ социјалне мреже у коју је укључен. Када је угрожен, његова потреба за комуникацијом са другим особама, посебно оним особама које га разумеју, прихватају или могу да му помогну, нагло расте. Степен развијености неког друштва процењује се управо преко социјалне мреже и социјалне подршке коју то друштво пружа. Бројни аутори су назначили да су социјалне везе битан ресурс за појединца и за цело друштво зато што су оне засноване на емоционалној повезаности и солидарности и са собом носе део неформалне подршке и помоћи [44,45].

Постоје бројне дефиниције социјалне подршке. Под појмом социјалне подршке Мишел и Трикет (Mitchell & Trickett) најчешће подразумевају помоћ у решавању проблема обезбеђивањем информација, савета или на друге начине као и у пружању емоционалне подршке [46]. Заједничко за све њих је да социјална подршка подразумева доступност ресурса у социјалној околини који појединцу пружају подршку у свакодневном животу и кризним ситуацијама и тако доприносе његовом благостању. Социјална подршка је мултидимензионални концепт па се тако разликују различите врсте и извори подршке. У литератури се могу срести поделе на: емоционална, инструментална и саветодавну подршку [47,48,49]. Коен и Хоберман (Cohen & Hoberman) су дали поделу социјалне подршке на: опипљиву подршку, припадање као подршку, самопоштовање као подршку, процена као подршка [50]. Опипљива подршка би могла да представља инструменталну подршку, припадање као подршка може да се већим делом опише као емоционална подршка, процена као подршка може бити саветодавна подршка, док самопоштовање као подршка више се тиче става који појединац има према сопственој личности и својим способностима за решавање одређених проблема.

Емоционална подршка се дефинише као израз моралне потпоре, разумевање осећања, емпатија и брига за другу особу од стране појединца или околине. Материјална или инструментална подршка пружа појединцу подршку у облику услуге или материјалног добра (помоћ у кући, брига за децу, материјална помоћ...). Саветодавна подршка укључује давање савета, упутстава, предлога или повратних информација о понашању појединца.

Социјална подршка је важан извор социјалног капитала и то нарочито за оне рањиве групе [51]. Породичне и друштвене везе важне су за одржавање квалитета живота [52], па су појединци са слабијим социјалним везама подложнији бројним здравственим и социјалним проблемима [53]. Студије наглашавају важност социјалних веза и с аспекта заштите менталног здравља [53,54,55,56].

Социјална мрежа коју појединац поседује важан је аспект социјалне подршке [57] и то зато што је социјална подршка често одређена величином, структуром и карактеристикама социјалне мреже појединца [58]. Коб је дефинисао социјални систем тј. социјалну мрежу у којој су односи такви да појединац верује да је вољен и цењен, да је прихваћен и да су други спремни да се о њему старају [46]. Припадање социјалној мрежи доприноси осећању личне вредности и самопоштовању и самопоуздању особе.

Однос између социјалне подршке (пре свега емотивне подршке) и исхода здравља најбоље објашњавају психолошко благостање. Истраживања показују да код људи који имају социјалну подршку мање је присутна депресивност и психолошки стресови [59,60]. Код нас има мало истраживања која су се бавила социјалном подршком и исходима здравља појединца, па међу њима и исходима менталног здравља. Социјална подршка може бити од помоћи на више начина. Она може спречити или ублажити деловање стресора, допринети адекватнијој борби са стресом или смањити последице деловања различитих стресора. Код деловања стресора, од посебне користи могу бити подршка и помоћ оних чланова породице који су већ стекли одређена искуства у истим или сличним стресним ситуацијама. Они могу пружити емоционалну и информативну помоћ, или пружити особи конкретну помоћ у савладавању тешкоћа.

Истраживања показују бољу прогнозу после инфаркта миокарда и можданог удара ако људи имају већу емоционалну и инструменталну подршку [61,62,63]. Наравно, активна улога особе која тражи социјалну подршку се

подразумева. Неке особе су способније да себи обезбеде подршку и помоћ, док су други мање способни да то остваре.

#### **4.2.2 Задовољство породицом**

Појединци високо вреднују феномен породице и породичном животу придају велики значај [64]. Због значаја које појединац придаје породици и њеног утицаја на појединца у литератури можемо наћи да је породица извор здравља, али и извор болести [65,66]. Резултати различитих истраживања показују различите податке о дужини посла, врсти посла и њиховој повезаности са задовољством породицом.

У проучавању односа посла и породице можемо уочити различите приступе. Приступ у коме се проучава однос посла и породице у технолошки развијеним и индустријализованим друштвима је један од њих. Следећи приступ је онај у коме се проучава однос посла и породице у неиндустријализованим друштвима, као и у срединама где посао и породица нису одвојени. Има и приступа у којима се породични живот посматра као корелат неких карактеристика посла, функционисања на послу или доживљавање посла. Питања која се постављају у трећем приступу везана су за то да ли ситуација и карактеристике породице утичу на посао, као и да ли посао утиче на квалитет породичног живота. Ипак с временом почиње да превладава схватање да су породица и посао у ствари у интеракцији, а да смер утицаја у свакој конкретној ситуацији зависи од индивидуалне перцепције и конкретне ситуације [67]. Из оваквих истраживања су проистакла бројна теоријска разматрања од кога су за наше истраживање чине најприхватљивијом теорије преливања. Ове теорије тврде да оно што се дешава на послу прелива на породични живот и супрутно. Ставови према послу овако представљају део општих животних ставова и функционисања и они се манифестују у свим животним односима- према породици, деци, пријатељима... и задовољству животом уопште. Треба нагласити да овај модел не наглашава само позитивни пренос из пословне у породичну средину већ и негативне.

Однос између породичног живота и успешности у каријери и њихова повезаност са задовољством животом до сада је више рађена на узорку жена и утврђено је да породични живот утиче на повећање стреса код запослених жена

и да је повезано са незадовољством сопственом професијом и смањеним постигнућем на послу [68,69]. Скорија истраживања говоре о повећаном стресу и проблемима само у оним случајевима када су захтеви посла и брига за поједине чланове породице високи. Резултати једног истраживања су показали да су највулнерабилнија група самохране мајке са пуним радним временом и са малом децом [70]. У истраживању Фокема (Fokkema) показало се да је за очување менталног здравља жена најбоља умерена комбинација оба фактора и каријере и породичног живота [71]. Истраживање Роса и сарадника (Ross) на узорку финских општинских службеника показује злоупотребу алкохола када постоји конфликт посла и породице као и да не постоји повезаност са структуром породице и социоекономским статусом, али да је много израженије код жена него код мушкараца. Конфликт посла и породице повезан је са доживљеним стресом код полицајаца, али и код обичних грађана [72,73]. Џозефсон и Вингард (Josephson & Vingard) добили су да код медицинског особља конфликт посла и породице учесталији код млађих испитаница [74].

Као што се може видети у ранијим радовима више је говорено о конфликту између породичног живота и каријере док се у последњих десет и више година говори о усклађености између ова два [75,76,77,78,79]. Оно што је карактеристично у досадашњим истраживањима јесте да су се као породичне карактеристике махом помињали неки објективни показатељи али не и субјективна процена појединца њиховим породичним животом. Зато ће у овом истраживању бити коришћен субјективни показатељ задовољства породицом тј. како су појединци задовољни својим породичним функционисањем.

### **4.3 Организационе снаге**

#### ***4.3.1 Извори стреса на раду***

Изложеност бројним врстама стресора може проузроковати повећану анксиозност, депресивност, раздражљивост, поремећен сан, пад концентрације и агресивно понашање који заједно могу да допринесу повећаном ризику од несреће на раду и да поремете односе и на послу и код куће. Појединци који су под стресом често су склони да прекомерно користе цигарете, користе више



алкохолних пића, троше прекомерне количине кофеина чиме се повећава раздражљивост, оштећење сна и тако појединци упадају у зачарани круг. Продужено излагање стресним чиниоцима ће повећати ризик за озбиљније проблеме менталног здравља, укључујући депресију и анксиозност као и злоупотребу алкохола.

О изворима стреса на раду и њиховом утицају на ментално и физичко здравље постоје бројне теорије и то потврђују научна истраживања. Око 30% европљана свој посао доживљавају као стресан [80]. Последице стреса на раду су бројне. Стрес на раду доприноси синдрому изгарања, менталним проблемима, одсуствовању са посла, ранијем одласку у пензију, депресији [81,82].

Стрес на радном месту испољава се кроз специфичне обрасце емоционалних, спознајних, бихејвиоралних, физиолошких реакција организма које су настале као одговор на различите штетне утицаје који проистичу из садржаја, организације рада и радне средине. Појам стреса на раду обухвата промене које су последица акумулирајућег утицаја стресора на радном месту током дужег времена. Извори стреса на раду имају тенденцију да се усложњавају и мултипликују ефекат зато што се комбинују заједно са изворима стреса из породичног живота, односа са пријатељима и слично.

Према Иванчевићу и Мејтсону (Ivancevich & Matteson) извори стреса на раду могу се бити персонални, интерперсонални и организациони [83].

Од организационих извора стреса највише се помињу:

- врста посла,
- радно време,
- неусклађеност садржаја посла,
- увођење нових технологија,
- конфликтност професионалних улога,
- страх од губитка посла,
- лоши физички услови радне средине;

У литератури је познато да неки послови носе већи ниво стреса него неки други послови. У те послове спадају она занимања која се баве људима. Лекари и психолози су константно изложени људској патњи. Проводе добар део свог радног времена у контакт са пацијентима и колегама. Осим тога, помагање у значајним животним проблемима- што лекари и психолози раде- је још један велики изазов у њиховом раду. Пацијенти или корисници услуга могу бити јако

захтевни, тако да лекари и психолози често буду суочени са тим да њихов рад и труд не буду довољно цењени. Ове карактеристике као и други интерперсонално захтевни аспекти њиховог рада као што су хитности, стална потреба да се развију нове вештине и праксе, рутина у раду и забринутост због злоупотребе професије и поштовања етичких принципа, јесу разлози зашто се професија лекара и психолога сматрају једним од најстресогенијих.

Истраживања у различитим земљама показују да је преваленца стреса на радном месту међу здравственим радницима висока [84,85,86]. Од извора стреса на раду код лекара и здравствених радника најчешће се издвајају недовољно техничких помагала, одсуство захвалности од стране оних који примају услуге, дуго радно време и рад по сменама, док су се старост испитаника и радно искуство показали значајну негативну корелацију са радним стресом [87]. Појава здравствених проблема код самих радника такође је повезана са изворима стреса на раду, а промена болнице, мењање посла и лош однос са сарадницима такође су значајни извори стреса код здравствених радника [87].

## **5. Чиниоци менталног здравља**

### **5.1 Позитивни чиниоци менталног здравља**

#### ***5.1.1 Задовољство животом***

И ако су се почетни концепти о срећи и добробити појавили још 1930-их према Вилсону (Wilson) [88], задовољство животом је свој пуни истраживачки значај добило у радовима Дајнера (Diener) [88,89].

Субјективно благостање је конструкт који подразумева процену сопственог живота и дефинисан је унутрашњим искуствима онога ко процењује. Та процена може бити примарно когнитивне природе (задовољство животом, задовољство браком) или се може односити на фреквенцу којом људи доживљавају пријатне емоције (радост) или непријатне емоције (депресија) [89]. Субјективно благостање укључује задовољство животом, задовољство браком, одсуство депресије и анксиозности, позитивно расположење и позитивне емоције. Оно што чини суштину благостања јесте лична перспектива појединца

у коју спољашњи оквир процене није директно укључен иако су многи критеријуми менталног здравља диктирани из спољашње средине. Овакав приступ може имати предности и мана. Иако се највећа важност даје личној процени појединца, то истовремено значи да благостање не може бити коначна дефиниција менталног здравља зато што људи могу бити и са менталним поремећајима, а у исто време су срећни [89]. Субјективно благостање се не односи на тренутна расположења већ на дугорочно стање. Иако се расположење особе може мењати са сваким новим догађајем, истраживачи субјективног благостања су заинтересовани за дуготрајно расположење.

Задовољство животом је когнитивна компонента благостања, односи се на личну процену благостања и среће и представља најчешће коришћен показатељ благостања и квалитета живота. Пејвот и сарадници (Pavot, et al.) га дефинишу као „свеобухватна процена коју особа даје о свом животу“ [90]. Срећни људи ће вероватно искусити више догађаја који се сматрају пожељним у једној култури, али ће, такође, бити склони да интерпретирају и сећају се двосмислених догађаја као добрих [91]. Људи са вишим задовољством животом ће вероватније опазити „неутралне“ догађаје као позитивне. Они објективно вероватно неће искусити више позитивних догађаја, али изгледа да догађаје опажају позитивније од људи са ниским задовољством животом. Глобално задовољство може бити подељено на задовољство различитим доменима живота појединца (рекреација, љубав, брак, пријатељство, посао).

За објашњавање индивидуалних разлика у задовољству животом, коришћена су два приступа: од врха ка дну (персонолошки) и од дна ка врху (ситуациони) [92]. Први приступ представља диспозициону перспективу која наглашава улогу личносних индивидуалних разлика у задовољству, док се други приступ фокусира на улогу ситуација, догађаја и контекста у укупном задовољству. Ситуациони модел је у почетку био веома популаран, али је серија истраживања са резултатима који нису потврдили овај приступ довели до снажења персонолошког приступа [93].

Однос између задовољства животом и његовог односа са задовољством послом и напредовањем у каријери тек од недавно је почео да се проучава у научној јавности. Бонке (Bönke) наводи да су до сада постојала два смера у проучавању задовољства животом: с једне стране, психологија која је више клинички орјентисана бавила се утицајем детерминанти личности као што су

темперамент, степен екстраверзије или неуротицизма [79]. С друге стране, социологија и социјална психологија анализирају је утицај животних околности као што су образовни ниво, приходи, интерперсонални односи. У овом раду ће бити обухваћен шири аспект задовољства животом кроз индивидуалне (особине афективног темперамента), интерперсоналне (социјална подршка, задовољство породицом) и организационе чиниоце (извори стреса на послу).

Утицај организационих фактора на субјективно благостање и задовољство животом код здравствених радника показале су бројне студије широм света. Утицај лекарске грешке на субјективно благостање ових појединаца доказали су Рима Сирија и сарадници (Sirriyeh, et al.) [94]. Они су анализом научних радова који су се бавили темом грешака у лечењу утврдили да психолошке последице могу укључити негативна стања као што су стид, сумња у себе, анксиозност и осећање кривице који су повезани са ниским субјективним благостањем.

### **5.1.2 Задовољство послом**

Задовољство послом је део личног задовољства. Људи су задовољнији својим животом ако су задовољни послом који обављају. Ако на задовољство послом гледамо као на један аспект задовољства животом, онда би га у најужем смислу могли дефинисати као пријатно или позитивно емоционално стање које је резултат или нечије процене посла или искуства на том послу. Милица Гузина дефинише задовољство послом као генерализовани став према послу који садржи три компоненте: когнитивну, конативну и афективну [95]. Когнитивна компонента односи се на мишљење радника о вредности, важности, тежини посла за њега и уопште. Афективну компоненту сачињава љубав према послу, афективна везаност за посао, пријатност или непријатност с обзиром на садржај посла и услове рада уопште. Конативна компонента односи се на спремност за залагање, жељу за променом посла, жеља да се изабере исти или различит тип посла. Спектор дефинише задовољство послом као меру у којој људи изражавају вољење (задовољство) или не вољење (незадовољство) према свом послу [96].

Задовољство послом произилази из самих карактеристика посла и искуства које особа са њим има. Многе студије показују повезаност задовољства

послом са одређеним аспектима посла: платом, напредовањем, руководиоцима, зарадом, системом награђивања, процедурама рада, сарадницима и природом самог посла [97,98,99,100,101,102,103]. Важно је разумети различите аспекте задовољства послом у различитим занимањима/професијама, јер они аспекти посла којима могу бити задовољни радници у једној врсти занимања у другој не морају да представљају извор задовољства.

Задовољство послом је повезано са радном успешношћу. Незадовољство послом је битан социјални и медицински проблем. Ако се особа бави послом који није у складу са њеним способностима, интересовањима и особинама личности то може бити извор стреса. Како је особа константно изложена стресној ситуацији то може изазвати бројне последице по ментално и физичко здравље.

Истраживања показују да се код лекара и психолога могу издвојити поједини аспекти задовољства и незадовољства послом. Студија која је одрађена у Швајцарској говори о томе да су лекари задовољни следећим аспектима посла: бригом о пацијентима, односом са колегама и личним користима (интелектуална стимулација, могућности за континуиране медицинске едукације, уважавање на послу) [104]. Најниже оцене задовољства су у вези са оптерећењем радним задацима, административним пословима, приходима на послу. Лекари опште праксе били су најмање задовољни, а најзадовољнији су специјалисте интерне медицине и педијатри. Старост и пол имао је само мали утицај на задовољство послом.

Истраживања су показала да су психолози задовољни својим послом. Израженост задовољства се креће од 64,1% до 84,5% [105,106] Андерсон и сарадници (Anderson, et al.) утврдили су позитиван однос задовољства послом са старошћу испитаника [107]. У неким истраживањима је потврђено да не постоји значајна разлика у задовољству послом у односу на пол, али су Браун и сарадници (Brown, et al.) утврдили да је израженије код жена [108]. Као битан корелат задовољства послом показало се управљање. Што је управљање боље то су и психолози задовољнији послом [105,109]. Психолози који су оптерећени великим бројем случајева показали су ниже задовољство послом, већу конфликтност улога, више нивое стреса и сагоревања на послу [105,109].

## 5.2 Негативне карактеристике менталног здравља

### 5.2.1 Депресивност

Проблеми расположења прожимају све аспекте радног процеса, остављајући евидентне последице попут смањене продуктивности, повећања броја дана одсуствовања са посла, трајних промена или напуштања радног места.

Само радно место и извори стреса на послу у највећем броју случаја могу довести до краткотрајних промена расположења, губитка осећања задовољства, ентузијазма и депресивног расположења. Описана стања су често праћена променама у понашању кроз појаву узнемирености и понашања избегавања као доминантног механизма превазилажења актуелног проблема. Карактеристике личности радника се комбинују са радним стресорима и могу изазвати краткорочне и дугорочне проблеме расположења. Способност савладавања проблема се успешно у највећем броју случајева повећава са стицањем радног искуства и савлада се у кратком року. Са друге стране, дугорочни проблем менталног здравља сигурно смањују способност и капацитет савладавања проблема на раду.

Депресија је болест модерног доба и негативна је карактеристика менталног здравља. Она се као термин често користи и у свакодневном говору и тада се мисли на депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства и песимизам у гледању на живот и будућност. Клиничку слику депресије чини мноштво симптома: депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства, смањење енергије, чест замор, оштећена концентрација и пажња, смањено самопоуздање и самопоштовање, осећање безвредности и кривице, песимистичан поглед на будућност, поремећај сна и апетита и идеје о самоповређивању или суициду [110].

Сматра се да преко 120 милиона људи у свету болује од депресије, од чега је двоструко више жена [111]. Доживотни ризик обољевања од депресије износи 20-30%, а сматра се да у просеку свака пета жена и сваки десети мушкарац током живота искусе барем једну озбиљну депресивну епизоду. Животна преваленца униполарне депресије се креће од 0.9 до 19%. Депресивни поремећаји су најчешћи после 40 година и то код жена до 3 пута чешће него код мушкараца. Ови поремећаји готово увек резултирају оштећењем

интерперсоналних односа и социјалних контаката, као и радног и професионалног функционисања.

Према савременим класификацијама болести и поремећаја (DSM IV и МКВ 10) поремећаји расположења (раније називани афективни поремећаји) обележени су патолошким осећањима депресије или еуфорије, а у тежим случајевима праћени су психотичним симптомима. Карактерише их губитак осећаја за контролу расположења и субјективни доживљај велике патње.

Поремећаји расположења према току се деле на:

- биполарне и
- депресивне (униполарне) поремећаје.

Униполарни депресивни поремећај представља поремећај код којег се болест испољава само депресивним епизодама.

Како се депресија у истраживањима најчешће процењује скалама самопроцене, а за дијагностиковање клиничке депресије је неопходна примена и других техника (дијагностички интервју, прикупљање анамнестичких података), у овом раду ће се користити термин депресивност јер се процена своди на скалу самопроцене, а не на клиничке критеријуме дијагностиковања депресије.

У досадашњим истраживањима депресије на радном месту били су испитивани материјални губици фирме, трошкови лечења и смањење радне продуктивности код особа које су испољавале депресивни поремећај. Гринберг и Вотсон (Greenberg & Watson) процењују да економски терет због депресије у САД износи годишње око 43,7 милијарди долара [112]. Од тог 28% се може приписати директним трошковима медицинске неге, а 55% комбинацији одсуствовања са посла и смањењу радне продуктивности. Исти аутори су истакли две препознатљиве особине депресије: прва је да се она може добро лечити, а друга је да депресија увек није јасно препознатљива. Између 80% и 90% људи који пате од депресије може се лечити успешно, али само једна од три особе жели да се лечи. Депресија код радно способног становништва се процењује да кошта 12 милијарди долара годишње за медицинску негу и око 44 милијарди долара годишње у губитку продуктивности [113].

Код здравствених радника уопште учесталост депресивности јесте испитивана, али не посебно код лекара и психолога. Преваленца депресије код здравствених радника износи од 7% до 56%, док код психолога преваленца исте

није забележена [114]. Распрострањеност депресије међу студентима медицине креће се у опсегу од 15 до 30 % [115].

### **5.2.2 Анксиозност**

Анксиозност представља форму патолошког страха коју карактерише осећај унутрашње узнемирености, уплашености и забринутости да ће се нешто лоше догодити. Она се јавља када објективна опасност не постоји или када емоционални одговор није у сразмери са доживљајем опасности [116]. То је негативно осећање које је тесно повезано са осећањем страха и они често замењују један други. Међутим, страх и анксиозност се разликују по узроку, трајању и одржавању [117].

У складу са Спилбергеровим теоријским поставкама, анксиозност се процењује као црта (општа анксиозност) и као стање (ситуациона анксиозност) [118]. Општа анксиозност подразумева склоност стечену у раном детињству кроз однос са родитељима, где се ситуације које су објективно безопасне опажају као угрожавајуће и да се на њих реагује знатно интензивније него што објективна ситуација налаже. Ситуациона анксиозност је субјективно, свесно опажено стање страха и збње које се јавља заједно са повишеном будношћу аутономног нервног система. Анксиозност као црта стиче се у раном детињству и обухвата најмање четири димензије: димензију социјалне евалуације, димензију физичке опасности, димензију нових, нејасних ситуација и димензију свакодневних ситуација [118].

Према Међународној класификацији болести и поремећаја (МКБ-10) анксиозни поремећаји налазе се у групи "Неуротски, са стресом повезани и сомотиформни поремећаји" и означени су као: фобично-анксиозни поремећај, други анксиозни поремећаји, панични поремећај, генерализовани анксиозни поремећај, опсесивно-компулзивни поремећај, реакције на стрес и поремећаји прилагођавања, посттрауматски стресни поремећај, поремећај прилагођавања, дисоцијативни поремећај, сомотиформни поремећај, остали неуротски поремећај. У класификацији Америчке психијатријске асоцијације (DSM-IV, American Psychiatric Association) анксиозни поремећаји су одређени као велика група поремећаја у које спадају: панични поремећај без агорафобије, панични поремећај са агорафобијом, агорафобија без предходне анамнезе паничног



поремећаја, специфична фобија, социјална фобија, опсесивно-компулзивни поремећај, посттрауматски стресни поремећај, акутни стресни поремећај [119]. Преваленца анксиозности креће се од 12 до 20 % у општој популацији [115].

У једној студији која је објављена у Енглеској на кућним службеницима показује се да 38,9% жена и 5,4% мушкараца доживљава анксиозност [120]. Анксиозност је повезана са нивоом зараде у приватном сектору у Великој Британији [121]. Вуд (Wood) је испитивао утицај карактеристика посла на радну анксиозност као једног аспекта благостања [122]. Он је нашао да је анксиозност већа у оним пословима који имају високе захтеве, а са ниским нивоом контроле појединца у које се у одређеном аспекту могу сврстати и лекарска и психолошка професија као и све помагачке професије.

### 5.2.3 Изгарање (*burnout*)

Термин изгарање “burnout” се први пут појавио у научној литератури Фреуденбергера (Freudenberger) [123].

Најраспрострањенија и највише цитирана дефиниција изгарања данас је дефиниција коју су дали Маслачева и Џексонова (Maslach & Jackson). „Изгарање је синдром емоционалне исцрпљености, деперсонализације и смањења личног постигнућа који се десио појединцима који су радили са другим људима у неком својству“ [124]. Изгарање, према овој ауторки се јавља међу оним професијама које раде са људима, односно, у корист/у сврху људи као што су полицајци, социјални радници, наставници и наравно, они који се брину о људском здрављу- лекари, техничари и психолози) [125]. Маслачева анализира сагоревања у три компоненте:

- емоционална исцрпљеност се сматра језгром симптома синдрома сагоревања и односи се на енергију која се троши у послу – особа осећа умор и емотивну празнину.
- деперсонализација се односи на негативан, циничан, непромењени став.
- смањено лично постигнуће описује развој негативних ставова у вези себе у односу према послу.

Синдром изгарања на раду јавља се код особа које су континуирано, кроз дужи временски период биле изложене ванредним психосоцијалним стресорима

на радном месту. Настаје онда када особе посвећене свом послу схвате да њихово жртвовање није било довољно да би се постигли жељени циљеви. Уочено је да присуство стресних животних догађаја, који су претходили појави синдрома изгарања, утичу на његову појаву или га појачавају. Стресни животни догађаји нарушавају психичке функције човека доводећи га у стање појачане вулнерабилности и умањене снаге.

Како изгарање у класификацији болести и поремећаја ICD-10 и DSM-IV па и најновијој верзији DSM-V нема посебну категорију многи аутори склони су да га сврстају у већ постојеће. У оквиру Међународне класификације болести и поремећаја ICD-10 клиничко-медицински синдром изгарања на послу може да се означи као послом изазвана неурастенија која обухвата следеће критеријуме / симптоме [126] :

- упорне и забрињавајуће жалбе, осећај исцрпљености после малаадаптивних менталних напора или упорне и дуготрајне жалбе на осећај умора и телесна слабост после минималног физичког напора;
- најмање два од следећих шест невољних симптома: болови у мишићима, вртоглавица, главобоља, напетост, поремећај сна, немогућносту да се опусти и раздражљивост ;
- пацијент није у стању да се опорави од симптома путем одмор, релаксације или забаве;
- трајање поремећаја је најмање три месеца.

Међутим, ова класификација не садржи никакве посебне предуслове или узроке који узрокују смањену ефикасност рада. Поред тога, она не ограничава временски рок од настанка или престанка симптома.

Изгарање је дефинисано као ментални поремећај прилагођавања у оквиру Дијагностичког и статистичког приручника за менталне поремећаје DSM-IV [126]. Менталне поремећаје прилагођавања карактерише развој клинички значајних емоционалних или бихејвиоралних симптома као одговор на препознатљиве психо-социјалне стресоре или стресоре уопште. Симптоми се морају развити у року од 3 месеца од почетка стресора (а): „по дефиницији, поремећај прилагођавања мора да се реши у року од 6 месеци од престанка стресора“ [126]. DSM-IV разликује шест подтипова поремећаја прилагођавања. Дефиниција неодређеног подтипа је најсличнија дефиницији изгарања на послу. Одликује се „маладаптивним реакцијама (нпр. физичке тегобе, социјално

повлачење и пословна или академска инхибиција) на психосоцијалне стресоре које је немогуће приписати било којем специфичном подтипу поремећаја прилагођавања“ [126].

Иако су стопе изгарања променљиве у зависности од организацијског контекста и карактеристика самог узорка, многе студије објавиле су висок ниво изгарања код лекара, са психолошким коморбидитетом у распону од 19% до 47%, у поређењу са стопом од око 18% за општу запослену популацију [127]. За примарну здравствену заштиту или лекаре опште праксе, већина студија извештава о умереном степену изгарања, посебно за димензију емоционална исцрпљеност. Студије на неколико западно-европских земаља, укључујући и Швајцарску, Италију и Француску, извештавају да је преваленца у распону од око 20% до више од 50% у неким студијама [128]. Литература није доследана у изражености процента изгарања код здравствених радника. Учесталост у различитим областима варира у распону од 27% у породичној медицина на 75% у акушерству и гинекологији [129].

Ниво изгарања код психолога показује различите вредности широм света. У једном истраживању на школским психолозима 25% изразило је високу емоционалну исцрпљеност, 3% високе нивое деперсонализације и 12% смањено професионално постигнуће. 35% испитаника изразило је да се симптоми погоршавају у последњих 5 година. Упоредјујући ове нивое са клиничким психолозима, психолозима-саветницима аутор је закључио да школски психолози имају највећи ризик од изгарања [130].

Изгарање може бити чешће код лекара и других помагачких професија него код запослених у другим професионалним групама, с обзиром на природу рада, радно окружење, а у многим случајевима и недостатка подршке.

#### ***5.2.4 Ризично здравствено понашање***

Ирвин (Irwin) је сматрао да су ризична сва она понашања чије су последице непознате и постоји могућност да негативно утичу на здравље [131]. Скар (Scaag) је рекао да се ризично понашање може сматрати позитивним или негативним, зависно од исхода [131]. Ми ћемо се бавити утицајем ризичних понашања која имају негативни исход и која се у литератури називају понашања ризична по здравље [131]. Ризично здравствено понашање обухвата: ризичну

вожњу, пушење цигарета, неадекватну исхрану, злоупотребу психоактивних супстанци, недостатак физичке вежбе.

Многа понашања ризична по здравље се први пут јављају у адолесценцији и често се одржавају кроз одрасло доба, утичући на здравље и благостање касније током живота [132].

Преваленца злоупотребе алкохола у општој популацији је варијабилна и зависи од пола, социо-демографских карактеристика, занимања. Преваленца конзумирања два или више пића недељно износила је 20,3% код шведских мушкараца, до 79,4% код швајцараца [133]. Најновија студија урађена у Шведској показала је да од 1086 испитаника (450 мушкараца и 636 жена) било је 96 појединаца са ДСМ-IV- дијагнозом зависност од алкохола, 36 ДСМ-IV- злоупотреба алкохола и 153 оних који пију ризично [134]. У истраживању Митровић и сарадника у нашој земљи добијени подаци су још шокантнији: алкохол конзумира чак преко 91% младих узраста 18-20 година, а скоро 16 % испитаних то чини редовно [135].

Истраживање које је урађено на општој популацији 2006. дало је резултате да сваки трећи одрасли становник у Србије пуши. У истраживању Митровић и сарадници добили су резултате да 34,8% младих узраста 18-20 година конзумира цигарете [135].

Умерене количине алкохола унете у организам стварају привид опуштености и дају улепшану слику менталне и физичке снаге због чега људи најчешће пију. Чињеница је да је алкохол отров и да има ефекат депресора нервног система, а докази о штетном утицају алкохола на здравље људи постоје у бројној стручној литератури.

Истраживање Флахертија и Ричманове (Flaherty & Richman) показују да преваленца злоупотребе алкохола у лекарској професији у односу на општу популацију није значајна али да постоји проблем са алкохолом код лекара у односу на године живота [136]. Лонгитудинална студија урађена у Уједињеном Краљевству говори о повећању ризичног узимања алкохола на три мерене тачке код студената медицине: на другој години студија (33%), на завршној години (43%) и код свршених лекара (54%) док је код стоматолога на другој години студија (47%), на завршној години (25%) и као свршени стоматолози (41%) [120]. Гуд и сарадници (Good, et al.) у свом истраживању на психолозима саветницима установили су стопу коришћења алкохола од 10% [137].

## 6. Промоција и превенција менталног здравља на радном месту

Ментално здравље на раду може да проузрокује трајну инвалидност појединца. Поред тога што инвалидност проузрокује бројне личне проблеме оно проузрокује и бројне друштвене проблеме (проблеми везани за смањење личног и професионалног постигнућа појединца, смањење квалитета живота и утицај на чланове породице појединца и на смањење квалитета породичног функционисања) који се могу изразити и материјалним трошковима друштва. Трошкови који настају као резултат инвалидности могу бити изражени кроз:

- директан трошак који укључује услуге здравствене заштите и лечења, надокнаде за инвалидитет, лекови, итд;
- индиректни трошкови за оне који нису директно погођени (старатељи);
- немогућност зараде односно остваривање прихода као резултат неспособности појединца.

Међутим и ако у неким друштвима постоје ефикасне службе за унапређење менталног здравља и радно место може да представља прикладно окружење у којем се лица могу образовати у вези проблема менталног здравља. На пример, на радном месту може се промовисати добра пракса менталног здравља и програми и инструменти препознавања и рано откривања проблема менталног здравља, и могу успоставити везе са локалним центрима за ментално здравље и тамо се упућивати на лечење и рехабилитацију.

Радно место је један од кључних елемената који утиче на наше ментално здравље и благостање. Многе велике компаније сада схватају да је продуктивност њихових запослених повезана са њиховим здрављем и благостањем. Међутим, већи нагласак је традиционално стављен на физичко здравље него на ментално здравље и благостање. Зато је јако битно да се у оквиру радног места поведе рачуна о промоцији и превенцији истог и на радном месту, а не само у специјализованим институцијама.

У литератури раније превенција менталног здравља се дели на три типа превенције: примарну, која има за циљ смањење инциденције свих типова менталних поремећаја у заједници; секундарну, која има за циљ да смањи преваленцију поремећаја скраћењем њиховог трајања; и терцијарну, која има за циљ да смањи оштећења (последнице) која могу настати из тих поремећаја. Овај

концепт се дуго користио у теорији и пракси, иако је критикован да замагљује разлику између раног третмана и превентивних интервенција [15]. Мразек и Хагерти (Mrazek & Haggerty) дали су нову поделу на:

1. Универзалне - усмерене на општу популацију;
2. Селективне - усмерене на групе са високим ризиком; и
3. Индиковане - усмерене на појединце или групе са високим ризиком који показују минималне, али региструјуће знаке или симптоме менталних поремећаја [138].

Циљ промоције менталног здравља није ограничен само на спречавање проблема менталног здравља већ обухвата шири спектар здравља, социјалне и економске користи. Зато је битно направити разлику између два широке категорије интервенција и програма за ментално здравље; промоције менталног здравља; и ментална болест / поремећај и њихова превенција [139]. Промоција менталног здравља дефинише се као „процес јачања заштитних фактора који доприносе добром менталном здрављу“ [140]. Промоција менталног здравља подразумева развој појединца, социјалне и срединске услове, који омогућавају оптимално здравље и промовишу лично оснаживање и развој. Иницијативе за промоцију менталног здравља укључују активно учешће појединаца у процесу постизања позитивног менталног здравља и благостања и унапређење квалитета живота [139]. Превенција менталне болести/поремећаја: има за циљ да смањи учесталост и понављање менталних поремећаја или да смањи ризик за настанак менталне болести, превенцију или одлагање њихове појаве, и смањење утицаја на појединца, породицу и друштво у опште [139]. Раније се деловање у оквиру менталног здравља на раду сводило на превенцију док је данас деловање усмерено на промоцију менталног здравља, међутим промоција и превенција не искључују једна другу и могу се заједно примењивати. Ако би се примењивале обе стратегије онда би смо према Кизовом моделу раднике довели до позитивног спектра далеко од лошег менталног здравља и болести.

Кључне компоненте за промоцију менталног здравља на раду су следеће [139]:

- идентификација фактора ризика на радном месту
- употреба организационих мера за смањење идентификованих ризика по ментално здравље

- развој организацијоне културе / стварати окружење које погодује здрављу радника и благостању
- флексибилно радно време и подршка за свакодневне животне изазове (нпр. приступ бриге о деци)
- обогаћивање посла и развој каријере
- употреба програма благостања који подразумевају вишекомпоненти (физичке вежбе, тренинзи животних вештина....)
- обука за менаџере и запослене о подизању свести о мерама за унапређење и проблемима менталног здравља
- рана идентификација стреса и лошег менталног здравственог стања
- бесплатно психолошко саветовање и специфична психолошка подршка.

## 7. МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР ИСТРАЖИВАЊА

### 7.1. Предмет истраживања

Појам менталног здравља као вишедимензионални конструкт изазива бројне полемике и дискусије. У литератури овај појам обухвата континуум од комплетног одсуства болести и идеалног менталног здравља до најозбиљнијих психичких поремећаја. Киз и Лопез (Keyes & Lopez), на пример, истичу да ментално здравље подразумева задовољство животом, присуство позитивног и одсуство негативног афекта, психичко и социјално благостање [25]. Општи модели менталног здравља проверавају се у појединим областима живота. Тако питања менталног здравља- нарочито оних аспеката који су везани за радно место - представљају отворено питање и један су од актуелних проблема данашњице [141]. Идеја о снагама (ресурсима) и исходима као и промоција исхода здравља на позитивно и негативно заснива се на идеји Арона Антоновског и Мери Јаходе [17,142]. У учењу Антоновског о салутогенези он предлаже да уместо да се трага само за факторима који доведе до болести, требало би да се фокусирамо и на протективне факторе- оне који одржавају и унапређују здравље и општу добробит. Према учењу Мери Јаходе, „одсуство болести можда чини неопходан, али не и довољан критеријум менталног здравља”, а ментално здравље није континуум на којем се на једној страни

налази болест, а на другој здравље [17]. Ментално здравље као потпуно стање „комбинује високе нивое емоционалног, психичког и социјалног благостања и одсуство скорије менталне болести“ [25]. У позитивној психологији, ресурсима менталног здравља називају се извори субјективног психосоцијалног благостања и среће појединца који као такви унапређују ментално здравље. Ресурси су снаге или потенцијали који унапређују ментално здравље. Они могу бити биолошки, социјални и психолошки, а квалитет живота јесте једна од мера добрих снага појединца. Глобално и широм ЕУ препознаје се утицај економских и социјалних фактора на лоше ментално здравље и значај за што већом промоцијом и акцијом везаном за ментално благостање и превенцију менталних поремећаја у друштву [143]. Очигледно је да као и у општем моделу менталног здравља тако и на раду постоје снаге (ресурси) који утичу на ментално здравље запослених уопште па и у помажућим професијама односно код лекара и психолога, а који могу имати позитивне и негативне последице. Снаге (ресурси) који детерминишу ментално здравље могу се класификовати у три области: фактори структуралног нивоа, фактори на нивоу заједнице, фактори на индивидуалном нивоу [144]. Зато ће овај рад бити фокусиран на следећој групи ресурса (снага): индивидуалним- у које ће бити обухваћене физичке и психолошке карактеристике појединца, интерперсоналним у оквиру којих ће бити обухваћени неки фактори који се односе на ниво заједнице и организацијским- које ће се тичати структуралног нивоа-запослења. Индивидуални чиниоци су битан ресурс менталног здравља. Истраживачи из ове области сматрају да се људи рађају са одређеном диспозицијом да на различите животне догађаје реагују на сличан начин, односно, са „склоношћу да буду срећни или несрећни“ [145]. Телецен и сарадници су у својој студији близанаца утврдили да се 40% варијансе позитивне и 55% варијансе негативне емоционалности може предвидети на основу генетских фактора [146]. До сличних закључака дошле су и други аутори који су истакли да око 50% индивидуалних разлика у доживљају среће, по овим ауторима, се може објаснити урођеном предиспозицијом за одређеним нивоом позитивног афекта, 10% индивидуалних разлика у доживљају среће се може објаснити животним догађајима, док осталих 40% може да буде под нашом контролом [34,147]



Актуелност истраживања је управо у проучавању ресурса и њихово повезивање са исходима менталног здравља о чему се у нашој стручној јавности до сада релативно мало полемисало (писало). Овај рад ће се фокусирати на истраживање ресурса (снага) (персоналних, интерперсоналних и организационих) и исхода менталног здравља који могу бити позитивни и негативни.

Сазнања о одређеним ресурсима (снагама) и исходима омогућавају нам да што боље разумемо однос здравље/болест уопште, али и посебно у радном процесу. Промоција или унапређење менталног здравља тежи достизању позитивног менталног здравља и бољег квалитета живота. Унапређење менталног здравља повећаће квалитет живота самих радника, али истовремено и квалитет услуга које они пружају својим корисницима. Проблем истраживања менталног здравља код запослених лекара и психолога је приоритет зато што су последице озбиљне, не само због тога што одражавају личну патњу, већ и зато што смањују квалитет неге која се очекује од њих.

## **7.2 ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ**

### ***Циљеви истраживања:***

Основни циљ истраживања јесте утврђивање повезаности између ресурса тј. снага (персоналних, интерперсоналних и организационих) и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

Да бисмо оставрили наведени циљ морамо одговорити на следећа питања:

Какав је однос између персоналних ресурса (снага) и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије)?

Какав је однос између интерперсоналних ресурса (снага) и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије)?

Какав је однос између организационих ресурса (снага) и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије)?

Да ли се одређеним ресурсима (снага) могу предвиђати одређени позитивни и негативни исходи менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије)?

***Хипотезе планираног истраживања су:***

1. Постоји повезаност између темперамента (депресивни, циклотимни, хипертимни, иритабилни и анксиозни) и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

2. Постоји разлика у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије) у односу на социодемографске варијабле (пол, материјални статус, брачни статус, специфичност радног места, промена радног места).

3. Постоји повезаност између позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије) у односу на социодемографске варијабле (године живота, број деце, година образовања, године радног стажа, број година радног стажа на том месту, индекса телесне масе).

4. Постоји повезаност између социјалне подршке (процена, припадност и доступност) и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично

здравствено понашање) менталног здравља код (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

5. Постоји повезаност између задовољства породицом и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

6. Постоји повезаност извора стреса на послу и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

7. На основу ресурса, тј. снага (персоналних, интерперсоналних и организацијских) могу се предвидети позитивни (задовољство животом, задовољство послом) и негативни исходи (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

## **7.3 МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД**

### ***7.3.1 Врста студије***

Спроведена студија је неекспериментална опсервациона студија пресека. Истраживање је спроведено од фебруара 2015. до априла 2015. Истраживање се обављало уз усмену сагласност директора установа и декана факултета на којима је спроведено истраживање. Сваки испитаник је потписао сагласност за учешће у овом истраживању где је био упознат са основним циљем истраживања.

### **7.3.2 Популација која се истражује**

Укупан број испитаника којима је објашњена процедура и дат упитник за попуњавање био је 654. Од тог броја 128 упитника није враћено назад, а њих 99 није имало потпуне податке тако да је у коначну анализу ушло 427 испитаника. Према структури, у овом истраживању су учествовали лекари запослени у здравственим установама у Крагујевцу и Косовској Митровици и то лекари опште праксе и специјалисти одређених медицинских дисциплина и психолози запослени у Крагујевцу и Косовској Митровици у здравственим установама, предшколским установама, школама и центрима за социјални рад; студенти друге године медицине који студирају у Крагујевцу и Косовској Митровици и студенти психологије који студирају у Косовској Митровици и Нишу. У истраживање су укључени и студенти који се обучавају за једно од помажућих занимања (лекар или психолог) како би се 1) проучио билошки фактор (снага, ресурс) кроз афективне црте темпераментна и 2) одвојио утицај професионалног стреса (елиминисао бајас) на исход, односно, на ментално здравље лекара и психолога. Наиме, према теорији о афективним цртама темперамента, диспозиција за одређена реаговања се може измерити скалом ТЕМПС А, а са друге стране, афективна диспозиција нас и усмерава ка одређеним занимањима. У том смислу, део овог истраживања које се бави студентском популацијом, помоћи ће да јасније одвојимо диспозицију од утицаја спољашњих фактора (професионалног стреса) на крајње варијабле- ментално здравље код лекара и психолога. Другим речима, истраживањем афективних црта темперамента у студентској популацији меримо билошку или генетску датост личности и одређујемо колико се током живота ова билошка датост мења (епигенетика).

### **7.3.3 Узорковање**

Узорак лекара су чинили лекаре свих профила, запослени у здравственим установама и клиничко-болничким центрима у Крагујевцу и Косовској Митровици. Узорак психолога се чинили психолози запослени у школама, предшколским установама, центрима за социјални рад као и здравственим установама и клиничко-болничким центрима у Крагујевцу и Косовској Митровици. Узорак студената медицине су обухватили студенти друге године који студирају на Факултету медицинских наука у Крагујевцу и Косовској Митровици, док су студенти психологије били из Косовске Митровице и Ниша.

Критеријум за укључивање у студију: лекари и психолози који раде у државном сектору, студенти који први пут уписују другу годину, студенти који су старости од 19 до 24 године, лекари и психолози старости од 25 до 65 година. Критеријум искључивања: лекари и психолози који раде у приватном сектору, студенти који су обновили другу годину, студенти који су старији од 24 године, лекари и психолози који су старији од 65 година. Студенти друге године су одабрани да би се избегао утицај стреса прилагођавања прве године студија (кризе сазревања, адаптација на студирање, промена средине, одвајање од родитеља), а студенти виших година нису укључени зато што су ближи професионалном звању него студентској популацији. Пре почетка истраживања, затражено је одобрење етичког одбора Факултета медицинских наука у Крагујевцу (надлежне институције). Узорак је пригодан због саме структуре узорка и зато што нема довољно података о броју запослених психолога.

*Табела 1. Представљање узорка*

<b>Пол</b>	
мушки (%)	123 (28,8)
женски (%)	304 (71,2)
<b>Место</b>	
Крагујевац (%)	156 (36,5)
К. Митровица (%)	208 (48,7)
Ниш (%)	63 (14,8)
<b>Занимање</b>	
лекар (%)	124 (29)
психолог (%)	79 (18,5)
студент медицине (%)	106 (24,8)
студент психологије (%)	118 (27,6)
<b>Материјални статус</b>	

веома ниско (%)	1 (0,2)
ниско (%)	33 ( 7,8)
средње (%)	307 (72,7)
високо (%)	81 (19,2)
<b>Године живота (СД, Мин-Макс.)</b>	16,70 (3,48, 13- 28)
<b>Године образовања (СД, Мин-Макс.)</b>	29, 51 (11,19, 19-61)
<b>Године стажа (СД, Мин-Макс.)</b>	12,19 (8,91, 0-33)
<b>Године стажа на том радном месту (СД, Мин-Макс.)</b>	9,01(7,71, 0-33)
<b>Број деце (СД, Мин-Макс.)</b>	,53 (,93, 0-5)

### 7. 3.4 Варијабле које се мере у студији

Ово истраживање је неексперименталног типа па се условно може говорити о независним и зависним варијаблама. Условно независне варијабле у овом истраживању су: персонални, интерперсонални и организациони ресурси (снаге) (афективни темперамент, задовољство породицом, социјална подршка, извори стреса на раду). Збуњујуће варијабле у овом истраживању су: пол, индекс телесне тежине, године живота, материјално стање, образовање, брачни статус, број деце, радно место, специфичност радног места, године радног стажа, године радног стажа на том радном месту, промена радног места. Условно зависне варијабле у овом истраживању су исходи менталног здравља: позитивни исходи (задовољство послом, задовољство животом) и негативни исходи (депресивност, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање).

#### 7.3.4.1 Независне варијабле:

**Социјална подршка-** је операционализован преко ИСЕЛ упитника (INTERPERSONAL SUPPORT EVALUATION LIST, краћа верзија) [148]. Скала има 12 ставки и мери перцепцију социјалне подршке. Ова скала је скраћен верзија оригиналног ИСЕЛ-40 (INTERPERSONAL SUPPORT EVALUATION LIST-40) упитника социјалне подршке. Оригинална скала се састоји од 40 ставки ( по десет ставки у свакој од четири субскеале које мере четири аспекта

социјалне подршке). Овај упитник има три субскеале дизајниране за мерење три димензије перципиране социјалне подршке: процена као (информативна) подршка, припадање као (емоционална) подршка, опипљива (конкретна) подршка где свака субскеала има по четири питања [148]. Свака димензија се мери на четворостепеној скали у распону од 4. "Потпуно Тачно" до 1. "Потпуно Нетачно". Поузданост скале се креће на студентској популацији коефицијент алфа = .77 до .86, док на општој популацији, коефицијент алфа се креће од .88 до .90 [148]. Што се тиче валидности скале иста је у позитивној корелацији са другим скалама социјалне подршке (Инвентар социјално подржавајућег понашања- Inventory of Socially Supportive Behaviors), са бројем блиских пријатеља, и са мером квалитета брачних односа (Partner Adjustment Scale) [148]. За потребе овог истраживања користили смо српски превод скале.

**Темперамент-** је испитан попуњавањем скале за процену афективног темперамента (TEMPS, Temperament Evaluacija Memphis, Piza, Pariz i San Dijego), стандардизоване српске варијете скале [39,40]. Скала има 110 ајтема, а за наше истраживање смо користили скраћену верзију од 41 ајтем, на које испитаници одговарају на двостепеној скали са да или не. Одговори се групишу у оквиру 5 субскеала: депресивни, циклотимни, хипертимни, иритабилни и анксиозни темперамент. Скала је показала у досадашњим истраживањима добре психометријске карактеристике. Коефицијенти алфа износио је за сваку субскеалу афективног темперамента- циклотимни темперамент .91, депресивни .81, иритабилни .77, хипертимни .76 и анксиозни .67 [149]. Поузданост целе скале на српској популацији износила је .83 [40].

**Задовољство породицом-** је испитано Скалом породичне адаптације Антоновског и Соурани [150]. Ова скала мери породичну адаптираност, изражену преко задовољства породицом. Скала се састоји од десет питања и мери задовољство самом породицом, односима унутар породице и односом породице према средини. Испитаници одговарају проценом на скали од један до седам, где је 1: нисам задовољан/задовољна, а 7: потпуно сам задовољан/задовољна. Укупан скор се рачуна као збир свих ставки. Теоријски распон скорова креће се од 10 до 70, а већи резултат говори у прилог већег задовољства породицом. Скала је показала добру поузданост. На узорку

брачних партнера унутрашња поузданост износила је .87 [150]. У нашој земљи на узорку студента поузданост изражена алфом износила је .90 [151,152].

**Извори стреса на послу-** За испитивање утицаја извора стреса на послу користили смо упитника о изворима стреса на раду ИРС [153]. Скала има 42 ставке, а формат одговарања је Ликертова петостепена скала („скоро никад“, „ретко“, „понекад“, „често“ и „скоро увек“). Садржи седам субскеала које процењују различите изворе стреса у организацији (захтеви посла, контрола, подршка од стране руководиоца, подршка колега, релације и радна атмосфера, радна улога, промене) [153]. Захтеви посла се односи на питања као што су преоптерећење посла, врсте радних задатака и радна средина. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .58$ . Контрола се односи на то колико је појединац у могућности да контролише брзину рада, број радних задатака и предвидивост исхода. Подршка од стране руководиоца мери квалитет односа са непосредним руководиоцем, као што је охрабривање, спонзорство и ресурси. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .78$ . Подршка колега мери подстицање, подршку или похвалу коју радник добија од његових / њених колега. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .80$ . Релације и радна атмосфера односи се на квалитет међуљудских односа у погледу комуникације и сарадње. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .78$ . Радна улога мери степен јасноће улоге, конфликтност посла са радним задацима као и двосмисленост улоге. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .65$ . Промене се односе на то како се оне у раду дешавају и како се њима управља и комуницира. Поузданост ове субскеале од стране аутора је  $\alpha = .70$  [153].

#### **7.3.4.2 Збуњујуће варијабле:**

**Пол-** мушки и женски. Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници у упитнику заокружили слово које означава њихов пол.

**Године живота-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали број навршених година живота.

**Материјално стање-** Ова варијабла је регистрована помоћу описне скале са четири категорије. Скала се односи на процену сопственог материјалног стања



сврставањем материјалних породичних прилика у једну од 4 категорије: 1. веома ниско (породица живи од хуманитарне помоћи или су њени приходи толико ниски да нису довољни за основне егзистенцијалне потребе); 2. ниско (месечни приходи породице су довољни само за егзистенцијалне потребе); 3. средње (осим основних егзистенцијалних потреба могу себи приуштити куповину одеће, обуће и других средстава); 4. високо (чланови породице живе без већих одрицања).

**Брачни статус-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници заокружили број испред категорија 1. у браку; 2. разведен/а; 3. удовац/удовица; 4. у вези; 5. остало \_\_\_\_\_.

**Број деце-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали број деце (уколико имају деце).

**Образовање-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници заокружили број испред категорије: 1. факултет, 2. специјализација, 3. субспецијализација, 4. магистратура или докторат, 5. студент. Такође поред категоричког ова варијабла је регистрована и нумерички тако што су испитаници уписали број година образовања.

**Године радног стажа-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали укупан број година радног стажа.

**Специфичност радног места-** ова варијабла је бити реистрована тако што су испитаници написали врсту установе у којој раде и на ком радном месту, док су студенти написали који факултет студирају.

**Године радног стажа на том радном-** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници уписали број година на радном месту на коме се тренутно налазе.

**Промена радног статуса:** Ова варијабла је регистрована тако што су испитаници одговарали да ли су мењали радно место да или не. Такође су одговорили на питање да ли су били отпуштени и да ли су били премештени.

**Индекс телесне тежине-** испитаници су уписали своју висину и тежину, а индекс телесне масе (BDI) је накнадно израчунат.

#### 7.3.4.3 Зависне варијабле:

**Депресивност-** Ова варијабла је испитивана попуњавањем Бековог упитника за самопроцену депресивности (BDI-IA, стандардизована српска верзија скале) [154]. Ова скала има 21 питање о томе како се субјекат осећао током последње недеље. Свако питање има сет од четири могућа одговора, рангирана према интензитету- 0. Не осећам се тужно, 1. Осећам се тужно, 2. Тужан сам све време и не могу се отргнути од тога, 3. Толико сам тужан и несрећан да то не могу поднети. Добијени резултати се сабирају и сврставају у једну од следећих категорија: 0-13 минимална депресивност; 14-19 блага депресивност; 20-28 умерена депресивност; и 29-63 озбиљна депресивност. Ова скала позитивно корелирала са Хамилтоновом скалом за процену депресивности (.71) и има високу меру унутрашње поузданости изражену Кронбаховим  $\alpha$  (у литератури се најчешће помињу вредности  $\alpha$  од око .90 и више). У нашој земљи скала је стандардизована и вишеструко валидирана [33].

**Изгарање-** је операционализовано преко МВИ скале Маслачеве и Џексонове (Maslach & Jackson) која мери учесталост и интензитет изгарања на послу код запослених који раде са људима, у служби људи, образовања, бизниса и владиних професија (помажућих професија) [155]. Она мери: осећај емоционалне исцрпљености и пренапрегнутости послом, деперсонализацију, односно осећај непријатности узрокован напором и смањено лично задовољство послом. Састоји се од 22 ставке (тврдње) које су градиране (бодоване) у седам категорија од 0 до 6 (0 – никада, 1 – неколико пута годишње или мање, 2 – једном месечно или мање, 3 – неколико пута месечно, 4 – једном недељно, 5 – неколико пута недељно, 6 – сваког дана). Укупан скор је могућ у опсегу 0 – 132. Поузданост целе скале износила је .89. Поузданост појединих субскал емоционална исцрпљеност .79, деперсонализација .59, смањено задовољство послом .77.

**Анксиозност-** је испитивана Цунговом (Zung) скалом за процену анксиозности (стандардизована српска верзија скале) [154]. Садржи 20 тврдњи које су

»окренуте« позитивно или негативно. При томе су укључени симптоми из подручја афективних, физиолошких, психомоторних и психичких поремећаја. Испитаник код ове скале процењује своје сметње у задњих недељу дана на скали од четири степена: никада или врло ретко, понекад, често, већином или увек. Теоријски распон вредности је да резултат 50- 59 представља умерену анксиозност, 60-69 умерену до јаку анксиозност, а 70 и више бодова јаку анксиозност. Поузданост инструмента у досадашњим истраживањима је на општој популацији .66, на пацијентима .74 и .80 [156,157].

**Задовољство животом-** је испитивано скалом за процену задовољства животом (Satisfaction With Life Scale (SWLS) [145]. Ова скала се састоји се од пет ајтема где испитаници означавају свој степен слагања или неслагања са сваком тврдњом на седмостепеној скали Ликертовог типа. Пет ајтема који сачињавају скалу одабрани су из групе од четрдесетосам ајтема заснованих на факторској анализи [145]. Скорови се крећу у распону од 5 до 35, тако да виши скорови указују на веће задовољство животом. Аутори наводе да је тест-ретест корелација скале након два месеца износила 0.82, а да Кронбахова  $\alpha$  се креће од 0.83 до 0.87 [145].

**Задовољство послом-** је испитивано упитником задовољства послом (Job Satisfaction Survey (JSS)) [158]. Састоји се из 36 ајтема и мери 9 аспеката задовољства послом, а то су: плата, напредовање, руковођење, бенефиције, награђивање, радна процедура, сарадници, природа посла и комуникација. На основу података добијених са ове скале можемо израчунати десет независних скорова. Девет скорова чини резултате испитаника на појединачним субскалама, а десети скор је сумациони скор на свим ајтемима и представља општу меру задовољства послом. Поузданост целог инструмента је .91[159]. Појединачне субскале су имале следећу поузданост: плата .75, напредовање .73, руковођење .82, бенефиције .73, награђивање .76, радна процедура .62, сарадници .60, природа посла .78 и комуникација .71 [159].

**Хронична болест-** испитаници су одговарали да ли болују од неке хроничне болести и уписивали од које.

**Коришћење лекова-** испитаници су уписивали да ли користе неке лекове. Уколико је одговор позитиван, уписаће детаље коришћења- који лек, у којој дози, колико дуго и за коју индикацију (НПР).

**Ризично здравствено понашање-** Испитаници су одговорали да ли користе цигарете и колико на дневном нивоу. Да ли и колико конзумирају алкохол на дневном нивоу.

Сет варијабли за студенте разликовале су се од лекара и психолога у професионалним ресурсима који нису били испитивани код студентске популације као и негативан исход- изгарање на послу и позитиван исход задовољство послом.

### **7.3.5 СНАГА СТУДИЈЕ И ВЕЛИЧИНА УЗОРКА**

Прорачун студијског узорка начињен је на основу студијске хипотезе да постоји линеарна повезаност између особина личности и негативног исхода менталног здравља (изгарања) код запослених у људском сервису путем калкулатора G\*power 3.0.10, за вредност алфа грешке 0,05, снаге студије 0,80 и коефицијента мултипле линеарне регресије 0,27 уз предвиђених 5 предиктора установљен је број од 41-ог испитаника [160].

### **7.4 СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА**

Обрада података вршена је у статистичком програму SPSS 20.00. За статистичку обраду података су коришћене мере дескриптивне статистике, мере корелације и поступци утврђивања значајности разлика између аритметичких средина (т тест и анализа варијансе). За утврђивање степена у коме предикторске варијабле одређују критеријумске, биће коришћен поступак регресионе анализе (стандардна линеарна регресија и логистичка регресија). За утврђивање поузданости коришћених скала и упитника користимо меру унутрашње поузданости. За испитивање структуре скала које се први пут користе у нашој средини коришћена је експлоративна факторска анализа.

## 8. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

### 8.1 Факторска структура коришћених инструмената

У истраживању спроведеном у овом докторату коришћено је више мерних инструмената како би се испунили предвиђени циљеви. Већина инструмената је већ коришћена на нашој популацији, осим Скале социјалне подршке (ИСЕЛ упитник, краћа верзија) и Скале задовољства послом. Зато је за ове инструменте најпре спроведена експлоративна факторска анализу, методом главни компоненти, како би се стекао увид у њихову структуру. Као минимална вредност којом ставка засићује одређени фактор одређена је вредност од .03, за све испитане скале. За процену подобности података за вршење факторске анализе користили смо Кајзер-Мајер-Олкинов тест и Бартлетов тест. Резултати ових тестова за све скале које су подвгнуте поступку факторске анализе приказани су у табели 2.

Табела 2. Подобност скала за вршење поступка факторске анализе.

	КМО тест	Бартлетов тест
Социјална подршка	.829	.000
Задовољство послом	.871	.000

Скала социјална подршке (скраћена верзија оригиналног ИСЕЛ упитника) има три субскеле дизајниране за мерење три димензије перципиране социјалне подршке: процена као (информативна) подршка, припадање као (емоционална) подршка, опиљива (конкретна) подршка.

Кајзер-Мајер-Олкинов и Бартлетов тест (табела 2.) су показали да су испуњени услови за спровођење поступка факторске анализе. Методом анализе главних компоненти издвојена су два фактора са карактеристичном вредношћу изнад један. Скри – дијаграм и паралелна анализа су, такође, указали на постојање два фактора.

Фактори су ротирани Варимакс ротацијом, али добијена матрица склопа је показала да добијених два фактора није могуће интерпретирати у смислу оригиналних фактора. Из тог разлога је донешена одлука да се у даљој анализи

користи само укупан скор Скале социјалне подршке. Када је у поступку факторске анализе одређено да се испита решење са само једним фактором, добијено је да тај фактор одређује 31,19% варијансе. Матрица компоненти приказана је у табели 3.

Табела 3. Матрица компоненти за скалу социјалне подршке.

Ајтеми	Компонента 1
6. Када су ми потребни савети везани за решавање личног проблема, знам некога коме могу да се обратим	,744
4. Постоји неко коме бих могао/ла да се обратим за савет везан за решавање проблема у породици	,702
5. Уколико одлучим једног поподнева да желим да идем у биоскоп те вечери, лако бих нашао/ла некога да иде са мном	,690
3. Када бих био/ла болестан/на, лако бих нашао/ла некога ко би ми помогао у обављању свакодневних кућних послова	,647
9. Када би желео/ла да ручам са неким, лако бих нашао/ла друштво.	,642
10. Ако бих остала у квару далеко од куће око 16км увек бих могао/ла да позовем неког ко би дошао по мене	,641
12. Уколико би ми била потребна помоћ за пресељење у другу кућу или стан, било би ми тешко да нађем некога ко би ми изашао у сусрет	,489
2. Осећам да не постоји нико са киме бих поделила своје највеће бриге и страхове	,438
7. Не позивају ме други људи тако често да радим неке ствари са њима	,410
8. Када бих морао/ла да одем из града на неколико недеља, било би тешко да нађем некога ко би ми водио рачуна о кући или стану	,392
11. Ако би криза у породици постала интензивнија, тешко бих могао/ла да нађем некога ко би ми дао добар савет за њено решавање	,391
1. Када бих ишао/ла на једнодневно путовање (на пример, до села или неке планине), не би ми било лако да нађем некога ко би кренуо са мном	,301

Скала задовољства послом је коришћена за испитивање задовољства послом код лекара и психолога. Скала се састоји од 36 ајтема и мери 9 аспеката задовољства послом.

Кајзер-Мајер-Олкинов и Бартлетов тест (табела 2.) су показали да су испуњени услови за спровођење поступка факторске анализе. Методом анализе главних компоненти издвојена су осам фактора са карактеристичном вредношћу изнад један, који објашњавају укупно 61,6% варијансе. Скри – дијаграм и паралелна анализа су указали на постојање пет фактора. Коначно, на основу

интерпретабилности, скри – дијаграма и паралелне анализе одлучено је да се усвоји петокомпонентно решење. Поново је спроведена факторска анализа и пет фактора су ротирани Варимакс ротацијом. Резултати ове анализе су представљени у табели 4.

Ставка 4 (*Нисам задовољан/на бенефицијама које нуди мој послодавац*) не засићују ниједан фактор у складу са унапред постављеним критеријумом (.03) она је избачена из даљих анализа.

Табела 4. Матрица компоненти за скалу задовољства послом.

Ајтеми	Фак. 1	Фак. 2	Фак. 3	Фак. 4	Фак. 5
<b>Међуљудски односи</b>					
12. Сматрам да мој претпостављени није фер према мени	,793				
3. Мој претпостављени је довољно компетентан за посао који обавља	,741				
9. Сматрам да је комуникација у мојој организацији добра	,718				
21. Мој претпостављени је слабо заинтересован за осећања својих запослених	,715				
30. Волим свог претпостављеног	,698				
34. На мом послу има много несугласица и свађа	,650				
5. Када на послу урадим нешто добро, добијем адекватно признање за то	,577				
7. Допадају ми се људи са којима радим	,553				
16. Сматрам да на послу морам напорније да радим зато што моји сарадници нису довољно способни	,413				
<b>Плаћање и бенефиције</b>					
1. Сматрам да сам адекватно плаћен/а за посао који обављам		,698			
28. Задовољан/на сам могућностима за повећање плате које ми се пружају		,693			
13. Бенефиције за запослене у мојој организацији су подједнако добре као у већини организација		,688			
32. Сматрам да мој труд није награђен онолико колико би требало		,652			
22. Мислим да је пакет бенефиција који имамо у организацији праведан		,652			
23. Сматрам да су запослени у мојој фирми слабо награђени		,624			
19. Када размишљам о својој плати, помислим да ме организација не цени довољно		,594			
20. Запослени у мојој организацији напредују једнако брзо колико и запослени у другим организацијама		,487			
29. Мислим да постоје бенефиције које запослени у мојој организацији немају, а требало би да их имају		,454			
10. Повишице у мојој фирми су исувише мале и ретко се добијају		,377			
<b>Циљеви организације и радне процедуре</b>					
31. На мом послу има много "папирологије"			,708		
6. Мислим да многа правила и процедуре у мојој организацији отежавају обављање посла			,705		
24. Имам превише обавеза на свом послу			,601		
36. Мислим да радни задаци у мојој организацији нису потпуно дефинисани			,595		
26. Често имам осећај да не знам шта се дешава у мојој организацији			,441		
14. Немам осећај да је посао који обављам довољно цењен у организацији			,430		

18. Циљеви моје организације ми нису довољно јасни						,425
<b>Природа посла</b>						
27. Осећам се поносним/ом док обављам свој посао						,774
17. Волим да обављам активности које су саставни део мог посла						,770
25. Уживам у раду са својим колегама						,584
15. Ретко долазим у ситуацију да ме неко или нешто спречава у настојањима да добро обавим посао						,476
35. Сматрам да је мој посао пријатан						,458
8. Понекад мислим да је посао који радим бесмислен						,421
<b>Напредовање</b>						
2. На мом послу постоји врло мало прилика за напредовање						,727
33. Задовољан/на сам приликама за напредовање које ми се пружају						,530
11. Мислим да сви запослени у мојој фирми који добро раде свој посао имају једнаке шансе да буду унапређени						,463
Eigenvalues	10,00	3,11	2,47	1,68		1,42
Variance (%)	27,79	8,65	6,87	4,66		3,93

Први фактор је назван *Међуљудски односи* и садржи 9 ајтема. Може се рећи да ајтеми овог фактора одсликавају задовољство односом са сарадницима, надређенима и комуникацију у организацији.

Други фактор је назван *Плаћање и бенефиције* и садржи 10 ајтема. Ајтеми овог фактора одсликавају задовољство надокнадом за одређени рад који појединци обављају у радној организацији.

Трећи фактор је назван *Циљеви организације и радне процедуре* и садржи 7 ајтема. Ајтеми овог фактора одсликавају задовољство радним задацима које појединци обављају у организацији.

Четврти фактор је назван *Природа посла* и садржи 6 ајтема. Ајтеми овог фактора одсликавају задовољство основним вредностима којима тежи организација.

Пети фактор је назван *Напредовање* и садржи 3 ајтема. Ајтеми овог фактора одсликавају задовољство могућношћу да се усавршавају и заузимају одређени статус који је у скалду са тим.

### **8.1.1 Коначна одлука о коришћењу мерних инструмената и њихова поузданост**

Независне варијабле:

**Социјална подршка** – на основу факторске анализе донешена је одлука да се користи укупан скор социјалне подршке (12 ајтема).



**Темперамент** – коришћена је стандардизована српска верзија са 5 субскала: депресивни (7 ајтема), циклотимични (7 ајтема), хипертимични (7 ајтема), иратибилни (7 ајтема) и анксиозни (6 ајтема) темперамент.

**Задовољство породицом** – коришћена је оригинална скала породичне адаптације (10 ајтема).

**Извори стреса на послу** – коришћена је оригинална скала о изворима стреса на раду. При обради резултата коришћен је укупан скор скале (42 ајтема) и седам субскала које процењују различите изворе стреса у организацији: захтеви посла (7 ајтема), контрола (6 ајтема), подршка од стране руководиоца (7 ајтема), подршка колега (6 ајтема), релације и радна атмосфера (6 ајтема), радна улога (5 ајтема) и промене (5 ајтема).

За све инструменте израчуната је мера унутрашње конзистентности скале (Кронбахов  $\alpha$ ). Вредности Кронбаховог  $\alpha$  коефицијента изнад .70 сматрају се прихватљивим (Pallant, 2009). Поузданости претходно наведених скала дефинисаних као независне варијабле су приказане у табели 5 и оне су задовољавајуће.

*Табела 5. Коефицијенти поузданости скала и субскала (независне варијабле)*

Скала	Кронбахов $\alpha$
Темперамент - Депресивни (7 ајтема)	.71
Темперамент - Циклотомични (7 ајтема)	.80
Темперамент - Хипертимични (7 ајтема)	.70
Темперамент - Иратибилни (7 ајтема)	.70
Темперамент - Анксиозни (6 ајтема)	.78
Социјална подршка (12 ајтема)	.78
Задовољство породицом (10 ајтема)	.93
Извори стреса на послу – цела скала (42 ајтема)	.92
Захтеви посла (7 ајтема)	.76
Контрола (6 ајтема)	.71
Подршка руководиоца (7 ајтема)	.86
Подршка од стране колега (6 ајтема)	.84
Релације и радна атмосфера (6 ајтема)	.83
Радна улога (5 ајтема)	.74
Промена (5 ајтема)	.73

Зависне варијабле:

**Депресивност** – коришћен је оригинална верзија Бековог упитника за самопроцену депресивности (21 ајтем) који је у нашој земљи стандардизован и вишеструко валидиран.

**Изгарање** – коришћена је оригинална МВІ скала Маслака и Џексона (Maslach & Jackson). При обради резултата коришћен је укупан скор скале (22 ајтема) и три субскеале: емоционална исцрпљеност (7 ајтема), деперсонализација (7 ајтема) и однос према послу (8 ајтема).

**Анксиозност** – коришћена је оригинална Цунгова (Zung) скала за процену анксиозности (стандардизована српска верзија скале, 20 ајтема).

**Задовољство животом** – коришћена је оригинална скала за процену задовољства животом (5 ајтема).

**Задовољство послом** – на основу факторске анализе донешена је одлука да се користи укупан скор скале (35 ајтема) и пет субскеала: међуљудски односи (9 ајтема), плаћање и бенефиције (10 ајтема), циљеви организације и радне процедуре (7 ајтема), природа посла (6 ајтема) и напредовање (3 ајтема).

**Хронична болест** – испитаници су одговарали да ли болују од неке хроничне болести (два исхода: да или не).

**Ризично здравствено понашање** – за процену ризичног здравственог понашања коришћен је укупан скор две варијабле: да ли користете цигарете (два исхода: да или не) и да ли конзумирате алкохол на дневном нивоу (два исхода: да или не).

За све инструменте израчуната је мера унутрашње конзистентности скале (Кронбахов  $\alpha$ ). Вредности Кронбаховог  $\alpha$  коефицијента изнад .70 сматрају се прихватљивим (Pallant, 2009). Поузданости претходно наведених скала дефинисаних као зависне варијабле су приказане у табели 6 и оне су задовољавајуће.

Табела 6. Коефицијенти поузданости скала и субскала (зависне варијабле)

Скала	Кронбахов $\alpha$
Депресивност (21 ајтем)	.85
Изгарање - цела скала (22 ајтема)	.87
Емоционална исцрпљеност (7 ајтема)	.78
Деперсонализација (7 ајтема)	.71
Однос према послу (8 ајтема)	.76
Анксиозност (20 ајтема)	.80
Задовољство животом (5 ајтема)	.84
Задовољство послом - цела скала (35 ајтема)	.92
Међуљудски односи (9 ајтема)	.88
Плаћање и бенефиције (10 ајтема)	.84
Циљеви организације и радне процедуре (7 ајтема)	.77
Природа посла (6 ајтема)	.72
Напредовање (3 ајтема)	.72

## 8.2 Приказ резултата дескриптивне анализе података

При анализи дескриптивних показатеља пошло се од варијабли које представљају карактеристике позитивног менталног здравља. Како је Колмогоров - Смирновљев тест одступања од нормалне дистрибуције уобичајено значајан када у истраживању имамо велике узорке, ради добијања потпуније слике о дистрибуцији скорова испитаних варијабли коришћени су и скјунис, куртозис и графикон расподеле. Добијени распон скорова, аритметичка средина, стандардна девијација, скјунис, куртозис и Колмогоров-Смирновљев тест значајности одступања од нормалне дистрибуције за компоненте менталног здравља приказани су у табели 7.

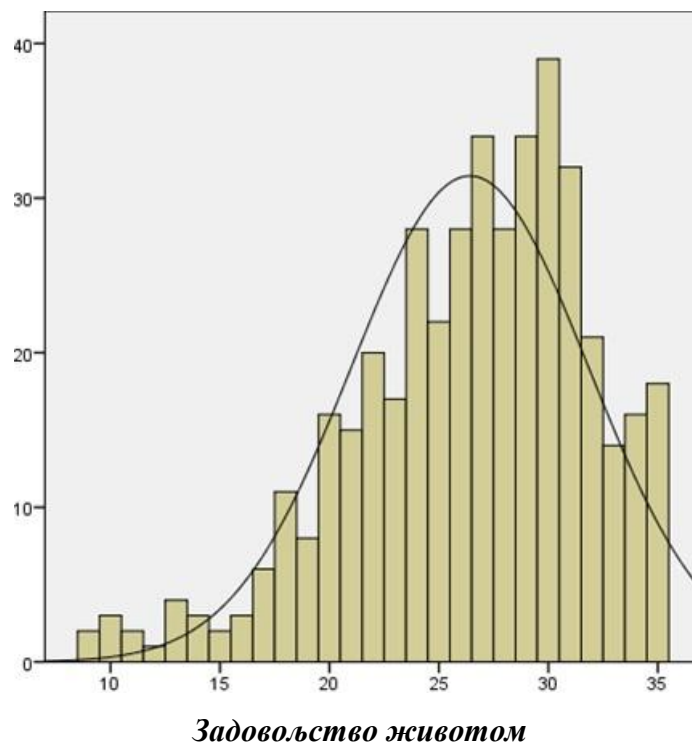
Табела 7. Дескриптивни показатељи за позитивне карактеристике менталног здравља

Скале	Опажени Мин-макс	АС	СД	Ск	Ку	К-С
Задовољство животом	9-35	26,42	5,42	-,72	,36	,000
Задовољство послом	38-185	113,36	28,31	,08	-,06	,200*

Аритметичке средине (АС), стандардне девијације (СД), коефицијент асиметрије – Скјунис (Ск), коефицијент издужености – Куртозис (Ку), Колмогоров Смирнов тест (К-С),  $p < 0.05$ .

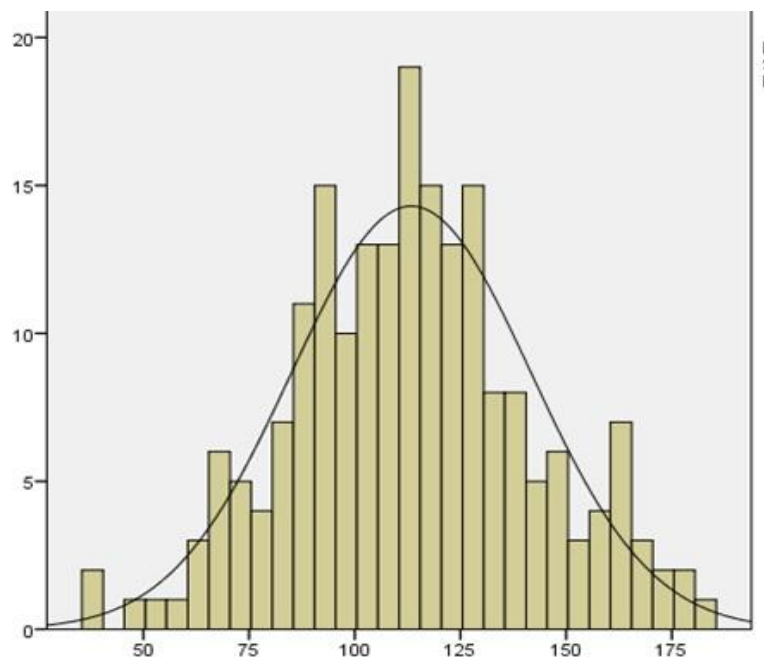
Добијена аритметичка средина за задовољство животом је нешто виша од теоријског оквира, а вредности скјуниса и куртозиса су у опсегу од 1 до -1. На слици 3.1 приказан је графикон расподеле варијабле задовољство животом.

Слика 3.1



Добијена аритметичка средина за задовољство послом је је блиска теоријском оквиру, а вредности скјуниса и куртозиса су у опсегу од 1 до -1. На слици 3.2 приказан је графикон расподеле варијабле задовољство послом.

Слика 3.2



### Задовољство послом

Дескриптивни показатељи варијабле које представљају карактеристике негативног менталног здравља. Добијени распон скорова, аритметичка средина, стандардна девијација, скјунис, куртозис и Колмогоров-Смирновљев тест значајности одступања од нормалне дистрибуције за негативне компоненте менталног здравља приказани су у табели 8.

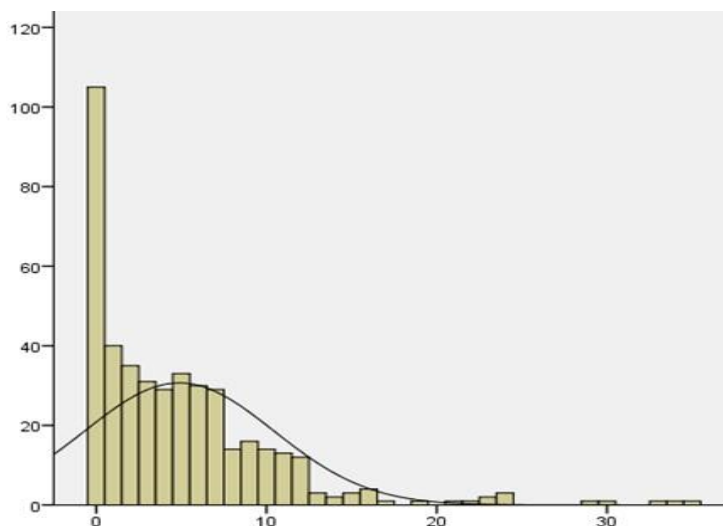
Табела 8. Дескриптивни показатељи за негативне карактеристике менталног здравља

Скале	Опажени Мин-макс	АС	СД	Ск	Ку	К-С
Депресивност	0-35	4,88	5,55	2,17	6,96	,000
Анксиозност	20-73	32,23	7,49	1,34	2,99	,000
Изгарање	1-96	30,88	18,05	,67	,18	,004

Аритметичке средине (АС), стандардне девијације (СД), коефицијент асиметрије – Скјунис (Ск), коефицијент издужености – Куртозис (Ку), Колмогоров Смирнов тест (К-С),  $p < 0.05$ .

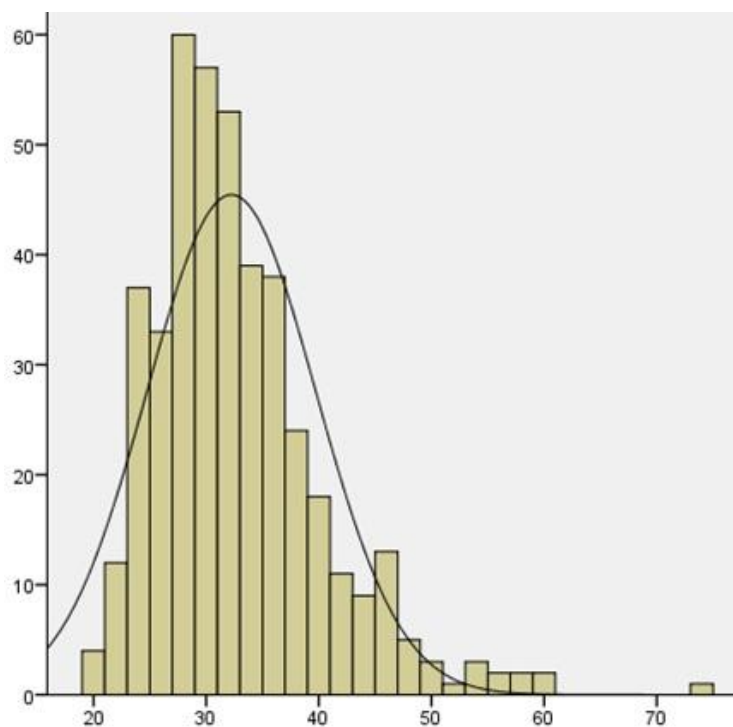
На одговарајућим графиконима (слика 3.3, 3.4, 3.5 ) се може уочити да се већина добијених скорова креће у домену ниских вредности, што је у складу са самим узорком, јер је истраживање извршено на општој популацији. Вредности аритметичке средине за депресивност ( $M = 4,88$ ) се могу сврстати у категорију „без симптома“, док се аритметичка средина за анксиозност ( $M = 32,23$ ) може сврстати у категорију „минималног до умереног опсега анксиозности“.

Слика 3.3



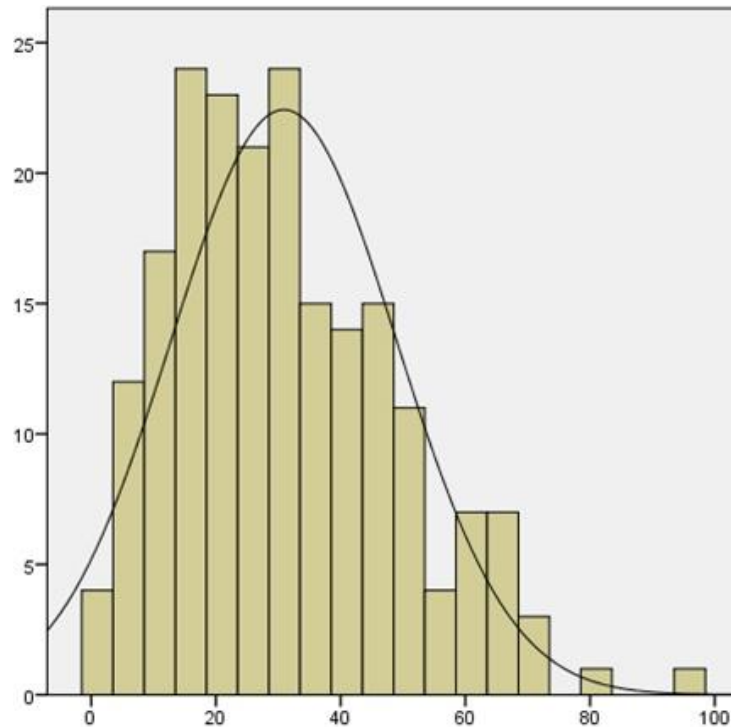
Депресивност

Слика 3.4



Анксиозност

Слика 3.5



### *Изгарање*

## 8.3 Резултати истраживања према постављеним хипотезама

Истраживање је спроведено на узорку који се са састојао од студената (медицине и психологије), лекара и психолога. Упитник који је коришћен за лекаре и психологе је био обимнији и садржао је скале које су биле везане за радни статус (нпр. задовољство послом, извори стреса на послу). Због овога, резултати истраживања према постављеним хипотезама биће приказани за цео узорак (обухватаће варијабле које су коришћене за све испитанике) и само за лекаре и психологе.

### *Хипотеза број 1*

*Постоји повезаност између темперамента (депресивни, циклотимични, хипертимични, иритабилни и анксиозни) и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање,*

хронична болест, ризично здравствено понашање) код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије). Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов  $r$  коефицијент корелације) и поступком регресионе анализе.

### Хипотеза број 1 - запослени

Вежа између темперамента и позитивних и негативних исхода код лекара и психолога истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 9.

Табела 9. Корелације између темперамента и позитивних и негативних исхода код лекара и психолога

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Тм.-Депресивни	-											
2. Тм. Циклотомични	,427**	-										
3. Тм.Хипертимични	-,103	-,089	-									
4. Тм.-Иратибилни	,332**	,300**	,063	-								
5. Тм.-Анксиозни	,409**	,397**	-,093	,176*	-							
6. Задовољ. жив.	-,340**	-,324**	,280**	-,164*	-,216**	-						
7. Задовољ. пос.	-,212**	-,213**	,080	-,180**	-,210**	,384**	-					
8. Депресивност	,485**	,404**	-,240**	,254**	,394**	-,582**	-,377**	-				
9. Анксиозност	,501**	,443**	-,179*	,217**	,524**	-,469**	-,346**	,728**	-			
10. Изгарање	,361**	,390**	-,191**	,220**	,377**	-,360**	-,475**	,443**	,571**	-		
11. Хронична болест	,147*	,053	-,137	,102	,168*	-,141*	-,249**	,270**	,302**	,238**	-	
12. Риз. з. понаш.	,058	,122	,004	,074	-,002	-,169*	-,075	,131	,076	,090	-,025	-

Напомена: Тм. – темперамент. \*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 9, између црта темперамента и позитивних исхода (задовољство животом и задовољство послом) добијене су статистички значајне корелације. Једино није постојала значајна корелација између хипертимичног темперамента и задовољства послом ( $r = ,080$ ).

Такође, између црта темперамента и негативних исхода (депресивност, анксиозност и изгарање) добијене су статистички значајне корелације. Међутим када је у питању повезаност темперамента са заступљеношћу хроничних обољења могу се уочити само две значајне корелације (са депресивним и анксиозним темпераментом) које спадају у ред ниских корелација. Нису



постојале значајне корелације између црта темперамента и ризичног здравственог понашања.

Како би се прецизније ипитао однос између предикторских и зависних варијабли спроведене су шест стандардне вишеструке регресионе анализе и једна логистичка регресиона анализа:

- Зависна варијабла у првој стандардној регресионој анализи је била „задовољство животом“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у другој стандардној регресионој анализи је била „задовољство послом“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у трећој стандардној регресионој анализи је била „депресивност“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у четвртој стандардној регресионој анализи је била „анксиозност“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у петој стандардној регресионој анализи је била „изгарање“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у шестој стандардној регресионој анализи је била „ризично здравствено понашање“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у седмој логистичкој регресионој анализи је била „хронична болест“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.

Резултати регресионих анализе су дати у табелама 10, 11, 12 и 13.

Табела 10. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле задовољство животом и задовољство послом код лекара и психолога

Предиктори	Задовољство животом			Задовољство послом		
	$R^2$	$F$	$\beta$	$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.21	10.65***		.09	3.69**	
1. Тм.-Депресивни			-.21**			-.08
2. Тм.-Циклотомични			-.19**			-.10
3. Тм.-Хипертимични			.24***			.06
4. Тм.-Иратибилни			-.05			-.11
5. Тм.-Анксиозни			-.03			-.11

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 11. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле депресивност и анксиозност код лекара и психолога

Предиктори	Депресивност				Анксиозност		
	$R^2$	$F$	$\beta$		$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.35	20.80***			.41	27.56***	
1. Тм.-Депресивни			.29***				.27***
2. Тм.-Циклотомични			.17*				.18**
3. Тм.-Хипертимични			-.18**				-.11
4. Тм.-Иратибилни			.09				.02
5. Тм.-Анксиозни			.18**				.33***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 12. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле изгарање и ризично здравствено понашање код лекара и психолога

Предиктори	Изгарање				Ризично здравствено понашање		
	$R^2$	$F$	$\beta$		$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.25	13.65***			.02	0.81	
1. Тм.-Депресивни			.15*				.02
2. Тм.-Циклотомични			.21**				.13
3. Тм.-Хипертимични			-.14*				.01
4. Тм.-Иратибилни			.08				.04
5. Тм.-Анксиозни			.21**				-.07

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 13. Логистичка регресиона анализа за зависну варијаблу хронична болест код лекара и психолога

Предиктори	Хронична болест		
	$R^2$	B	Exp(B)
	Cox&Snell-Nagelkerke		
<b>Темперамент</b>	.052-.084		
1. Тм.-Депресивни		.142	1,152
2. Тм.-Циклотомични		-.122	.885
3. Тм.-Хипертимични		-.166	.847
4. Тм.-Иратибилни		.155	1,168
5. Тм.-Анксиозни		.186	1,204

У првој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 21% варијансе задовољства животом. У моделу највећи јединствени допринос даје хипертимични темперамент ( $\beta = ,24, p < ,001$ ), статистички значајан допринос дају још и депресивни ( $\beta = -,21, p < ,01$ ) и циклотомични ( $\beta = -,19, p < ,01$ ) темперамент.

У другој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 9% варијансе задовољства послом. У моделу ниједна варијабла није дала статистички значајан допринос.

У трећој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 35% варијансе депресивности. У моделу највећи јединствени допринос даје депресивни темперамент ( $\beta = ,29, p < ,001$ ), статистички значајан допринос дају још и хипертимични ( $\beta = -,18, p < ,01$ ), анксиозни ( $\beta = ,18, p < ,01$ ) и циклотомични ( $\beta = ,17, p < ,05$ ) темперамент.

У четвртој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 41% варијансе анксиозности. У моделу највећи јединствени допринос даје анксиозни темперамент ( $\beta = ,33, p < ,001$ ), статистички значајан допринос дају још и депресивни ( $\beta = ,27, p < ,001$ ) и циклотомични ( $\beta = ,18, p < ,01$ ) темперамент.

У петој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 25% варијансе изгарања. У моделу највећи јединствени допринос дају циклотомични ( $\beta = ,21, p < ,01$ ) и анксиозни темперамент ( $\beta = ,21, p < ,01$ ), статистички значајан допринос дају још и депресивни ( $\beta = ,15, p < ,05$ ) и хипертимични ( $\beta = -,19, p < ,05$ ) темперамент.

У шестој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 2% варијансе ризичног здравственог понашања. У моделу ниједна варијабла није дала статистички значајан допринос.

У седмој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 5,2% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 8,4% ( $R^2$  Негелкеркеа) варијансе хроничне болести. У моделу ниједна варијабла није дала статистички значајан допринос.

### Хипотеза број 1 – цео узорак

Веза између темперамента и позитивних и негативних исхода на целом узорку (лекари, психолози, студенти) истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 14.

Табела 14. Корелације између темперамента и позитивних и негативних исхода на целом узорку

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Тм.-Депресивни	-									
2. Тм.-Циклотомични	,513**	-								
3. Тм.-Хипертимични	-,145**	-,082	-							
4. Тм.-Иратибилни	,269**	,306**	,127**	-						
5. Тм.-Анксиозни	,446**	,427**	-,081	,137**	-					
6. Задовољ. жив.	-,366**	-,316**	,270**	-,146**	-,232**	-				
7. Депресивност	,509**	,438**	-,201**	,239**	,401**	-,517**	-			
8. Анксиозност	,459**	,528**	-,141**	,200**	,522**	-,406**	,643**	-		
9. Хронична болест	,025	-,058	-,113*	,028	,072	-,112*	,123*	,151**	-	
10. Риз. з. понаш.	,098*	,153**	-,002	,210**	-,022	-,166**	,137**	,073	,022	-

Напомена: Тм. – темперамент. \*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 14, између црта темперамента и позитивних исхода (задовољство животом) добијене су статистички значајне корелације. Такође, између црта темперамента и негативних исхода (депресивност и анксиозност) добијене су статистички значајне корелације. Међутим када је у питању повезаност темперамента са заступљеношћу хроничних обољења може се једино уочити значајна корелација са хипертимичним темпераментом. Када је у питању ризично здравствено понашања постојале су значајне корелације са депресивним, циклотомичним и анксиозним темпераментом.

Како би се прецизније ипитао однос између предикторских и зависних варијабли спроведене су четири стандардне вишеструке регресионе анализе и једна логистичка регресиона анализа:

- Зависна варијабла у првој стандардној регресионој анализи је била „задовољство животом“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у другој стандардној регресионој анализи је била „депресивност“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.

- Зависна варијабла у трећој стандардној регресионој анализи је била „анксиозност“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у четвртој стандардној регресионој анализи је била „ризично здравствено понашање“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.
- Зависна варијабла у петој логистичкој регресионој анализи је била „хронична болест“, а као независне варијабле унете су црте темперамента.

Резултати регресионих анализе су дати у табелама 15, 16, 17 и 18.

Табела 15. Стандардна регресиона анализа за зависну варијаблу задовољство животом на целом узорку

Предиктори	Задовољство животом		
	$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.21	22.22***	
1. Тм.-Депресивни			-.22***
2. Тм.-Циклотомични			-.15**
3. Тм.-Хипертимични			.23***
4. Тм.-Иратибилни			-.06
5. Тм.-Анксиозни			-.04

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 16. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле депресивност и анксиозност на целом узорку

Предиктори	Депресивност			Анксиозност		
	$R^2$	$F$	$\beta$	$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.35	44.70***		.41	58.11***	
1. Тм.-Депресивни			.30***			.14**
2. Тм.-Циклотомични			.17***			.30***
3. Тм.-Хипертимични			-.14**			-.07
4. Тм.-Иратибилни			.10			.03
5. Тм.-Анксиозни			.18***			.32***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 17. Стандардна регресиона анализа за зависну варијаблу ризично здравствено понашање на целом узорку

Предиктори	Ризично здравствено понашање		
	$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Темперамент</b>	.06	5.74***	
1. Тм.-Депресивни			.03
2. Тм.-Циклотомични			.13*
3. Тм.-Хипертимични			-.02
4. Тм.-Иратибилни			.18***
5. Тм.-Анксиозни			-.12*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 18. Логистичка регресиона анализа за зависну варијаблу хронична болест на целом узорку

Предиктори	Хронична болест		
	$R^2$ Cox&Snell-Nagelkerke	B	Exp(B)
<b>Темперамент</b>	.031-.063		
1. Тм.-Депресивни		.016	1,017
2. Тм.-Циклотомични		-.255*	.775
3. Тм.-Хипертимични		-.202*	.817
4. Тм.-Иратибилни		.168	1,183
5. Тм.-Анксиозни		.185*	1,204

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

У првој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 21% варијансе задовољства животом. У моделу највећи јединствени допринос даје хипертимични темпарамент ( $\beta = .23$ ,  $p < .001$ ), статистички значајан допринос дају још и депресивни ( $\beta = -.22$ ,  $p < .001$ ) и циклотомични темпарамент ( $\beta = -.15$ ,  $p < .01$ ).

У другој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 35% варијансе депресивности. У моделу највећи јединствени допринос даје депресивни темпарамент ( $\beta = .30$ ,  $p < .001$ ), статистички значајан допринос дају још и анксиозни ( $\beta = .18$ ,  $p < .001$ ), циклотомични ( $\beta = .17$ ,  $p < .001$ ) и хипертимични ( $\beta = -.14$ ,  $p < .01$ ) темпарамент.

У трећој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 41% варијансе анксиозности. У моделу највећи јединствени допринос даје анксиозни

темперамент ( $\beta = ,32, p < ,001$ ), статистички значајан допринос дају још и циклотомични ( $\beta = ,30, p < ,001$ ) и депресивни ( $\beta = ,14, p < ,01$ ) темперамент.

У четвртој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 6% варијансе ризичног здравственог понашања. У моделу највећи јединствени допринос даје иротибилни темперамент ( $\beta = ,18, p < ,001$ ), статистички значајан допринос дају још и циклотомични ( $\beta = ,13, p < ,05$ ) и анксиозни ( $\beta = -,14, p < ,05$ ) темперамент.

У петој регресионој анализи црте темперамента објасниле су 3,1% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 6,3% ( $R^2$  Негелкеркеа) варијансе хроничне болести. У моделу највећи јединствени допринос даје циклотомични темперамент ( $B = -,255, p < ,05$ ), статистички значајан допринос дају још и хипертимични ( $B = -,202, p < ,05$ ) и анксиозни ( $\beta = ,185, p < ,05$ ) темперамент.

## **Хипотеза 2**

*Постоји разлика у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије) у односу на социодемографске варијабле (пол, образовање, материјални статус, брачни статус, специфичност радног места, промена радног места).*

Ова хипотеза тестирана је t-тестом, хи-квадрат тестом и једнофакторском анализом варијансе (ANOVA).

## **Хипотеза 2 – запослени**

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, ризично здравствено понашање) менталног здравља код мушкараца и жена испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 19.

Табела 19. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код мушкараца и жена

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	Муш.	Жене	Муш.	Жене			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	26,77	26,10	4,83	5,54	,792	201	,429
Задовољством послом	109,88	111,59	26,86	27,82	-,397	201	,692
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	2,77	4,74	3,20	5,55	-2,505	201	<b>,013</b>
Анксиозност	29,54	31,06	6,74	7,48	-1,334	201	,184
Изгарање	31,39	30,69	17,15	18,44	,248	201	,804
Ризично здравствено понашање	2,55	2,35	,66	,53	2,279	201	<b>,024</b>

Значајне разлике између испитаника мушког и женског пола добијене су у изражености депресивности и ризичног здравственог понашања; више скорове на мери депресивности имале су жене, док су мушкарци имали више скорове на мери ризичног здравственог понашања.

Разлика у изражености хроничне болести код мушкараца и жена испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести код мушкараца и жена нису статистички значајне  $\chi^2(1, 203) = ,482, p = ,488$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, ризично здравствено понашање) менталног здравља код испитаника који су у вези и оних који нису испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 20.



Табела 20. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код испитаника који су у вези и оних који нису

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	У вези	Није у вези	У вези	Није у вези			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	26,70	24,54	4,82	6,97	2,293	201	<b>,023</b>
Задовољством послом	111,72	108,59	26,64	31,14	,638	201	,524
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	4,01	5,00	4,42	7,26	-1,098	201	,273
Анксиозност	30,53	31,10	6,56	9,91	-,439	201	,661
Изгарање	30,80	31,21	17,24	21,38	-,124	201	,901
Ризично здравствено понашање	2,38	2,51	,54	,72	-1,292	201	,198

Значајне разлике између испитаника који су у вези и оних који нису добијене су једино по питању задовољства животом; више скорове на мери задовољства животом имали су испитаници који су у вези.

Разлика у изражености хроничне болести код испитаника који су у вези и оних који нису испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести, код испитаника који су у вези и оних који нису, нису статистички значајне  $\chi^2 (1, 203) = 3,284, p = ,070$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, ризично здравствено понашање) менталног здравља код психолога и лекара испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 21.

Табела 21. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код психолога и лекара

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	Псих.	Лекар	Псих.	Лекар			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	25,73	26,87	5,79	4,99	-1,966	201	,051
Задовољством послом	110,34	111,61	26,89	27,98	-,320	201	,749
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	5,10	3,62	6,15	4,19	2,039	201	<b>,043</b>
Анксиозност	31,19	30,29	8,61	6,33	,856	201	,393
Изгарање	31,85	30,27	17,45	18,44	,608	201	,544
Ризично здравствено понашање	2,49	2,35	,61	,54	1,596	201	,112

Значајне разлике између психолога и лекара испитаника добијене су једино у изражености депресивности; више скорове на мери депресивности имали су психолози.

Разлика у изражености хроничне болести код психолога и лекара испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести код психолога и лекара нису статистички значајне  $\chi^2(1, 203) = ,957, p = ,328$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, ризично здравствено понашање) менталног здравља код испитаника који су мењали радно место и оних који нису испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 22.

Табела 22. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код испитаника који су мењали радно место

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	Да	Не	Да	Не			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	26,28	26,14	4,97	5,63	,180	201	,858
Задовољством послом	110,15	111,10	28,46	27,06	-,235	201	,814
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	4,21	4,27	5,01	5,21	-,073	201	,942
Анксиозност	30,81	30,72	7,19	7,45	,091	201	,928
Изгарање	30,21	31,98	16,61	18,82	-,671	201	,503
Ризично здравствено понашање	2,47	2,37	,60	,56	1,154	201	,250

T-тест је показао да нису постојале значајне разлике између испитаника који мењали радно место и оних који нису.

Разлика у изражености хроничне болести код испитаника који су мењали радно место и оних који нису испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести, код испитаника који су мењали радно место и оних који нису, нису статистички значајне  $\chi^2(1, 203) = ,614, p = ,433$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, ризично здравствено понашање) менталног здравља код испитаника са ниским средњим и високим материјалним стањем испитане су помоћу једнофакторске анализе варијансе. Како би се утврдило између којих категорија материјалног статуса су разлике значајне спроведен је накнадни Шефе (Scheffe) тест; значајност разлика између група приказана је помоћу експонената на аритметичким срединама.

Резултати су приказани у табели 23.

Табела 23. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем

	Материјално стање			
	Ниско	Средње	Високо	F
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>				
Задовољство животом	23,11 <sup>a</sup>	25,31 <sup>ab</sup>	29,35 <sup>c</sup>	14,501 <sup>***</sup>
Задовољством послом	94,55 <sup>a</sup>	110,19 <sup>a</sup>	116,28 <sup>a</sup>	2,706
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>				
Депресивност	6,11 <sup>a</sup>	4,51 <sup>a</sup>	3,06 <sup>a</sup>	2,302
Анксиозност	31,11 <sup>a</sup>	31,10 <sup>a</sup>	29,37 <sup>a</sup>	1,115
Изгарање	31,67 <sup>a</sup>	32,21 <sup>a</sup>	27,30 <sup>a</sup>	1,462
Ризично здравствено понашање	2,78 <sup>a</sup>	2,42 <sup>a</sup>	2,31 <sup>a</sup>	2,618

Средње вредност са различитим експонентом (а, b и c) у редовима се значајно разликују; <sup>\*\*\*</sup> p < .001.

Значајне разлике између испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем добијене су једино по питању задовољства животом;

испитаници са високим материјалним стањем имали су више скорове у односу на испитанике са средњим и ниским материјалним стањем.

Разлика у изражености хроничне болести код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности показао је да разлике у заступљености хроничне болести код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем нису статистички значајне  $\chi^2 (1, 203) = ,136, p = ,934$ .

### Хипотеза 2 – цео узорак

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, ризично здравствено понашање) менталног здравља код мушкараца и жена испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 24.

Табела 24. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код мушкараца и жена

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	Муш.	Жене	Муш.	Жене			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	26,89	26,22	5,19	5,51	1,159	425	,247
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	3,98	5,24	5,31	5,62	-2,131	425	<b>,034</b>
Анксиозност	30,42	32,97	6,67	7,69	-3,211	425	<b>,001</b>
Ризично здравствено понашање	2,59	2,37	,68	,57	3,385	425	<b>,001</b>

Значајне разлике између испитаника мушког и женског пола добијене су у изражености депресивности, анксиозности и ризичног здравственог понашања; више скорове на мери депресивности и анксиозности имале су жене, док су мушкарци имали више скорове на мери ризичног здравственог понашања.

Разлика у изражености хроничне болести код мушкараца и жена испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести код мушкараца и жена нису статистички значајне  $\chi^2 (1, 427) = ,286, p = ,593$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, ризично здравствено понашање) менталног здравља код испитаника који су у вези и оних који нису испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 25.

Табела 25. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код испитаника који су у вези и оних који нису

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	У вези	Није у вези	У вези	Није у вези			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	26,93	25,53	4,99	6,01	2,577	425	<b>,010</b>
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	4,52	5,51	5,23	6,04	-1,789	425	,074
Анксиозност	32,08	32,49	7,26	7,89	-,542	425	,588
Ризично здравствено понашање	2,40	2,50	,58	,66	-1,579	425	,115

Значајне разлике између испитаника који су у вези и оних који нису добијене су једино по питању задовољства животом; више скорове на мери задовољства животом имали су испитаници који су у вези.

Разлика у изражености хроничне болести код испитаника који су у вези и оних који нису испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести, код испитаника који су у вези и оних који нису, нису статистички значајне  $\chi^2 (1, 427) = 0,095$ ,  $p = ,758$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, ризично здравствено понашање) менталног здравља код психолога и лекара испитане су помоћу t-теста.

Резултати су приказани у табели 26.

Табела 26. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код психолога и лекара

	Арит. средина		С. девијација		t	df	p
	Псих.	Лекар	Псих.	Лекар			
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>							
Задовољство животом	25,61	27,10	5,62	5,12	-2,857	425	<b>,004</b>
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>							
Депресивност	5,50	4,35	6,12	4,97	2,133	425	<b>,033</b>
Анксиозност	33,26	31,36	8,32	6,60	2,633	425	<b>,009</b>
Ризично здравствено понашање	2,52	2,37	,64	,57	2,571	425	<b>,010</b>

Значајне разлике између психолога и лекара испитаника добијене су у свим испитаним исходима менталног здравља; више скорове на мери депресивности, анксиозности и ризичног здравственог понашања имали су психолози., док су лекари имали више скорове на мери задовољства животом.

Разлика у изражености хроничне болести код психолога и лекара испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности (уз корекцију непрекидности према Јејтсу) показао је да разлике у заступљености хроничне болести код психолога и лекара нису статистички значајне  $\chi^2 (1, 203) = 1,815, p = ,178$ .

Разлике у изражености позитивних (задовољство животом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, ризично здравствено понашање) менталног здравља код испитаника са ниским средњим и високим материјалним стањем испитане су помоћу једнофакторске анализе варијансе. Како би се утврдило између којих категорија материјалног статуса су разлике значајне спроведен је накнадни Шефе (Scheffe) тест; значајност разлика између група приказана је помоћу експонената на аритметичким срединама.

Резултати су приказани у табели 27.

Табела 27. Поређење позитивних и негативних исхода менталног здравља код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем

	Материјално стање			F
	Ниско	Средње	Високо	
<i>Позитивни исходи менталног здравља</i>				
Задовољство животом	22,85 <sup>a</sup>	25,99 <sup>b</sup>	29,54 <sup>c</sup>	24,157 <sup>***</sup>
<i>Негативни исходи менталног здравља</i>				
Депресивност	7,50 <sup>a</sup>	4,79 <sup>b</sup>	4,11 <sup>bc</sup>	4,675 <sup>**</sup>
Анксиозност	36,29 <sup>a</sup>	32,30 <sup>b</sup>	30,27 <sup>bc</sup>	8,035 <sup>***</sup>
Ризично здравствено понашање	2,62 <sup>a</sup>	2,45 <sup>a</sup>	2,33 <sup>a</sup>	2,743

Средње вредност са различитим експонентом (а, b и c) у редовима се значајно разликују; <sup>\*\*\*</sup> p < .001; <sup>\*\*</sup> p < .01.

Значајне разлике између испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем добијене су по питању задовољства животом, депресивности и анксиозности.

Испитаници бољег материјалног статуса имају више скорове на мери задовољства животом; разлике су значајне како између група са ниским и средњим, ниским и високим, тако и између група са средњим и високим материјалним стањем.

Испитаници лошијег материјалног статуса имају више скорове на мерама депресивности и анксиозности; разлике су значајне како између група са ниским и средњим, тако и између група са ниским и високим.

Разлика у изражености хроничне болести код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем испитана је помоћу хи-квадрат теста.

Хи-квадрат тест независности показао је да разлике у заступљености хроничне болести код испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем нису статистички значајне  $\chi^2(1, 427) = 2,137, p = ,343$ .

### Хипотеза 3

*Постоји повезаност између позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије) у односу на социодемографске варијабле (године живота, број*

деце, година образовања, године радног стажа, број година радног стажа на том месту, индекс телесне масе).

Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов  $r$  коефицијент корелације)

### Хипотеза 3 - Запослени

Веза између социодемографских варијабли и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 28.

Табела 28. Корелације између демографских варијабли и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Године	-												
2. Број деце	.538**	-											
3. Год. образовања	.457**	.322**	-										
4. Радни стаж	.947**	.512**	.473**	-									
5. Радни с. место	.823**	.453**	.450**	.868**	-								
6. Индекс т. масе	.088	.022	.000	.085	.110	-							
7. Задовољ. жив.	.044	.246**	.138*	.042	.016	.018	-						
8. Задовољ. пос.	-.114	.047	-.004	-.159*	-.142*	-.056	.384**	-					
9. Депресивност	.159*	.027	-.045	.193**	.207**	-.009	-.582**	-.377**	-				
10. Анксиозност	.160*	.011	-.001	.193**	.159*	.049	-.469**	-.346**	.728**	-			
11. Изгарање	.061	-.094	.044	.084	.098	.091	-.360**	-.475**	.443**	.571**	-		
12. Хронична бол.	.352**	.016	.198**	.357**	.285**	.028	-.141*	-.249**	.270**	.302**	.238**	-	
13. Риз. з. понаш.	-.049	-.012	-.035	-.055	-.092	.116	-.169*	-.075	.131	.076	.090	.025	-

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 28, године живота су статистички значајно корелирале са депресивношћу, анксиозношћу и присуством хроничне болести. Број деце значајно је корелирао са задовољством животом. Године образовања су значајно корелирале једино са задовољством животом и хроничном болешћу. Радни стаж и радни стаж на том месту значајно су негативно корелирали са задовољством послом, а позитивно са депресивношћу, анксиозношћу и присуством хроничне болести. Индекс телесне масе није



показао значајну повезаност ни са негативним ни позитивним исходима менталног здравља.

### Хипотеза 3 – цео узорак

Веза између социодемографских варијабли и позитивних и негативних исхода на целом узорку (лекари, психолози, студенти) истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 29.

Табела 29. Корелације између демографских варијабли и позитивних и негативних исхода менталног здравља на целом узорку

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Године	-							
2. Год. образовања	.788**	-						
3. Индекс т. масе	.120*	.084	-					
4. Задовољ. жив.	-.017	.044	.006	-				
5. Депресивност	-.032	-.108*	-.041	-.517**	-			
6. Анксиозност	-.103*	-.161**	-.044	-.406**	.643**	-		
7. Хронична бол.	.395**	.321**	.028	-.113*	.132**	.153**	-	
8. Риз. з. понаш.	-.051	-.044	.077	-.166**	.137**	.073	-.023	-

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 29, године живота су статистички значајно корелирале са анксиозношћу (негативна корелација) и присуством хроничне болести (позитивна корелација). Године образовања су значајно негативно корелирале са депресивношћу и анксиозношћу, а позитивно са присуством хроничне болести. Индекс телесне масе није значајно корелирао ни са једним исходом менталног здравља.

### Хипотеза број 4

Постоји повезаност између социјалне подршке и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов  $r$  коефицијент корелације).

#### ***Хипотеза број 4 - запослени***

Веза између социјалне подршке и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 30.

*Табела 30. Корелације између социјалне подршке и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога*

Варијабле	Задовољ. животом	Задовољ. послом	Депресивн.	Анксиозн.	Изгарање	Хронична болест	Ризично з. понашање
Соц. подршка	.250**	.392**	-.285**	-.384**	-.390**	-.191**	.048

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 30, између социјалне подршке и позитивних исхода менталног здравља (задовољство животом и задовољство послом) добијене су статистички значајне позитивне корелације.

Између социјалне подршке и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност, изгарање и хронична болест) добијене су статистички значајне негативне корелације. Једино није постојала значајна корелација између социјалне подршке и ризичног здравственог понашања.

#### ***Хипотеза број 4 – цео узорак***

Веза између социјалне подршке и позитивних и негативних исхода на целом узорку (лекари, психолози, студенти) истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 31.

*Табела 31. Корелације између социјалне подршке и позитивних и негативних исхода менталног здравља на целом узорку*

Варијабле	Задовољство животом	Депресивност	Анксиозност	Хронична болест	Ризично з. понашање
Социјална подршка	.299**	-.334**	-.388**	-.098*	.061

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 31, између социјалне подршке и позитивног исхода менталног здравља (задовољство животом) добијена је статистички значајна позитивна корелација.

Између социјалне подршке и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност и хронична болест) добијене су статистички значајне негативне корелације. Једино није постојала значајна корелација између социјалне подршке и ризичног здравственог понашања.

### ***Хипотеза број 5***

*Постоји повезаност између задовољства породицом и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).*

Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов  $r$  коефицијент корелације)

### ***Хипотеза број 5 - запослени***

Веза између задовољства породицом и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 32.

*Табела 32. Корелације између задовољства породицом и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога*

Варијабле	Задовољ. животом	Задовољ. послом	Депресивн.	Анксиозн.	Изгарање	Хронична болест	Ризично з. понашање
Задов. пород.	.564**	.322**	-.465**	-.336**	-.348**	-.026	-.103

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 32, између задовољства породицом и позитивних исхода менталног здравља (задовољство животом и задовољство послом) добијене су статистички значајне позитивне корелације.

Између задовољства породицом и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност и изгарање) добијене су статистички значајне

негативне корелације. Нису постојале значајне корелације између задовољства породицом, присуства хроничне болести и ризичног здравственог понашања.

### ***Хипотеза број 5 – цео узорак***

Веза између задовољства породицом и позитивних и негативних исхода на целом узорку (лекари, психолози, студенти) истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 33.

*Табела 33. Корелације између задовољства породицом и позитивних и негативних исхода менталног здравља на целом узорку*

Варијабле	Задовољство животом	Депресивност	Анксиозност	Хронична болест	Ризично з. понашање
Задов. пород.	.568**	-.430**	-.360**	-.026	-.141**

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 33, између задовољства породицом и позитивног исхода менталног здравља (задовољство животом) добијена је статистички значајна позитивна корелација.

Између задовољства породицом и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност и ризично здравствено понашање) добијене су статистички значајне негативне корелације. Једино није постојала значајна корелација између задовољства породицом и присуства хроничне болести.

### ***Хипотеза број 6***

*Постоји повезаност извора стреса на послу и позитивних (задовољство животом, задовољство послом) и негативних исхода (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код лекара и психолога.*

Ова хипотеза тестирана је израчунавањем линеарних корелација (Пирсонов  $r$  коефицијент корелације) и поступком регресионе анализе.

Веза између извора стреса на послу и позитивних и негативних исхода код лекара и психолога истражена је помоћу коефицијента Пирсонове линеарне корелације. Резултати су приказани у табели 34.

Табела 34. Корелације између извора стреса на послу и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара и психолога

Варијабле	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Захтеви посла	-													
2. Контрола	.150*	-												
3. Подршка руков.	.267**	.396**	-											
4. Подршка колега	.303**	.249**	.582**	-										
5. Радна атмосф.	.287**	.210**	.710**	.724**	-									
6. Радна улога	.389**	.374**	.575**	.387**	.558**	-								
7. Промена	.305**	.489**	.675**	.446**	.552**	.611**	-							
8. Задовољ. жив.	-.210**	-.308**	-.244**	-.252**	-.176*	-.253**	-.342**	-						
9. Задовољ. пос.	-.309**	-.360**	-.712**	-.528**	-.640**	-.479**	-.650**	.384**	-					
10. Депресивност	.256**	.163*	.317**	.228**	.258**	.274**	.318**	-.582**	-.377**	-				
11. Анксиозност	.334**	.133	.317**	.250**	.267**	.317**	.383**	-.469**	-.346**	.728**	-			
12. Изгарање	.430**	.273**	.457**	.391**	.503**	.558**	.492**	-.360**	-.475**	.443**	.571**	-		
13. Хронична бол.	.135	.075	.216**	.156*	.177*	.153*	.190**	-.141*	-.249**	.270**	.302**	.238**	-	
14. Риз. з. понаш.	.049	.002	.074	-.059	.014	.122	-.009	-.169*	-.075	.131	.076	.090	.025	-

\*\* $p < .01$ . \* $p < .05$ .

Као што се може видети у табели 34, између различитих извора стреса на послу и позитивних исхода (задовољство животом и задовољство послом) менталног здравља добијене су статистички значајне негативне корелације.

Такође, између различитих извора стреса на послу и негативних исхода (депресивност, анксиозност, изгарање и хроничне) добијене су статистички значајне позитивне корелације (изузев контроле и анксиозности, као и захтева посла, контроле и хроничне болести). Међутим када је у питању повезаност различитих облика извора стреса на послу и ризичног здравственог понашања може се уочити да није било значајних корелација.

Како би се прецизније ипитао однос између предикторских и зависних варијабли спроведене су шест стандардне вишеструке регресионе анализе и једна логистичка регресиона анализа:

- Зависна варијабла у првој стандардној регресионој анализи је била „задовољство животом“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.

- Зависна варијабла у другој стандардној регресионој анализи је била „задовољство послом“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.
- Зависна варијабла у трећој стандардној регресионој анализи је била „депресивност“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.
- Зависна варијабла у четвртој стандардној регресионој анализи је била „анксиозност“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.
- Зависна варијабла у петој стандардној регресионој анализи је била „изгарање“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.
- Зависна варијабла у шестој стандардној регресионој анализи је била „ризично здравствено понашање“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.
- Зависна варијабла у седмој логистичкој регресионој анализи је била „хронична болест“, а као независне варијабле унети су различити извори стреса на послу.

Резултати регресионих анализе су дати у табелама 35, 36, 37 и 38.

Табела 35. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле задовољство животом и задовољство послом код лекара и психолога

Предиктори	Задовољство животом				Задовољство послом		
	$R^2$	$F$	$\beta$		$R^2$	$F$	$\beta$
<b>Извори стреса на послу</b>	.18	5.84***			.61	41.96***	
1. Захтеви посла			-.09				-.07
2. Контрола			-.16*				-.04
3. Подршка руков.			.02				-.36***
4. Подршка колега			-.19*				-.04
5. Радна атмосф.			.15				-.21**
6. Радна улога			-.06				.04
7. Промена			-.22*				-.27***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 36. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле депресивност и анксиозност код лекара и психолога

Предиктори	Депресивност				Анксиозност		
	R <sup>2</sup>	F	β		R <sup>2</sup>	F	β
<b>Извори стреса на послу</b>	.15	4.66***			.21	7.46***	
1. Захтеви посла			.15*				.21**
2. Контрола			-.01				-.10
3. Подршка руков.			.14				.08
4. Подршка колега			.04				.06
5. Радна атмосф.			-.03				-.08
6. Радна улога			.03				.08
7. Промена			.14				-.28**

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.

Табела 37. Стандардна регресиона анализа за зависне варијабле изгарање и ризично здравствено понашање код лекара и психолога

Предиктори	Изгарање				Ризично здравствено понашање		
	R <sup>2</sup>	F	β		R <sup>2</sup>	F	β
<b>Извори стреса на послу</b>	.43	20.40***			.05	1.57	
1. Захтеви посла			.22**				.03
2. Контрола			.05				-.02
3. Подршка руков.			-.01				.18
4. Подршка колега			-.01				-.17
5. Радна атмосф.			.24**				-.01
6. Радна улога			.25***				.20*
7. Промена			.13				-.16

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.

Табела 38. Логистичка регресиона анализа за зависну варијаблу хронична болест код лекара и психолога

Предиктори	Хронична болест		
	R <sup>2</sup>	B	Exp(B)
	Cox&Snell-Nagelkerke		
<b>Извори стреса на послу</b>	.056-.090		
1. Захтеви посла		.046	1,047
2. Контрола		-.030	,971
3. Подршка руков.		.058	1,060
4. Подршка колега		.026	1,027
5. Радна атмосф.		-.014	,986
6. Радна улога		.013	1,013
7. Промена		.48	1,049

У првој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 18% варијансе задовољства животом. У моделу највећи јединствени допринос даје варијабла промена ( $\beta = -.22, p < .05$ ), статистички значајан допринос дају још и подршка колега ( $\beta = -.19, p < .05$ ) и контрола ( $\beta = -.16, p < .05$ ).

У другој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 61% варијансе задовољства послом. У моделу највећи јединствени допринос даје подршка руководиоца ( $\beta = -.36, p < .001$ ), статистички значајан допринос дају још и релације и радна атмосфера ( $\beta = -.21, p < .01$ ) и промена ( $\beta = -.27, p < .001$ ).

У трећој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 15% варијансе депресивности. У моделу највећи јединствени допринос даје захтеви посла ( $\beta = .15, p < .05$ ).

У четвртој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 21% варијансе анксиозности. У моделу највећи јединствени допринос даје промена ( $\beta = -.28, p < .01$ ), статистички значајан допринос даје још и захтеви посла ( $\beta = .21, p < .01$ ).

У петој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 43% варијансе изгарања. У моделу највећи јединствени допринос даје радна улога ( $\beta = .25, p < .001$ ), статистички значајан допринос дају још и релације и радна атмосфера ( $\beta = .24, p < .01$ ) и захтеви посла ( $\beta = .22, p < .01$ ).

У шестој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 5% варијансе ризичног здравственог понашања. У моделу једино радна улога ( $\beta = .20, p < .05$ ) даје статистички значајан допринос.

У седмој регресионој анализи извори стреса на послу објаснили су 5,6% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 9% ( $R^2$  Негелкеркеа) варијансе хроничне болести. У моделу ниједна варијабла није дала статистички значајан допринос.

### ***Хипотеза број 7***

*На основу ресурса, тј. снага (персоналних, интерперсоналних и организацијских) могу се предвидети позитивни (задовољство животом, задовољство послом) и негативни исходи (депресија, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) менталног здравља код*



лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије).

Ова хипотеза тестирана је поступком регресионе анализе.

Како би се ипитао однос између предикторских и зависних варијабли спроведене су шест хијерархијске вишеструке регресионе анализе и једна логистичка регресиона анализа:

- Зависна варијабла у првој хијерархијској регресионој анализи је била „задовољство животом“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у другој хијерархијској регресионој анализи је била „задовољство послом“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у трећој хијерархијској регресионој анализи је била „депресивност“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у четвртој хијерархијској регресионој анализи је била „анксиозност“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у петој хијерархијској регресионој анализи је била „изгарање“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у шестој хијерархијској регресионој анализи је била „ризишно здравствено понашање“, а као независне варијабле унети су ресурси (у првом кораку персонални, у другом кораку интерперсонални и у трећем кораку организацијски).
- Зависна варијабла у седмој логистичкој регресионој анализи је била „хронична болест“, а као независне варијабле унети су ресурси (персонални, интерперсонални и организацијски).

Резултати регресионих анализа су дати у табелама 39, 40, 41 и 42.

Табела 39. Хијерархијска регресиона анализа за зависне варијабле задовољство животом и задовољство послом код лекара и психолога

Варијабле	Задовољство животом			Задовољство послом		
	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$
<b>Корак 1</b> <b>(персонални ресурси)</b>	.19	8.92***		.09	3.56**	
Тм.-Депресивни			-.14			-.10
Тм.-Циклотомични			-.23**			-.08
Тм.-Хипертимични			.24***			.06
Тм.-Иратибилни			-.02			-.11
Тм.-Анксиозни			-.01			-.12
<b>Корак 2</b> <b>(интерперсонални рес.)</b>	.19	16.21***		.15	8.15***	
Социјална подршка			.08			.30***
Задовољство породицом			.44***			.22**
<b>Корак 3</b> <b>(организацијски ресурси)</b>	.04	8.04***		.40	19.81***	
Захтеви посла			-.09			-.07
Контрола			-.08			-.08
Подршка руков.			.09			-.33***
Подршка колега			-.12			.03
Радна атмосф.			.16			-.18*
Радна улога			-.00			.01
Промена			-.14			-.23**
Године стажа			-.01			-.09
Радно место			.03			.01
Total R <sup>2</sup>	.42			.64		

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.

Табела 40. Хијерархијска регресиона анализа за зависне варијабле депресивност и анксиозност код лекара и психолога

Варијабле	Депресивност			Анксиозност		
	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$
<b>Корак 1</b> <i>(персонални ресурси)</i>	.32	17.54***		.38	23.50***	
Тм.-Депресивни			.23**			.20**
Тм.-Циклотомични			.22**			.24***
Тм.-Хипертимични			-.17**			-.08
Тм.-Иратибилни			.08			-.01
Тм.-Анксиозни			.17**			.33***
<b>Корак 2</b> <i>(интерперсонални рес.)</i>	.09	18.65***		.08	22.62***	
Социјална подршка			-.11			-.24***
Задовољство породицом			-.28***			-.12*
<b>Корак 3</b> <i>(организацијски ресурси)</i>	.07	10.40***		.07	12.41***	
Захтеви посла			.10			.14*
Контрола			.07			-.02
Подршка руков.			.10			.10
Подршка колега			-.07			-.05
Радна атмосф.			-.02			-.09
Радна улога			.05			.09
Промена			-.09			.02
Године стажа			.26***			.18**
Радно место			-.16**			-.12*
Total R <sup>2</sup>	.48			.53		

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.

Табела 41. Хијерархијска регресиона анализа за зависне варијабле изгарање и ризично здравствено понашање код лекара и психолога

Варијабле	Изгарање			Ризично здравствено понашање		
	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$
<b>Корак 1</b> <i>(персонални ресурси)</i>	.24	11.99***		.03	.98	
Тм.-Депресивни			.12			.02
Тм.-Циклотомични			.23**			.11
Тм.-Хипертимични			-.13*			-.02
Тм.-Иратибилни			.07			.07
Тм.-Анксиозни			.20**			-.03
<b>Корак 2</b> <i>(интерперсонални рес.)</i>	.09	13.48***		.02	1.33	
Социјална подршка			-.25***			.14
Задовољство породицом			-.17*			-.10
<b>Корак 3</b> <i>(организацијски ресурси)</i>	.21	13.16***		.04	1.10	
Захтеви посла			.19***			.06
Контрола			.04			.00
Подршка руков.			-.01			.12
Подршка колега			-.03			-.14
Радна атмосф.			.22***			.01
Радна улога			.25***			.18
Промена			-.01			-.14
Године стажа			.04			.02
Радно место			-.03			-.01
Total $R^2$	.54			.09		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

Табела 42. Логистичка регресиона анализа за зависну варијаблу хронична болест код лекара и психолога

Предиктори	Хронична болест		
	R <sup>2</sup> Cox&Snell-Nagelkerke	B	Exp(B)
<b>Корак 1</b> <b>(персонални ресурси)</b>	,044-,072		
Тм.-Депресивни		,155	1,168
Тм.-Циклотомични		-,178	,837
Тм.-Хипертимични		-,157	,854
Тм.-Ирабибилни		,174	1,190
Тм.-Анксиозни		,195*	1,215
<b>Корак 2</b> <b>(интерперсонални рес.)</b>	,070-,114		
Социјална подршка		-,072*	,930
Задовољство породицом		,024	1,025
<b>Корак 3</b> <b>(организацијски ресурси)</b>	,218-,354		
Захтеви посла		,013	1,013
Контрола		,101	1,107
Подршка руков.		,073	1,076
Подршка колега		,000	1,000
Радна атмосф.		-,044	,957
Радна улога		,166*	1,181
Промена		-,090	,914
Године стажа		,145***	1,156
Радно место		,057	1,059

У првој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 19% варијансе задовољства животом. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 38% укупне варијансе (додатних 19% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 42% укупне варијансе (додатних 4% варијансе). Статистички значајан допринос у моделу су дали циклотомични и хипертимични темперамент (у првом кораку) и задовољство породицом (у другом кораку).

У другој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 9% варијансе задовољства послом. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је

15% укупне варијансе (додатних 6% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 64% укупне варијансе (додатних 40% варијансе). Статистички значајан допринос у моделу су дали социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку) и подршка руководиоца, релације и радна атмосфера и промена (у трећем кораку).

У трећој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 32% варијансе депресивности. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 41% укупне варијансе (додатних 9% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 48% укупне варијансе (додатних 7% варијансе). Статистички значајан допринос у моделу су дали депресивни, циклотомични, хипертимични и анксозни темперамент (у првом кораку), задовољство породицом (у другом кораку), и године стажа и радно место (у трећем кораку).

У четвртој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 38% варијансе анксиозности. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 46% укупне варијансе (додатних 8% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 53% укупне варијансе (додатних 7% варијансе). Статистички значајан допринос у моделу су дали депресивни, циклотомични и анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку), и захтеви посла, године стажа и радно место (у трећем кораку).

У петој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 24% варијансе изгарања. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 33% укупне варијансе (додатних 9% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 54% укупне варијансе (додатних 21% варијансе). Статистички значајан допринос у моделу су дали циклотомични, хипертимични и анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку), и захтеви посла, подршка колега и релације и радна атмосфера (у трећем кораку).

У шестој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 3% варијансе ризичног здравственог понашања. Након

уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 5% укупне варијансе (додатних 2% варијансе). У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 9% укупне варијансе (додатних 4% варијансе). Ниједна варијабла у моделу није дала статистички значајан допринос.

У седмој регресионој анализи у првом кораку су унети персонални ресурси што је објаснило 4,4% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 7,2% ( $R^2$  Негелкеркеа) варијансе хроничне болести. Након уношења интерперсоналних ресурса у другом кораку моделом као целином објашњено је 7,0% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 11,4% ( $R^2$  Негелкеркеа) укупне варијансе. У трећем кораку су унети организацијски ресурси и моделом као целином објашњено је 21,8% ( $R^2$  Кокса и Снела) и 35,4% ( $R^2$  Негелкеркеа) укупне варијансе. Статистички значајан допринос у моделу су дали анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка (у другом кораку), и радна улога и године радног стажа (у трећем кораку).

## 9. ДИСКУСИЈА

Да би смо одговорили на постављене хипотезе и операционализовали варијабле у нашем истраживању било је потребно да се провери поузданост инструмената које смо користили у истом. Такође је било од важности да се провере инструменти који до сада нису коришћени на нашој популацији, а то су скала социјалне подршке (ИСЕЛ- краћа верзија) и скала задовољства послом (Job Satisfaction Survey (JSS)).

Скала ИСЕЛ је показала једнофакторску структуру, а оригинална верзија сугерише да поред једног глобалног фактора могу да се издвоје три субскеале (процена као (информативна) подршка, припадање као (емоционална) подршка, опипљива (конкретна) подршка. Како скале социјалне подршке у различитим истраживањима показују различит број фактора од 1 до 4 и могућност од стране аутора да се користи укупан скор скала је као једнофакторска коришћена у даљим разматрањима [161,162, 163]. Такође познато је у пракси да функционално некада не можемо одвојити емоционалну од конкретне подршке, већ се пружају истовремено, што оправдава тврдњу да социјалну-подршку можемо разматрати као јединствен фактор. Скала је показала добру поузданост што је у складу са резултатима који су добијени широм света [148, 164].

Спекторова скала задовољства послом (Job Satisfaction Survey (JSS)) факторском анализом главних компонената дала је могућност за интерпретацију 5 фактора (*међуљудски односи, плаћање и бенефиције, циљеви организације и радне процедуре, природа посла и напредовање*) док је оригинална скала имала 9 фактора (плата, напредовање, руковођење, бенефиције, награђивање, радна процедура, сарадници, природа посла и комуникација) [158]. Добијених 5 фактора су интерпретабилни. У први фактор *међуљудски односи* ушла су три Спекторова фактора (сарадници, надређени и комуникација) овакви резултати могу се објаснити тиме да занимања која заузимају висок друштвени статус (као што су лекарска и психолошка професија) на надређене гледаја као и на друге сараднике и на однос са њима као и на однос са другим колегама. Такође да би остварили однос са сарадницима неопходна је комуникација па су се и ови Спекторови фактори у нашем истраживању груписали око једног који смо назвали *међуљудски односи на раду*. У Спекторовом истраживању субскеала



*сарадници* имала је ниску поузданост .60 [159]. Овако ниска поузданост ове субскеале може да укаже на то да је овај фактор саставни део неког ширег. *Плаћање и бенефиције* су два одвојена фактора код Спектора док су у нашем истраживању издвојили као један фактор и могу да подразумевају вид награђивања за остварени труд и рад. *Циљеви организације и радне процедуре* су се издвојиле као један фактор док су у оргиналној верзији они засебни. Овакав фактор је такође интерпретабилан зато што из самих циљева радне организације проистичу задаци које појединац реализује, а они се на понашајном нивоу опажају као радне процедуре. Фактор радне процедуре је имао у Спекторовом истраживању ниску поузданост .62 [159]. Овакав податак може да укаже да је овај фактор саставни део неког ширег фактора. *Природа посла и напредовање* остали су исти фактори као што су у оргиналној верзији упитника. Укупан скор на скали задовољства послом показао је добру поузданост .92 што је блиско и резултату који је добио Спектор .91 [159]. Поузданост појединачних фактора је такође добра: *међуљудски односи* .88 што је виши скор у односу на Спекторову поузданост појединачних субскеала надређени .82 *сарадници* .60 и комуникација .71 [159]. Субскеала *плаћање и бенефиције* такође има добру поузданост .84 док су појединачно код Спектора износили .75 и .73 [159]. Фактор *циљеви радне организације и радне процедуре* имале су добру поузданост .77 вредности појединачних оргиналних фактора је .76 и .62 [159]. *Природа посла и напредовање* имали су исту вредност кромбахове алфе .72 док су оргинални имали .78 и .73 [159].

Скале којима смо мерили независне варијабле (афективни темперамент, задовољство породицом, извори стреса на послу) показале су добру поузданост што је у складу са подацима досадашњих истраживања [39,40,150,151,152,153]. Такође и скале којима смо мерили зависну варијаблу (задовољство животом, депресивност, анксиозност, изгарање на послу) показале су добру поузданост што је у складу са подацима досадашњих истраживања [33,145,154,155,156,157,158,159].

Основни циљ овог истраживања је био да се испита повезаност ресурса тј. снага (персоналних, интерперсоналних и организационих) и позитивних и негативних исхода менталног здравља код лекара (лекари и студенти медицине) и психолога (психолози и студенти психологије). Да би смо одговорили на овај циљ било је потребно да одговоримо на појединачне задатке.

## 9.1 Повезаност индивидуалних ресурса (снага) и позитивних и негативних исхода код лекара и психолога

Први задатак нам је био да испитамо повезаност индивидуалних снага (црта афективног темперамента) и позитивних (задовољство животом и задовољство послом) и негативних (депресивност, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) исхода као и да ли се на основу индивидуалних снага (црта афективног темперамента) могу предвиђати позитивни (задовољство животом и задовољство послом) и негативни (депресивност, анксиозност, изгарање, хронична болест, ризично здравствено понашање) исходи. Пошто је истраживање рађено на лекарима и психолозима и студентима медицине и психологије који нису имали варијабле које се тичу организационих фактора морали смо да тестирамо хипотезе на подзору лекара и психолога, али и на целом узорку за оне варијабле за које је то било могуће. За тестирање хипотезе користили смо пирсонов коефицијент корелације и линеарну регресију. Добили смо следеће резултате:

Депресивни темперамент је значајно и позитивно повезан са депресивношћу, анксиозношћу, изгарањем на послу и хроничном болести, а негативно са задовољством животом, задовољством послом. Циклотимни темперамент је значајно и позитивно повезан са депресивношћу, анксиозношћу, изгарањем на послу, а негативно са задовољством животом, задовољством послом. Хипертимни темперамент је значајно и негативно повезан са депресивношћу, анксиозношћу, изгарањем на послу. Иритабилни темперамент је значајно и позитивно повезан са депресивношћу, анксиозношћу, изгарањем на послу, а негативно са задовољством животом, задовољством послом. Анксиозни темперамент је значајно и позитивно повезан са депресивношћу, анксиозношћу, изгарањем на послу и хроничном болести, а негативно са задовољством животом, задовољством послом. Овакви резултати су у скаладу са истраживањима која су вршена на биполарним пацијентима и њиховим блиским сродницима где су добијени резултати да су код истих изражене црте депресивног, циклотимног, иритабилног и анксиозног темперамента [165,166,167]. Повезаност задовољства животом и задовољства послом са цратама афективног темперамента показале су бројне како генетске студије тако и персонолошке теорије [146,168,169,170].

Повезаност црта афективног темперамента са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља дали су сличне резултате на узорку лекара и психолога и на целом узорку. Једина разлика је била у изражености ризичног здравственог понашања које је на целом узорку била значајно и позитивно повезано са иритабилним, циклотимним и депресивним темпераментом док само на узорку лекара и психолога није била значајна. Овакав резултат указује на то да са годинама живота људи успевају да контролишу нека ризична здравствена понашања, али и да адолесценција носи са собом „недовољно знање, немање свести, индивидуалну социјалну незрелост, присуство предрасуда или стереотипа, младалачке активности и радозналости...“ које могу да поспеше ризично понашање [171]. Овоме иду у прилог и истраживања која кажу да су ризична понашања најизраженија у адолесцентном периоду [132]. Најчешћа ризична понашања адолесцената су: конзумирање цигарета, алкохола, дрога, често мењање сексуалних партнера као и учествовање у крађама [135].

Поред повезаности црта афективног темперамента и позитивних и негативних карактеристика испитали смо и у којој мери црте афективног темперамента значајно предвиђају негативне и позитивне исходе менталног здравља. Резултати су слични и на узорку лекара и психолога и на целом узорку.

За предвиђање задовољства животом значајане су црте афективног темперамента и то хипертимични који има позитивни предзнак и циклотимни и депресивни који имају негативан предзнак. Према Акискаловој теорији особе са израженим цртама хипертимног афективног темперамента се одликују ведрином, оптимизмом, енергичне су особе и пуне самопоуздања што су све одреднице задовољства животом. Особе са израженим цртама афективног депресивног темперамента одликује осетљивост према патњи, тенденција да се жали на друштвену улогу и поштовање правила као и самопрекорна посвећеност другима. Овакве особе које су окренуте само задовољењу туђих потреба и поштовању друштвених правила занемарују сопствене потребе и самим тим су незадовољне својим животом. Особе које имају изражене црте афективног циклотимног темперамент описује особе са брзим променама расположења и енергије. Успламталост и немир за сталним романтичним догађањима је код циклотимног темперамента примарни механизам. Овакве сталне промене расположења из јако позитивних у јако негативне код ове врсте

темперамента изискују велико трошење животне енергије и смањују задовољство животом.

За предвиђање задовољства послом уз помоћ црта афективног темперамента и ако је модел значајан ни једна црта афективног темперамента није дала значајан допринос. Овакви резултати нам указују на то да постоје неке карактеристике посла и социјалног окружења које се умећу између темперамента и задовољства животом, а то су стресни чиниоци посла лекара и психолога који и сврставају ову групу занимања у једну од најстресогенијих [172]. У литератури је већ познато да висок ниво стреса има утицаја на емоционално благостање [173,174,175].

За предвиђање депресивности значајни допринос су дале црте депресивног, анксиозног, циклотимног и хипертимног афективног темперамента. За предвиђање анксиозности дале су анксиозне, депресивне и циклотимне црте темперамента, а за предвиђање изгарања дале су допринос све црте осим иритабилног. Допринос афективног темперамента у предвиђању негативних исхода и лошег менталног здравља је у литератури и истраживањима дала значајни допринос, то тврди и Клонинџер који каже да већина досадашњих истраживања афективног темперамента углавном коришћена за предвиђање лошег менталног статуса [176,177]. У једном истраживању Хантачеа и сарадника (Hantouche et al.) је потврђено да је циклотимни темперамент у корелацији са „тамном страном преузимања ризика“ у хипоманичној фази, што значи да је присуство циклотимног темперамента индиктивно за депресију са тешким последицама, вишим стопама рецидива депресије, вишим стопама раздражљивости и мешовитих осећања, као и болести зависности [178,179]. Анксиозни темперамент је по неким ауторима посредник између гена и стресних животних догађаја чији је исход анксиозни поремећај [180,181]. Анксиозни темперамент је у истраживањима повезиван са развојем специфичних анксиозних поремећаја као што су панични поремећај, опсесивно-компулзивни поремећаји, социјалне фобије, као и депресија [182,183].

Као што можемо видети иритабилни темперамент је лош предиктор позитивних али је добар предиктор негативног исхода менталног здравља и ризичног здравственог понашања. Од црта афективног темперамента за предвиђање хроничне болести показао се анксиозни темперамент, а негативну израженост црта хипертимног и циклотимног темперамента. Како црте

афективног анксиозног темперамент чине диспозиције личности које имају тенденцију за претераном забринутошћу [182], тако ове особе воде и претерано рачуна о свом физичком здрављу па самим тим ређе и оболе од хроничних болести. Црте афективног хипертимног и циклотимног темперамента троше велику енергију па су склонији поред психолошког и телесном исцрпљењу што доводи до хроничних болести.

Добијени резултати о предиктивној улози афективног темперамента у предвиђању позитивних и негативних карактеристика менталног здравља су у складу са једном студијом близанаца у којој се испитивала интеракција генетских и срединских утицаја на развој психопатолошких обележја и благостања. Добијени резултати су показали да је тачно 50% генетичких утицаја било заједничко за психичке поремећаје и благостање, док су другу половину чинили независни чиниоци [184]. Овакви подаци указују на то да уз помоћ црта афективног темперамента могу предвиђати и позитивне и негативне карактеристике менталног здравља али и здравље уопште. Допринос ових података је у томе што је за разлику од досадашњих истраживања где су црте афективног темперамента коришћене само за предвиђање лошег менталног здравља овде установљен и њихов допринос за предвиђање позитивних карактеристика менталног здравља.

## **9.2 Израженост позитивних и негативних исхода менталног здравља лекара и психолога у односу на неке социо-демографске варијабле**

Следећи задатак био је да испитамо израженост позитивних и негативних исхода менталног здравља у односу на пол, статус везе, материјални статус, радни статус и да ли су мењали радно место.

Израженост позитивних и негативних карактеристика менталног здравља у односу на пол испитаника добијене су значајне разлике између испитаника мушког и женског пола у депресивности и ризичном здравственом понашању. На целом узорку значајна разлика између мушкараца и жена поред депресивности била је и у анксиозности. Више скорове на мери депресивности и анксиозности имале су жене, док су мушкарци имали више скорове на мери ризичног здравственог понашања. Велики број научних чланака сугерише да пол код депресивног поремећаја заузима централну улогу. Неки аутори

наглашавају да је ова разлика више социјалне природе него биолошке [185]. Такође други аутори наглашавају да су припадници мушког пола склонији ризичном здравственом понашању (коришћењу алкохола и цигарета) и да они користе овакав вид понашања да би маскирали своју депресивност [186]. Ризична здравствена понашања као што је конзумирање алкохола и цигарета је у нашој култури прихватљивије код особа мушког пола и виши степен ризичног здравственог понашања је у складу са наведеним родним улогама. У истраживању које су спровеле Обрадовић и Динић, мушки пол је био значајан предиктор свих испитиваних типова ризичног понашања [187]. Истраживање анксиозности на мушкарцима и женама даје опречне резултате тј. у неким истраживањима је добијена значајна разлика док у неким није [188]. Могуће разлике добијене на нашем узорку могу бити због устаљености родне улоге жене као емоционалније у односу на мушкарце. У нашој култури мушкарцима се у већој мери приписују обележја снажнијег пола, коме је у већој мери својствена борбеност, одважност, неемоционалност и слично.

Статус везе је показао значајну разлику само код задовољства животом. Више скорове на мери задовољства животом имали су испитаници који су у вези и на узорку лекара и психолога и на целом узорку. Истраживања менталног здравља су показала да су најбољег менталног здравља мушкарци, старости изнад четрдесет година који су у вези [26]. Веза и брак су битан аспект благостања и задовољства животом. Квалитет међуљудских веза је значајан сваком појединцу. Људи у емоционалним везама имају могућност да задовоље емотивне, психолошке, репродуктивне и социјалне потребе. Особа са којом смо у вези може нам бити емоционална подршка, може повећати наше самопоштовање, такође у вези се можемо остварити као родитељи и то нам дати животни смисао и повећати задовољство животом. У вези можемо остварити потребу за припадањем једну од основних психолошких потреба. Са партнером се повећава и број људи са којима смо у контакту. Емоционална веза се у нашем друштву високо вреднује као и родитељство што све заједно може допринети већем задовољству животом.

Значајне разлике између психолога и лекара добијене су само у депресивности и то тако да је она израженија код психолога. На целом узорку добили смо значајне разлике између лекара (студената медицине) и психолога (студената психологије) у свим аспектима менталног здравља и позитивним и

негативним. Лекари (студенти медицине) су задовољнији животом од психолога (студената психологије) и имају нижи ниво депресивности, анксиозности и ризичног здравственог понашања. Како се резултати значајно разликују од резултата на узорку лекара и психолога, а ради се о студентима друге године овакве разлике се могу бити и разлог зашто појединци уписују студије психологије. Да би неко био успешан у психолошкој струци и да би разумео друге људе он превасходно мора да разбере себе и своје проблеме. Како ове значајне разлике нису присутне на узорку лекара и психолога може да укаже на то да су појединци кроз студије стекли знања и технике које су им помогле да разреше неке негативне аспекте менталног здравља и да повећају задовољство својим животом. Такође посао може бити један од значајних аспекта задовољства животом и менталног здравља уопште у нашем друштву где је велика стопа незапослености. Израженија депресивност код психолога него код лекара може да укаже на то да је психолошка професија још увек препозната у нашем друштву и да заузима нижи професионални статус у односу на лекарску професију. Психолози се емоционално веома троше на послу као и лекари, а њихов труд није препознат што често води у бесмисао и депресивност.

Значајне разлике између испитаника са ниским, средњим и високим материјалним стањем добијене су једино по питању задовољства животом; испитаници који су своје материјално стање проценили као високо имали су више скорове у односу на испитанике који су своје материјално стање проценили као средње и ниско на узорку лекара и психолога. На целом узорку постојале су значајне разлике поред задовољства животом и у анксиозности и депресивности. Овакви резултати иду у прилог томе да да је материјални статус битна одредница задовољства животом и то су доказали бројни аутори [189,190,191,192,193]. Материјални статус је одредница и негативних карактеристика менталног здравља (депресивности и анксиозности) на целом узорку. Ови резултати су у складу са истраживањима који су спроведени код нас [194,195]. Ниска материјална примања носе са собом страх за свакодневно преживљавање, константну напетост, апатију и животни бесмисао што су свакако одреднице депресивности и анксиозности. Разлике које су добијене на целом узорку, а нису на узорку запослених лекара и психолога иду у прилог томе да посао и сигурна примања свакако доприносе бољем менталном здрављу и одсуству депресије и анксиозности.

Следећи задатак био је да се испита повезаност година живота, број деце, године образовања, године радног стажа, број година радног стажа на том месту, индекс телесне масе са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља. На узорку запослених године живота су статистички значајно корелирале са депресивношћу, анксиозношћу и присуством хроничне болести. Број деце значајно је корелирао са задовољством животом. Године образовања су значајно корелирале једино са задовољством животом и хроничном болешћу. Радни стаж и радни стаж на том месту значајно су негативно корелирали са задовољством послом, а позитивно са депресивношћу, анксиозношћу и присуством хроничне болести. Индекс телесне масе није показао значајну повезаност ни са негативним ни са позитивним исходима менталног здравља. На целом узорку године живота су статистички значајно корелирале са анксиозношћу (негативна корелација) и присуством хроничне болести (позитивна корелација). Године образовања су значајно негативно корелирале са депресивношћу и анксиозношћу, а позитивно са присуством хроничне болести. Индекс телесне масе није значајно корелирао ни са једним исходом менталног здравља.

У литератури постоје неслагања око тога шта се дешава са депресивношћу и анксиозношћу током година живота. У једној метаанализи у којој је било укључено неколико студија које су испитивале анксиозност, депресивност и узнемиреност на узорку опште популације старости од 25 до 65 година [196]. Добијени резултати у овим студијама нису били сагласни на свим узрасним групама. Најчешћи тренд је био да се у млађим старосним групама запажао до одређеног периода пораст, а после одређеног животног доба пад. Два главна фактора према овим ауторима који производе ову варијабилност у резултатима су били у бајасу самих студија у процени анксиозности и депресије и маскирање ефекат других фактора ризика који варирају са годинама [196]. Када су други фактори ризика статистички под контролом, имали су доследни образац појаве, а то је да је већина студија пронашла смањење анксиозности, депресије и узнемиреност широм старосних група. Постоје неки докази да је старење повезано са суштинским смањењем подложности анксиозности и депресије. Могући фактори за смањење по овим ауторима јесте емоционална зрелост која долази са годинама, повећана емоционална контрола и психолошка имунизација у стресним искуствима [196].



Већи део радова до сада је показивао негативну или није показивао значајну разлику у односу на број деце и задовољство животом [197,198,199]. Међутим резултат истраживања једне ауторке потврдили су наше резултате да између броја деце и задовољства животом постоји позитиван однос [200]. Према овој ауторки претходна истраживања нису успели да идентификују ове позитивне ефекте јер нису узимала у обзир кључну улогу индивидуалних карактеристика и брачног стања [200]. Наиме за просечне особе, да ли имају децу или не има мало и евентуално нула ефекат на задовољство животом зато што се позитивно искуство удатих/ожењених појединаца супротставља негативним искуствима људи који су одвојени, живе у пару или се никада нису удавали или женили. Такође у досадашњим истраживањима није узет и економски статус породица и број деце. Како се у нашем истраживању ради о високообразованим људима и људима који имају стално запослење и сигурна примања тако да број деце не носи са собом бригу за сопствену и егзистенцију њихове деце. Такође када се истражује задовољство животом у односу на број деце мора се водити рачуна и о културолошким аспектима где се истраживање врши. У нашој култури имати децу и остварити се као родитељ је једна од основних вредност. Ако се узме комбинација тога да имати већи број деце је друштвено веома прихватљиво, доброг сте материјалног стања, у брачној сте заједници онда и број деце повећава задовољство животом. Такође већи број деце статистички даје већу вероватноћу да ћемо бити успешни као родитељи и да ако подбацимо код једног успећемо код другог.

Поред броја деце значајно повезане са задовољством животом јесу и године образовања. Једна национална студија у Шведској која је мерила задовољство животом на узорку од 1207 жена и 1326 мушкараца старости од 18-64 година [201]. Резултати ове студије су показали да ниво образовања имао предиктиван утицај на већину аспеката задовољства животом мереним у овој студији [201]. У једној шпанској студији на узорку од 507 особа у доби од 65 и више година резултати показују да су две социо-демографске карактеристике (приходи и образовање) имали и директан и индиректан утицај на задовољство животом [202]. Индиректно образовање има утицај на задовољство животом преко психолошких фактора као што су различите врсте активности (ниво физичких активности, задовољство слободним активностима и социјални контакти). Образованији људи бољи су у организацији слободног времена,

придају већи значај бављењу различитим активностима и током живота створили су бројне социјалне контакте. Са годинама живота повећава се и вероватноћа да оболимо од неке хроничне болести, што је резултат и нашег истраживања. Старошћу број органа и система органа који пропадају је све већи, посебно кардиоваскуларних, респираторних, бубрега и неуролошког система. Поред година живота хронична болест је повезана и са годинама образовања. Студије које су до сада рађане у вези година образовања и хроничне болести рађене су на општој популацији. Једна студија даје резултате да већина хроничних болести у популацији старости 18-64 знатно чешће од стране појединаца са мање од 12 година формалног образовања. Значајни трендови према формалном образовном нивоу виђени су за све врсте хроничних болести, укључујући кардиоваскуларне, гастроинтестиналне, мускулоскелетне, неопластичне, психијатријске, плућних и бубрежних болести [203]. Опречни резултати у нашем истраживању потичу од саме популације на којој је вршено истраживање, а то су лекари и психолози. Наиме ради се о људима који имају више од 12 година образовања и који су током истог научили доста о хроничним болестима и њиховој превенцији али и то да на овом узорку можемо видети и негативне стране које дугорочни процес образовања може оставити на појединце. Ниме код људи са више година бразовања дневне навике су организоване око стицања знања и то током дугог низа година, а остале рутине које се тичу унапређења здравља су занемарене.

Са више година радног стажа и то на једном радном месту расте незадовољство послом код лекара и психолога, али је дужина радног стажа повезана са депресивношћу, анксиозношћу и хроничном болести. Раније студије показују да је старост у позитивној корелацији са задовољство послом, док неке друге студије говоре о томе да године радног стажа и задовољство послом нису значајно повезани [20,205,206]. Повезаност дужине радног стажа са депресивношћу, анксиозношћу и хроничном болести добио је Каплан (Caplan) у својој студији коју је радио на лекарима где је установио да су старији лекари изложени значајној количини стреса што узрокује депресивност и анксиозност [207]. Како године стажа доводе до хроничних болести, изазивају општу слабост, немогућност да се иде у корак са новим технологијама и рутину у свакодневном послу све то проузрокује мање задовољство послом, повећање депресивности и анксиозности.

### **9.3 Повезаност социјалне подршке са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља**

Повезаност социјалне подршке са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља био је следећи задатак. Између социјалне подршке и позитивних исхода менталног здравља (задовољство животом и задовољство послом) добијене су статистички значајне и позитивне корелације. Између социјалне подршке и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност, изгарање и хронична болест) добијене су статистички значајне и негативне корелације. Није постојала значајна корелација између социјалне подршке и ризичног здравственог понашања на узорку запослених. Исте резултате добили смо и на целом узорку. Породичне и друштвене везе важне су за одржавање квалитета живота [52]. Појединци са слабијим социјалним везама подложнији су бројним здравственим и социјалним проблемима [53]. Значај социјалних веза у заштити менталног здравља откриле су бројне студије до сада [53,54,55,56,]. Однос између социјалне подршке (пре свега емотивне подршке) и исхода здравља најбоље објашњавају психолошко благостање. Резултат неше студије где је депресивност и анксиозност нижа када је присутна социјална подршка добијена је и у другим истраживањима [59,60]. Ниже су стопе хроничне болести када је присутна социјална подршка показују наши резултати. Ово је у складу са истраживањем у коме је социјална подршка у корелацији са многим позитивним индексима физичког здравља и зрастањем рана болесника [208]. Доступност социјалне подршке је повезан са смањеном смртношћу [209]. Социјална подршка је у корелацији са задовољством животом и задовољством послом у нашем истраживању али и са многим позитивним индексима менталног здравља, показују друга истраживања као што је повезаност са: оптимизмом, срећом и задовољством животом и побољшањем психичког стања [210,211,212].

### **9.4 Повезаност задовољства породицом са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља**

Испитали смо и повезаност задовољства породицом са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља лекара и психолога. Између задовољства породицом и позитивних исхода менталног здравља (задовољство

животом и задовољство послом) добијене су статистички значајне позитивне корелације. Однос између посла и породице и њихов утицај на задовољство животом и задовољство послом показала су бројна истраживања и теоријски модели који тврде да је задовољство породицом битан аспект задовољства животом [213]. У крос-културалној студији коју су спровели Дајнер и Дајнер (Diner & Diner) добијени су подаци у којима повезаност задовољства породицом и задовољства животом варира у интензитету везе од културе до културе [213]. У нашој култури задовољство породицом има високу и позитивну повезаност са задовољством животом што су потврдила и истраживања [151,214]. Задовољство породицом је значајно повезано и са задовољством послом. Овакви резултати су у складу са теоријском поставком да задовољство у једном домену живота има тенденцију да се прелива и у друге аспекте живота и да се оно што се дешава у породичном животу пројектује и на пословни живот [67]. Ставови према породици представљају део општих животних ставова који се манифестују у свим областима живота- према послу, пријатељима итд. Између задовољства породицом и негативних исхода менталног здравља (депресивност, анксиозност и изгарање) добијене су статистички значајне негативне корелације. Негативну повезаност задовољства породицом и анксиозности и депресивности добила је и Станојевић на узорку адолесцената [214]. Овакав резултат указује на то да лоши породични односи, одсуство задовољства у породичном функционисању носе са собом депресивне симптоме, веће емоционално трошење у свим аспектима живота које доводи до изгарања на послу, као и општу напетост која води у анксиозност и негативно виђење других људи и себе што води у депресивност.

Нису постојале значајне корелације између задовољства породицом, присуства хроничне болести и ризичног здравственог понашања. Исти резултат је добијен и на целом узорку једино што је постојала негативна повезаност између задовољства породицом и ризичног здравственог понашања. О ниском задовољству породицом и ризичном понашању говоре бројне студије, а нарочито на адолесцентском узрасту [215,216].

### **9.5 Повезаност извора стреса на раду са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља**

Испитивањем повезаности различитих извора стреса на послу са позитивним карактеристикама (задовољство животом и задовољство послом) менталног здравља у нашем истраживању добијене су статистички значајне негативне корелације, а са негативним карактеристикама (депресивност, анксиозност, изгарање и хроничне) добијене су статистички значајне позитивне корелације. Облици извора стреса на послу и ризично здравствено понашање нису дали значајне корелације.

Како су овакви резултати добијени у бројним студијама које су рађене на лекарима и психолозима широм света следећи задатак је био да испитамо који од ових предиктора позитивних карактеристика најбоље предвиђају позитивне карактеристике, а који негативне карактеристике [81,82,87].

Извори стреса на послу значајно објашњавају задовољство животом, а најбоље га предвиђају сталне промене које носе са собом ниже задовољство послом, лош однос са колегама и неизвесност посла (контрола). Извори стреса на раду значајно предвиђају задовољство послом, а највећи допринос даје однос са колегама, још су значајне и радна атмосфера и промене. Из резултата видимо да су за предвиђање позитивних карактеристика менталног здравља битни они чиниоци посла који се односе на међуљудске односе, али и свакодневне промене које овај посао носи са собом као и свакодневна неизвесност посла.

За предвиђање негативних карактеристика менталног здравља извори стреса на послу значајно предвиђају: 1. депресивност, а допринос томе дају захтеви посла; 2. анксиозност, а допринос дају промене и захтеви посла; 3. изгарање, а допринос дају радне улоге, релације и радна атмосфера и захтеви посла; 4. ризично здравствено понашање, а и значајни допринос даје преоптерећеност радном улогом; 5. хронична болест којој у моделу ниједна варијабла није дала допринос.

Као што можемо видети из резултата за предвиђање позитивних карактеристика менталног здравља битни су они извори стреса на раду који потичу од лоших међуљудских односа, док су за предвиђање негативних карактеристика битни стресни чиниоци који су везани за саму врсту посла. Оно што код лекара и психолога изазива изгарање, анксиозност и депресивност јесу продужено радно време, висок интензитет рада, редовно излагање болу, психичкој и физичкој патњи и смрти пацијената, неравнотежа између труда који се улаже и награде која се добија за уложени труд... Оно што лекаре и психологе

чини задовољним у животу и на послу јесу добри односи са колегама и радна атмосфера. Овакви резултати иду у прилог тврдњи Јаходе да су ментално здравље и ментална болест квалитативно различити и Антоновског који каже да се извори здравља разликују од извора болести [17,18].

### **9.6 Повезаност персоналних, интерперсоналних и организационих параметара са позитивним и негативним карактеристикама менталног здравља**

Следећи задатак нам је био да испитамо предвидљивост позитивних и негативних карактеристика менталног здравља уз помоћ персоналних, интерперсоналних и организационих параметара. Резултате које смо добили иду у прилог томе да се на основу ових параметара могу предвиђати позитивне и негативне карактеристике менталног здравља али да сваки од њих има различити значај у зависности од онога што предвиђа.

Што се тиче задовољства животом као позитивне карактеристике менталног здравља могуће га је на основу ових параметара предвидети са 42% варијансе. Значајан допринос у моделу су дали циклотомични и хипертимични темперамент (у првом кораку) и задовољство породицом (у другом кораку). Особе које су хипертимног темперамента и високо су задовољне својом породицом имају и висок ниво задовољства животом. Задовољство послом овим моделом се значајно предвиђа 64% варијансе. Значајан допринос у моделу су дали социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку) и подршка руководиоца, релације и радна атмосфера и промена (у трећем кораку). Особе које имају висок ниво задовољства породицом, висок ниво социјалне подршке, високу подршку руководиоца, добру радну атмосферу и однос са колегама и сталност на послу су више задовољне својим послом. Као што можемо видети из првог и другог модела за предвиђање позитивних аспеката менталног здравља битни су и значајни и индивидуални, интерперсонални и организациони параметри али су они различити за различите аспекте истог. Када је у питању опште задовољство животом за њега су битније црте темперамента и задовољство породицом. За задовољство послом највећи допринос дају неки чиниоци посла.

Што се тиче негативних аспеката менталног здравља депресивност је уз помоћ ових параметара могуће предвидети са 48% укупне варијансе. Значајан допринос у моделу су дали депресивни, циклотомични, хипертимични и анксиозни темперамент (у првом кораку), задовољство породицом (у другом кораку), и године стажа и радно место (у трећем кораку). Ако сте депресивног или циклотимног темперамента, ниско сте задовољни својом породицом, са већим бројем година радног стажа и психолог сте имате веће шансе да будете депресивни. Анксиозност се на основу ових параметара може предвидети са 53% укупне варијансе. Значајан допринос у моделу су дали депресивни, циклотомични и анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку), и захтеви посла, године стажа и радно место (у трећем кораку). Ово значи да су особе које припадају анксиозном, циклотимном и депресивном темпераменту, које имају низак ниво социјалне подршке и задовољство породицом, имају високо захтеван посао, вецећи брпј година радног стажа и психолози су имају већу шансу да буду анксиозни. Изгарање на послу уз помоћ ових параметара објашњено је са 54% укупне варијансе. Статистички значајан допринос у моделу су дали циклотомични, хипертимични и анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка и задовољство породицом (у другом кораку), и захтеви посла, подршка колега и релације и радна атмосфера (у трећем кораку). Особе које су циклотимног и анксиозног темперамента, које имају низак ниво социјалне подршке, ниско задовољство породицом и чији су захтеви посла високи, подршка колега ниска, радна атмосфера и релације на послу лоше имају већувероватноћу да ће изгарати на послу. Ризично здравствено понашање се уз помоћ ових параметара може предвидети са 9% варијансе. Ниједан параметар није дао значајан допринос.

Хронична болест се на основу ових параметара може предвидети са 35,4% укупне варијансе. Статистички значајан допринос у моделу су дали анксиозни темперамент (у првом кораку), социјална подршка (у другом кораку), и радна улога и године радног стажа (у трећем кораку). Особе које имају анксиозне црте темперамента, висок ниво социјалне подршке, мањи број година радног стажа и радну улогу која је ниско оптерећена ређе ће имати хроничну болест.

Овакви резултати показују да је предвиђање позитивних и негативних карактеристика менталног здравља могуће уз помоћ индивидуалних, интерперсоналних и организационих параметара али да сваку карактеристику менталног здравља одређује различит параметар. Ови резултати су у складу са теоријским поставкама Антоновског који се залаже да поред трагања за чиниоцима који одређују болест треба трагати и за оним чиниоцима који одређују здравље[18].

## 10. Закључак

Индивидуални, интерперсонални и организациони параметри битни су предиктори позитивних и негативних карактеристика менталног здравља лекара и психолога.

Црте темперамента су значајан параметар предвиђања задовољства животом, депресивности, анксиозности и изгарања на послу.

Црте темперамента нису значајан параметар предвиђања задовољства послом, ризичног здравственог понашања и хроничне болести.

Статус везе, материјални статус, број деце и године образовања су значајне одреднице задовољства животом.

Године радног стажа значајно су повезане са задовољством послом. Депресивност је виша код психолога него код лекара

Депресивност и анксиозност су више са годинама живота и годинама радног стажа и код лекара и код психолога.

Ризично здравствено понашање је више код мушкараца.

Психолози и лекари које имају висок ниво социјалне подршке задовољнији су својим животом и послом

Психолози и лекари који имају низак ниво социјалне подршке су депресивније, анксиознији и склонији изгарању на послу.

Психолози и лекари који су задовољнији породицом, задовољнији су и послом и животом.

Психолози и лекари који нису задовољни породицом су депресивнији, анксиознији и склонији изгарању на послу.

За предвиђање задовољства животом битан је низак ниво промена у радној организацији, подршка колега и добра контрола над послом.



За предвиђање задовољства послом значајни су подршка руководиоца, добре радне релације и радна атмосфера и низак ниво промена.

За предвиђање изгарања на послу значајни су преоптерећеност радном улогом, лоша радна атмосфера и превисоки захтеви.

Резултати овог истраживања идентификовали су факторе ризика и факторе добробити код лекара и психолога. То би требало да омогући повећање позитивних чинилаца на ментално здравље као и снижавање негативних-ризичних фактора менталног здравља.

## 11. Литература

1. Smith, M., Jaffe-Gill, E., Segal, J., & Segal, R. Preventing Burnout: Signs, symptoms, causes, and coping strategies. *J Soc Sci.* 2012; 32(3): 295-309.
2. Borritz, M. Burnout in human service work- causes and consequences. Results of 3-years of follow-up of the PUMA study among human service workers in Denmark. National Institute of Occupational Health, Denmark. PhD Thesis. 2006.
3. Salyers, M.P., & Bond, G.R. An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. *Community Ment Health J.* 2012; 37(5): 393–404.
4. Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Kishi, R. Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *J Occup Health.* 2003; 45(5): 313–320.
5. *Canadian Institute for Health Information (CIHI).* Health indicators. Ottawa. Ontario. ISBN 1-55392-621-8 (PDF) 2005.
6. Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D., & MHEEN group. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 2008; 8, 20.
7. Firth-Cohen, J. New stressors, new remedies. *Occupational Medicine* 2006; 50: 199–201.
8. Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P., Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health.* 2004, Vol. 13, No. 3, Pages 235-245 (doi:10.1080/09638230410001700871)
9. World Health Organization (WHO). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report.. Geneva, World Health Organization. 2001.
10. Sharma, M., Atri, A., & Branscum, P. Foundations of Mental Health Promotion. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2013

11. World Health Organization (WHO). Promoting Mental Health: CONCEPTS ■ EMERGING EVIDENCE ■ PRACTICE. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. 2005. ISBN 92 4 156294 3
12. Dollard, M.F., & Winefield, A.H. (2002) Mental health: overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), Vol. 1, Issue 3, 2002
13. Diener, E., & Oishi, S. Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.) Culture and subjective well-being. Cambridge, MA: MIT Press. 2000; 185-218.
14. Ryff, C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 57, 1069-1081.
15. Barry, M.M., & Jenkins, R. Implementing Mental Health Promotion. Oxford: Elsevier.2007.
16. ENWHP European Network for Workplace Health Promotion, A guide to promoting mental health in the workplace: Employer's Resource, BKK Bundesverband, Essen, 2009.
17. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York, Basic Books.1958
18. Antonovsky, A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 1985; 22(4), 273–280.
19. Lindstrom, B., Eriksson, M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 440-2
20. Lindstrom, B., Eriksson, M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006; 21:238-44
21. Божин, А. А. Личност и стрес - осећај кохерентности и превладавање стреса у условима друштвене кризе. Вршац: Виша школа за образовање васпитача. 2001.
22. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D.. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology, 2002; 82, 1007-1022.
23. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. Subjective Well – Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction, in Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.): Handbook of positive psychology, , New York: Oxford University Press. 2002 ; 63 – 73
24. Keyes, C. L. M.. Social Well - Being. Social Psychology Quarterly,1998; 61(2), 121-140.

25. Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J.. Toward a Science of Mental Health - Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.), Handbook of positive psychology, Oxford University Press.2002; 45-59
26. Keyes, C. L. M.. The Mental health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. Journal of Health and Social Behavior,2002; 43(2), 207-222
27. Grey, P. Mental Health in the Workplace- Tackling the effects of stress. The Mental Health Foundation. 2000. Registered charity no. 801130. ISBN: 0 901944 84X
28. Lehtinen V., Riikonen E., & Lahtinen E. Promotion of mental health on the European agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health. 1997.
29. STAKES. Introduction to mental health issues in the EU. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 1999 ([www.stakes.fi/mentalhealth](http://www.stakes.fi/mentalhealth)).
30. Conti DJ, & Burton WH. The economic impact of depression in a workplace. Journal of Occupational Medicine, 1994; 36:983-988.
31. The Mental Health Foundation . The cost of mental health problems. The fundamental fact. The Mental Health Foundation, UK. 2002 ([www.mentalhealth.org.uk//ffcost.htm](http://www.mentalhealth.org.uk//ffcost.htm)).
32. Кнежевић, М., Јовић, Ј., Ранчић, Н., Игњатовић-Ристић, Д. Депресивност код студената медицине. Мед. час. 2012;46(1): 41-46.
33. Ignjatović-Ristić, D., Hinić,D. & Jović, J. Evaluation of the Beck Depression Inventory in a Nonclinical Student Sample, West Indian Medical Journal, 2011;61 (5): 489–493
34. Bouchard, Th. J., Jr., & Loehlin, J.C. Genes, evolution, and personality. Behavior Genetics, 2001;31(3): 243-273.
35. Kretschmer, E. Physique and Character. London: Kegan, Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd.; 1936.
36. Akiskal, H.S. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. Acta Psychiatr Scand. 1998. (suppl 393):66-73.
37. Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. The theoretical under pinnings of affective emperaments:implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature.Journal of Affective Disorders. 2005; 85, 231–239.
38. Gonda, X., Vazquez, G.H., Akiskal, K.K., & Akiskal, H.S. From putative genes to temperament and culture:cultural characteristics of th edistribution of dominant affective temperaments in national studies. Journal of Affective Disorders. 2011; 131, 45–51.
39. Hinić, D., Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Jovic, J., Ignjatović- Ristić, D. Validation of the Temps-A in university student population in Serbia, Journal of Affective Disorders, 2013; 149. 146–151.

40. Ristić-Ignjatović, D. Hinić, D. Bessonov, H.S. Akiskal, K.K. Akiskal, B. Ristić. Towards validation of the short TEMPS-Ainnon-clinical adult population in Serbia. *Journal of Affective Disorders* 2014; 164:43–49
41. Possl, J., & von Zerssen, D. A case history analysis of the 'manic type' and the 'melancholic type' of premorbid personality in affectively ill patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1990; 23:347-355
42. Gardner, R. Jr. Mechanisms in manic-depressive disorder: an evolutionary model. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39:1436-1441.
43. De Neve, K. M., & Cooper, H. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 1998; Vol 124(2), Sep, 197-229. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.197>
44. Lin, N. *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, Cambridge University Press. 2001
45. Pichler, F. & Wallace, C. Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*, 2009; 25 (3): 319-332. doi:10.1093/esr/jcn050
46. Каличанин, П., Стожинић, С., Романович Палеев, Н. и Слијепчевић, Д. Стрес, здравље, болест, И.П. „Обележја“, „Медицина“, Београд. 2001.
47. Antonucci, T. C. Social Relations an Examination of Social Networks Social Support and Sense of Control. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.), *Handbook of the Psychology of Aging*, San Diego, Academic Press. 2001; 427-453.
48. Thoits, P. A. Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1982; 23 (2): 145-159. doi:10.2307/2136511
49. Sarafino, E. P. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, New York, John Wiley&Sons.2002.
50. Cohen, S., & Hoberman, H. Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 1983; 13, 99-125.
51. Wall, K., Aboim, S., Cunha, V. & Vasconcelos, P. Families and Informal Support Networks in Portugal: The Reproduction of Inequality. *Journal of European Social Policy*, 2001; 11 (3): 213-233. doi:10.1177/0958928 70101100302
52. Olagnero, M., Meo, A. & Corcoran, M. P. Social Support Networks in Impoverished European Neighbourhoods. *European Societies*, 2005; 7 (1): 53-79. doi:10.1080/1461669042000327027
53. Speer, P. W., Jackson, C. B. & Peterson, N. A. The Relationship between Social Cohesion and Empowerment: Support and New Implications for Theory. *Health Education & Behavior*, 2001; 28 (6): 716-732. doi:10.1177/109019810102800605

54. Böhnke, P. Are the Poor Socially Integrated? The Link between Poverty and Social Support in Different Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2008;18 (2): 133-150.
55. Walen, H. R. & Lachman, M. E. Social Support and Strain from Partner, Family and Friends: Costs and Benefits for Men and Women in Adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2000; 17 (1): 5-30. doi:10.1177/0265407500171001
56. Brissette, I., Cohen, S. & Seeman, T. E. Measuring Social Integration and Social Networks. U: S. Cohen, L. Underwood i B. Gottlieb (ur.), *Support Measurements and Interventions: A Guide for Social and Health Scientists* . New York, Oxford Press. 2000; 53-85.
57. Agneessens, F., Waeye, H. & Lievens, J. Diversity in Social Support by Role Relations: A Typology. *Social Networks*, 2006; 28 (4): 427-441. doi:10.1016/j.socnet.2005.10.001
58. Brownell, A. & Shumaker, S. A. Where Do We Go from Here? The Policy Implications of Social Support. *Journal of Social Issues*, 1985; 41 (1): 111-121. doi:10.1111/j.1540-4560.1985.tb01119.x
59. George , L K., Blazer , D G., Hughes , D C., & Fowler, N. Social support and the outcome of major depression. *Journal Article Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.*1989. DOI: 10.1192/bjp.154.4.478 Published
60. Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., et al. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997; 43, 73-81. CrossRef
61. Seeman, T. E., & Syme, L.. Social networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosom. Med.*1987; 49: 341–354.
62. Blumenthal, J.A., Emery, C.F., Madden, D.J., et al. Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *J Gerontol* 1989; 44:M147–M157
63. Glass, T.A., & Maddox, G.L. The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science \* Medicine*, 1992; 34, 1249-1261.
64. Зуковић, С. Функционалност савремене породице и верска настава као ресурс њеног оснаживања. *Библид*. 2009. 0553–4569, 55 (1–2), 33–47.
65. Mosley–Hänninen, P. Contextualising the Salutogenic Perspective on Adolescent Health and the Sense of Coherence in Families- A study among adolescents and their families in the Swedish speaking Finland. *Laurea University of Applied Sciences Abstract. Master of Healthcare.* 2009. Dostupno: [https://publications.theseus.fi/bitstream/.../ MosleyHanninen\\_Pamela.pdf](https://publications.theseus.fi/bitstream/.../MosleyHanninen_Pamela.pdf).
66. Ackerman, N. *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.1966.

67. Zedeck, S. Work, Family and Organizations: An Untapped Research Triangle. Institute of Industrial Relations. Institute of Industrial Relations Working Paper Series. 1987; 010-87.
68. Farmer, H.. Development of a measure of home-career conflict related to career motivation in college women. *Sex Roles*, 1984; 10, 663-676.
69. Gove, W.R. Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science & Medicine*, 1984; 19, (2), 77-91.
70. Macran, S., Clarke, L. & Joshi, H. Women's health: Dimensions and differential. *Social Science & Medicine*, 1996; 42, (9), 1203-1216.
71. Fokkema, T. Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? *Social Science & Medicine*, 2002; 54, 741-752.
72. Ross, E., Lahelma, E. & Rakhkonen, O. Work-family conflicts and drinking behaviours among employed men and women. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006; 83, 1: 49-56.
73. He, N., Zhao, J. & Ren, L. Do race and gender matter in police stress? A preliminary assessment of the interactive effects. *Journal of Criminal Justice*, 2005, 33, 6: 535-547.
74. Rantanen J (2008). Work-family interface and psychological well-being: a personality and longitudinal perspective. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 346. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
75. Josephson, M., & Vingard, E. (2005) Remaining in nursing work with a sustainable health. *International Congress Series*, 2005. 1280: 89-94.
76. Rice, R.W., Frone, M. R. & McFarlin, D.B. Work-nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of Organizational Behavior*, 1992. 13, (2), 155-168.
77. Hobson, Ch. J., Delunas, L. & Kesic, D. Compelling evidence of the need for corporate work/life balance initiatives: results from a national survey of stressful life events. *Journal of Employment Counseling*, 2001; 38, 38-44.
78. Schoon, I.; Hansson, L. & Salmela-Aro, K. Combining work and family life. Life satisfaction among married and divorced men and women in Estonia, Finland and the UK. *European Psychologist*, 2005; 10, (4), 309-319.
79. Böhnke, P. First European Quality of Life Survey: Life satisfaction, happiness and sense of belonging. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Retrieved from. 2005. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/91/en/1/ef0591en.pdf>
80. Sonnentag, S., & Frese, M. Stress in organizations. In W. C. Borman, D. R. Ilgen, & R. J. Klimoski (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology, Industrial and organizational psychology* New York: Wiley 2003; 12: 453-491.

81. Hejmdal, O., Friberg, O., Stiles, T.C., Rosenvinge, J.H. & Martinussen, M. Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Child Psychology and Psychotherapy*, 2006;13, 194–201.
82. Weinberg, A., & Creed, F. “Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff”, *The Lancet* 2000; (355 Feb): 533-537.
83. Ivancevich, J.M., & Matteson, M.T. *Organizational behavior*, Irwin (Homewood, IL) 1993.
84. Berland, A., Natvig, G.K., & Gundersen, D. Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*; 2008; 24: 90-7
85. Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D.E. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res*; 2003; 54:171-8
86. Persaud, R. Reducing the stress in medicine. *Postgrad Med J*. 2002; 78; 1-3
87. Al-Omar, B.A. Sources of Work-Stress among Hospital-Staff at the Saudi MOH, JKAU: Econ. & Adm., 2003; 17, 1: 3-16 (1424 A.H./2003 A.D.).
88. Wilson, W. Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 1967;67, 294-306.
89. Diener, E. Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 1984; 95, 542-575.
90. Diener, E., Suh E., & Oishi, Sh. Subjective Well-Being, *Indian Journal of Clinical Psychology*.1997.
91. Huebner, S. *Manual for the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*. 2001. <http://www.psych.sc.edu/pdfdocs/huebslssmanual.doc>.
92. Seidlitz, L. and Diener E. Memory for positive versus negative life events: Theories for the differences between happy and unhappy persons, *Journal of Personality and Social Psychology*.1993; 64: 654–664.
93. Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. The Dynamic Process of Life Satisfaction, *Journal of Personality*, 2006; 74, 1421-1450.
94. Sirriyeh, R. Lawton, R. Gardner, P. & Armitage, G., (2010) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being, *Quality & Safety Health Care*; 19:1-8 doi:10.1136/qshc.2009.035253
95. Пајевић, Д. *Психологија рада*. Београд: Либер. 2006.
96. Spector, P. E. *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA.: Sage.1997
97. Taylor, G.S. & Vest, J. Pay comparisons and pay satisfaction among public sector employees. *Public Personnel Management*, 1992; 21: 445-454.

98. Emmert, M.A. & Taher, W.A. Public sector professionals: The effect of public sector jobs on motivation, job satisfaction and work involvement. *American Review of Public Administration*, 1992; 22, 1: 37-48.
99. DeSantis, V.S. & Durst, S.L. Comparing job satisfaction among public- and private-sector employees. *American Review of Public Administration*, 1996; 26, 3: 327-343.
100. McNeese-Smith, D. Increasing employee productivity, job satisfaction, and organizational commitment. *Hospital & Health Services Administration*, 1996; 41, 2: 160-175.
101. Bergmann, T.J., Bergmann, M.A., & Grahn, J.L. How important are employee benefits to public sector employees. *Public Personnel Management*, 1994; 23: 397-406.
102. Drago, R., Estrin, S., & Wooden, M. Pay for performance incentives and work attitudes. *Australian Journal of Management*, 1992; 17, 2: 217-231.
103. Bogg, J. & Cooper, C. Job satisfaction, mental health and occupational stress among senior civil servants. *Human Relations*, 1995; 48, 3: 327-341.
104. Bovier, P.A. & Perneger, T.A. Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 2003; 13, 4: 299-305
105. Solly, D. C., & Hohenshil, T. H. Job satisfaction of school psychologists in a primarily rural state. *School Psychology Review*, 1986; 15 (1): 119-126.
106. Levinson, E. M. Job satisfaction among school psychologists: A replication study. *Psychological Reports*, 1989; 65: 579-584.
107. Anderson, W.T., Hohenshil, T.H., & Brown, D.T. Job satisfaction among practicing school psychologists: A national study. *School Psychology Review*, 1984; 13: 225-230.
108. Brown, M., Hohenshil, T.H., & Brown, D.. School Psychologists' job satisfaction in the USA: A national study. *School Psychology International Journal*, 1998; 19(1), 79-89.
109. South, P.H. Test of a model of job satisfaction for North Carolina school psychologists. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Polytechnic and State University, Blacksburg, VA. 1990
110. World Health Organization. ICD - 10: Класификација менталних поремећаја и поремећаја понашања, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд. 1992
111. Anderson IM, Tomenson BM. The efficacy of SSRI in depression: a meta-analysis of studies against tricyclic antidepressants. *J Psychopharmacol* 1994; 8: 238-49.
112. Greenberg, L.S., & Watson, J. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 1998; 8, 210-224.



113. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in US: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch General Psychiatry*. 1994;51:8-19.
114. Goitein, L., Shanafelt, T.D., Wipf, J.E., Slatore, C.G., Back, A.L. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med* 2005;165:2601-6.
115. Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*.2003; 289:3161-3166.
116. Латас, М., и Лечић- Тошевски, Д. Анксиозни поремећаји. У: Јашовић Гашић М, Лечић Тошевски Д, уред. Уџбеник психијатрије за студенте медицине. Београд: Медицински факултет;. 2007; 156-69.
117. Rachman, S. *Anxiety*. East Sussex: Psychology Press Ltd. 2004.
118. Endler, N S., & Parker, J. D. A. State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*. 1990; 42:207 – 220
119. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 1994.
120. Newbury-Birch, D. & Kamali, F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers *Postgrad Med J*. 2001; 77(904): 109–111. doi: 10.1136/pmj.77.904.109
121. Bryson, A. Temporary agency workers and workplace performance in the private sector, LSE, Centre for Economic Performance, Manpower Human Resources Lab Discussion Paper 2007.
122. Wood, S. Job characteristics, employee voice and well-being in Britain, *Industrial Relations Journal*, 2008; 39(2), 153-168.
123. Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974; 30: 159-165
124. Maslach, C. Burnout: A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T.Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis. 1993.
125. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine WS, editor. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage, 1982; 29–40.
126. Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor and Francis.1998.
127. Firth-Cohen J. New stressors, new remedies. *Occupational Medicine*; 2006; 50: 199–201.

128. Deckard, G., Meterko, M., Field, D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care* . 1994; 32: 745–754.
129. Martini, S., Arfken, C.L. et al. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry* 2004; 28: 240–242
130. Huebner, E. S. Burnout among school Psychologists: an exploratory investigation into its nature, extent and correlates. *School Psychology Quaterly*, 1992; 7, 129-136.
131. Skaar, N. R. Development of the Adolescent Exploratory and Risk Behavior Rating Scale. A dissertation submitted to the Faculty of the graduate school of the University of Minnesota. 2009. Доступно на [http://conservancy.umn.edu/bitstream/53807/1/Skaar\\_umn\\_0130E\\_10490.pdf](http://conservancy.umn.edu/bitstream/53807/1/Skaar_umn_0130E_10490.pdf),
132. Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 2012; 34(S1), 31 - 40.
133. Knibbe R.A., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U., Bloomfield, K. A comparison of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol Alcohol*. 2006; 41:19–25.
134. Lundin, A. Hallgren, M. Balliu, N. & Forsell, Y. The Use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Detecting Alcohol Use Disorder and Risk Drinking in the General Population: Validation of AUDIT Using Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, *ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH*, 2015; 39, 1.
135. Митровић, Д., Смедеревац, С., Грујичић, С., & Чоловић, П. Типолошки приступ ризичном понашању адолесцената. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 2006; 1, 264-278.
136. Flaherty, J. A. & Richman, J. A. Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. *Psychiatric Clinics of North America*, 1993; 16(1): 189-197.
137. Good, G. E. Thoreson, R.W. & Shaughnessy, P. Substance Use, Confrontation of Impaired Colleagues, and Psychological Functioning among Counseling Psychologists: A National Survey *The Counseling Psychologist*, 1995; 23. 4 : 703-721
138. Mrazek, P., & Haggerty, R. *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C.: National Academy Press.1994.
139. Jane-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer, *Direccao Geral de Saude*, Lisbon, Portugal. 2007.

140. Pollett, H. Mental Health Promotion: A Literature Review. 2007. Available at: <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>.
141. *The Sainsbury Centre for Mental Health*. Briefing on Standard One of the National Service Framework for Mental Health: Mental Health Promotion. SCMh, London, UK, 2004.
142. Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL* Oxford University Press. Vol. 11, No. 1. Printed in Great Britain. 1996.
143. World Health Organisation. Mental health action plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2013*.
144. Lehtinen V., Riikonen E., & Lahtinen E. *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health. 1997
145. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49: 71-75.
146. Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Jr., Wilcox, K., Segal, N., & Rich, S. Personality Similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988; 54, 1031-1039.
147. Lyubomirsky, S. Why are some happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 2001; 56(3), 239-324.
148. Cohen, S., Memelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. Measuring the functional components of social support. In I.G. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and application*. The Hague: Martinus Nijhoff. 1985; 73-94.
149. Akiskal HS<sup>1</sup>, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Rapaport MH, Kelsoe JR, Gillin JC, Smith TL. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *J Affect Disord*. 2005;85(1-2):45-52.
150. Antonovsky, A., Sourani, T. Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and Family*, 1988; 50, (1), 79-92.
151. Минић, Ј.. Породична афективна везаност студената психологије. Зборник: Породица са адолесцентом у транзицији. Центар за научна истраживања САНУ и Универзитета у Нишу. Одсек друштвених наука, Одсек медицинских наука. 2012.; 97-110.
152. Маринковић, Ј. Породични стрес и породичне снаге једнородитељских породица. Докторска дисертација. Филозофски факултет: Нови Сад. 2009.

153. *Popov, B., & Popov, S.* Adverse working conditions, job insecurity and occupational stress: The role of (ir)rational beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 2013; 31(1), 27–38.
154. *Тимотијевић И, Пауновић ВР.* Инструменти клиничке процене у психијатрији. Београд: Институт за ментално здравље; 2003
155. Maslach, Ch. & Jackson, S. The measurement of experienced burnout, *Journal of occupational behaviour.* 1981; 2, 99-113
156. Zung, W. W.K. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics.* 1971
157. Ramirez, S., Lukenbill, J. Psychometric Properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale for Adults with Intellectual Disabilities (SAS-ID). *Journal of Developmental and Physical Disabilities,* 2008; 20, 6: 573-580.
158. Spector, P. E.. Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology,* 1985; 13, 693-713.
159. Spector, P. E. Job satisfaction Survey, JSS. Retrieved from the World Wide Web 1997. <http://chuma.cas.usf.edu/~spector/scales/jssovr.html>. 102
160. *Smith, M., Jaffe-Gill, E., Segal, J., & Segal, R.* Preventing Burnout: Signs, symptoms, causes, and coping strategies. *J Soc Sci.* 2012; 32(3): 295-309.
161. Zimet, G.D. Powell,S.S. Farley,G.K. Werkman, S. & Berkoff, K.A. Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support *Journal of Personality Assessment* 1990; 55, 3-4: 610-617
162. Barrera, M. Jr. & Ainlay, Sh.L. The structure of social support: A Conceptual and empirical analysis *Journal of Community Psychology.* 1983; 11, 2: 133–143
163. Cauty-Mitchell, J. Zimet, G.D. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology,* 2000; 28, 3: 391-400
164. Merz EL, Roesch SC, Malcarne VL, Penedo FJ, Llabre MM, Weitzman OB, Navas-Nacher EL, Perreira KM, Gonzalez F, Ponguta LA, Johnson TP, Gallo LC. Validation of interpersonal support evaluation list-12 (ISEL-12) scores among English- and Spanish-speaking Hispanics/Latinos from the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychol Assess.* 2014 26(2):384-94.
165. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Relation of affective temperament and clinical features in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Derg.* 2005;16(3):164–69
166. Kesebir S, Gündoğar D, Küçüksubaşı Y, Tatlıdil YE. The relation between affective temperament and resilience in depression: a controlled study. *J Affect Disord.* 2013;148:352–6. doi: 10.1016/j.jad.2012.12.023.

167. Signoretta, S., Maremmani, I., Liguori, A., Perugi, G., Akiskal, H.S., Affective temperament traits measured by TEMPS-I and emotional-behavioral problems in clinically-well children, adolescents, and young adults. *J. Affect. Disord.* 2005; 85, 169–180.
168. Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 2004; 130: 574–600.
169. Watson, D., & Slack, A. K. General factors of affective temperament and their relation to job satisfaction over time. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1993; 54, 181–202.
170. Watson, D., & Tellegen, A. Aggregation, acquiescence, and the assessment of trait affectivity. *Journal of Research in Personality*, 2002; 36: 589–597.
171. Југовић, А. Ризична понашања омладине. У: С. Михаиловић (ур.), *Младу загуљени у транзицији* (Београд: Центар за проучавање алтернатива. 2004; 177-204.
172. Staw, B.M., & Ross, J. Stability in the midst of change: A dispositional approach to job attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 1985; 70, 469-480
173. Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., & Tattersall, A. Stress in nurses: Coping, managerial support, and work demand. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2001; 17(1), 55-63.
174. Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T., & Consoli, S. M. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: Longitudinal results from the GAZEL study. *British Journal of Psychiatry*, 2002; 181, 111-117.
175. Sharma, N. R., Yadava, As., & Yadava, Am. Mental health of women in relation to job stress. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 2001; 17(1), 41-44.
176. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press; 2004.
177. Cloninger CR. Fostering spirituality and well-being in clinical practice. *Psychiatric Annals*.2006;36:1–6.
178. Hantouche, E.G., Angst, J., Akiskal, H.S., Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J. Affect. Disord.* 2003; 73, 39– 47.
179. Akiskal, H.S., Hantouche, E.G., Allilaire, J.-F., BP-II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J. Affect. Disord.* 2003; 73, 49– 57.
180. Gershenfeld, H.K., Paul, S.M., Towards a genetics of anxious temperament: from mice to men. *Acta Psychiatr. Scand.*1998; 98 (Suppl. 393), 56– 65.

181. Merikangas, K.R., Avenevoli, S., Dierker, L., Grillon, C., 1999. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biol. Psychiatry* 1999; 46, 1523– 1535.
182. Akiskal, H.S., Placidi, G.F., Marenmani, I., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Mallya, G., Puzantian, V.R. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a non patient population. *Journal of Affective Disorders*. 1998; 51, 7–19.
183. Barlow, D. H. & Wincze, J. DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)* 1998; 393, 23–29.
184. Kendler, K. S., Myers, J. M., Maes, H. H., & Keyes, C. L. M. *Behavior Genetics*, 2011; 41(5), 641-650
185. Smiler, A. P. Thirty years after the discovery of gender: Psychological concepts and measures of masculinity. *Sex Roles*, 2004; 50, 15–26.
186. Addis, M.E Gender and Depression in Men *CLINICAL PSYCHOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE* • V15 N3, SEPTEMBER 2008 168
187. Обрадовић, Б., & Динић, Б. Особине личности, пол и старост као предиктори здравствено-ризичних понашања. *Примењена психологија*, 2010; 2, 137-153.
188. Madden, T. E., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. Sex differences in anxiety and depression: Empirical evidence and methodological questions. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. New York: Cambridge University Press. 2000; 277-298
189. Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 1993; 28, 195-223.
190. Diener, E., Diener, M., & Diener, C. Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995; 69, 851-864.
191. Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, C. M. A. Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources During the Course of 29 Years. *Annals of Epidemiology*, 2008; 18(7), 531-537.
192. Mcleod, J. D., & Owens, T. J. Psychological Well-Being in the Early Life Course: Variations by Socioeconomic Status, Gender, and Race/Ethnicity. *Social Psychology Quarterly*, 2004; 67(3), 257-278.
193. Veenhoven, R. Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 1991; 24(1), 1-34.
194. Ђорђевић, Д. Проактивно превађање животних ситуација код младих српске националности на Косову и Метохији: ресурси и исходи. Необјављен магистарски рад, Универзитет у Београду, Филозофски факултет 2009.

195. Штула, О. Стрес код становника северног дела Косовске Митровице. *Војни информатор*. 2004; (1-2), 79-90.
196. Jorm, A.F. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*. *Psychological Medicine* . 2000; 30, 1: 11-22
197. Di Tella, R., MacCulloch, R., & Oswald, A. J. The macroeconomics of happiness. *Review of Economics and Statistics*. 2003; 85(4), 809–827.
198. Alesina, A., Di Tella, R., & McCulloch, R. Inequality and happiness: Are European and Americans different? *Journal of Public Economics*. 2004; 88, 2009–2042.
199. Clark, A. E. Born to be mild? Cohort effects don't explain why well-being is U-shaped in age. *Paris-Jourdan Sciences Economiques* . 2006-35,.
200. Angeles, L. (2010), “*Children and Life Satisfaction*”, *Journal of Happiness Studies* 2010; 11 (4): 523-538.
201. Melin,R., Fugl-Meyer, K.S., and Fugl-Meyer, A.R. LIFE SATISFACTION IN 18- TO 64-YEAR-OLD SWEDES: IN RELATION TO EDUCATION, EMPLOYMENT SITUATION, HEALTH AND PHYSICAL ACTIVITY. *J Rehabil Med* 2003; 35: 84–90
202. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., ZAMARRÓN, M.D., and RUÍZ, M.A. The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*. 2001; 21: 25-43
203. Pincus , T., Callahan, L.F., Burkhauser, R.V. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18–64 United States population. *Journal of Chronic Diseases*. 1987; 40, 9: 865–874
204. Grady, T. L. Job satisfaction of vocational agriculture teachers in Louisiana. *The Journal of the American Association of Teacher Educators in Agriculture*, 1985; 26(3), 70-78, 85.
205. Cano, J., & Miller, G. A gender analysis of job satisfaction, job satisfier factors, and job dissatisfier factors of agricultural education teachers. *Journal of Agricultural Education*, 1992; 33(3), 40-46
206. Castillo, J. X., Conklin, E. A., & Cano, J. (1999). Job satisfaction of Ohio agricultural education teachers. *Journal of Agricultural Education*, 40(2), 19-27.
207. Caplan, Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309:1261
208. DeVries, A.C., Craft, T.K., Glasper, E.R., Neigh, G.N. & Alexander, J.K. Curt P. Richter award winner: Social influences on stress responses and health. *Psychoneuroendocrinology*, 2007; 32(6), 587-603.

209. Rosengren, A., Orth-Gomér, K., Wedel, H. and Wilhelmsen L., Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *BMJ*. 1993 Oct 30; 307(6912): 1102–1105.
210. Sarason, B.R., Sarason, I.G. & Shearin, E.N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *J Pers Soc Psychol*, 1986: 50, 845-855.
211. Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
212. Matheny, K. B., Curlette, W. L., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C. A., Thompson, D., et al.. Coping resources, perceived stress and life satisfaction among Turkish and American university students. *International Journal of Stress Management*, 2002; 9: 81-97.
213. Diener, E. & Diener, M. Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem Culture and Well-Being Social Indicators Research Series. 2009; 38: 71-91
214. Станојевић, Д. Субјективна добробит младих српске националности на Косову и Метохији. Међународни тематски зборник: Косово и Метохија у цивилизацијским токовима. Универзитет у Приштини, Филозофски факултет. Косовска Митровица, 2010; 5: 301–317.
215. Pillay, A.L & Wassenaar, D.R. Recent stressors and family satisfaction in suicidal adolescents in South Africa *Journal of Adolescence* 1997; 20, 2: 155–162
216. Yen, JY., Cheng-Fang Y., Cheng-Chung Ch., Sue-Huei Ch., & Chih-Hung Ko. Family Factors of Internet Addiction and Substance Use Experience in Taiwanese Adolescents *CyberPsychology & Behavior*. 2007, 10(3): 323-329.



## 12. ПРИЛОГ

### 12.1. Кључна документацијска информатика

#### УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ, ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

Редни број  
Идентификациони број - ИБР  
Тип документације - ТД  
Тип записа  
Врста рада - ВР  
Аутор - АУ  
Ментор - МН  
Наслов рада

Језик публикације - ЈП  
Језик извода - ЈИ  
Земља публикавања - ЗП  
Уже географско подручје - УГП  
Година - ГО  
Издавач - ИЗ  
Место и адреса - МС  
Физички опис рада - ФО  
Научна област - НО  
Научна дисциплина - ДИ  
Предметна одредница / кључне речи - ПО

УДК  
Чува се - ЧУ

Важна напомена - ВН  
Извод - ИД

Монографска публикација  
Текстуални штампани материјал  
Докторска дисертација  
Биљана Јаредић  
Драгана Игњатовић Ристић  
Повезаност персоналних, интерперсоналних и организационих параметар и позитивних и негативних карактеристика менталног здравља лекара и психолога  
Српски (ћирилица)  
Српски / Енглески  
Србија  
Шумадија  
2015.  
Ауторски репринт  
34000 Крагујевац, Светозара Марковића 69

Медицина  
Неуронауке  
ментално здравље, лекари, психолози, ресурси, исходи

У библиотеци Медицинског Факултета  
Универзитета у Крагујевцу, Србија

Циљ истраживања био је да се испитају снаге (ресурси) (персонални, интерперсонални и организациони) и исходи (позитивни и негативни) менталног здравља у овој групи запослених и то код лекара и психолога. У раду је испитана следећа група ресурса: пол, узраст, образовање, брачни статус, број деце, материјални статус, индекс телесне масе, темперамент, задовољство породицом, социјалну подршка, извори стреса на послу, специфичност радног места, дужина радног стажа и промена радног статуса (да ли је био премештен-а или отпуштен-а са посла). Од исхода, у истраживању су испитани: задовољство животом, задовољство послом, депресивност, анксиозност, хроничне болести и симптоми изгарања на послу и

ризично здравствено понашање. Узорак су чинили лекари (лекари као и будући лекари студенти друге године медицине) и психолози (психолози као и будући психолози студенти друге године психологије) са подручја Крагујевца, Ниша и Косова и Метохије, њих укупно 427. Индивидуални, интерперсонални и организациони параметри битне су одреднице позитивних и негативних карактеристика менталног здравља лекара и психолога. Црте темперамента су значајан параметар за предвиђање задовољства животом, депресивности, анксиозности и изгарања на послу. Низак ниво социјалне подршке повезан је са вишим нивоима депресивности, анксиозности и изгарањем на послу, виши нивои задовољства породицом са задовољством послом и животом. Одређени чиниоци посла битни су за предвиђање задовољства животом и послом као и изгарања на послу. Овакви резултати омогућиће унапређење менталног здравља код лекара и психолога као и повећање квалитета услуга које пружају.

Датум одбране  
Чланови комисије -

## 9.2. Key Words Documentation

### UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC, FACULTY OF MEDICAL SCIENCES KEY WORDS DOCUMENTATION

Accession Number – ANO	
Identification number - INO	
Document type - DT	Monographic publication
Type of record – TR	Textual material, printed
Contens code - CC	Ph.D. Thesis
Author - AU	Biljana Jaredić
Menthor - MN	Dragana Ignjatović Ristić
Title	The connection of personal, interpersonal and organizational parameters of both positive and negative characteristics of mental health of doctors and psychologists
Lanquare of text - LT	Serbian
Lanquare of abstract - LA	Serbian / English
Country of publication - CP	Serbia
Locality of publication - LP	Shumadia municipality
Publication year - PY	2015
Publication place - PP	34000 Kragujevac, st. Svetozar Markovic 69
Physical description	
Scientific field	Medicine SF
Scientific discipline	Neuroscience
Subjest / Key words – SKW	mental health, doctors, psychologists, resources, outcomes
UDC	
Holdinr data – HD	Library of Faculty of Medicine, University of Kragujevac, Serbia
Note – N	
Abstract	The aim of this study was to examine strength (resources) (personal, interpersonal and organizational) and outcomes (positive and negative) of mental health in this group of employees, of doctors and psychologists. In the study the following resource group were examined: gender, age, education, marital status, number of children, income, body mass index, temperament, family satisfaction, social support, sources of stress at work, the specificity of the workplace, length of service and changes in work status (whether one was transferred or dismissed from a job). In the study the following outcomes were examined: life satisfaction, job satisfaction, depression, anxiety, chronic diseases and symptoms of burnout and risky health behavior. The sample was consisted of doctors (doctors and future doctors, students of the second year of medicine) and psychologists (psychologist as well as psychologists, students of the second year of psychology) from the territory of Kragujevac, Nis and Kosovo and Metohia, total 427. The individual, interpersonal and organizational parameters are important determinants of both positive and negative characteristics of mental health of doctors and psychologists. The features of temperament are important parameters for predicting life satisfaction, depression, anxiety and burnout. The low level of social support is connected with higher levels of depression, anxiety and burnout, higher levels of satisfaction with

family life and job satisfaction. The determined factors of job are essential for predicting life satisfaction and work satisfaction as well as burnout. These results will enable the improvement of mental health among doctors and psychologists as well as increasing the quality of services they provide.

### 9.3 Кратка биографија кандидата

Биљана Н. Јаредић (рођена Милошевић) рођена је 27.12.1983. у Косовској Митровици. Средњу медицинску школу завршила је у Косовској Митровици, студије психологије на Филозофском факултету Универзитета у Приштини 2007. Саветник је за појединце, породице и парове. Носилац сребрног ордена „Мајке девет Југовића“. Од новембра 2007. и даље запослена је на Филозофском факултету Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, најпре као сарадник у настави, а потом као асистент. Учесник пројекта Министарства за науку и технолошки развој Републике Србије од 2011.године под називом „Косово и Метохија између националног идентитета и евроинтеграција“ (евиденциони број III 47023).

### 9.3 Curriculum vitae of the candidate

Biljana N. Jaredic (maiden name Milosevic) was born on 27.12.1983. in Kosovska Mitrovica. She finished secondary medical school in Kosovska Mitrovica and studies of psychology at the Faculty of Philosophy, University of Prishtina, 2007. Now, she is engaged as an advisor for individuals, families and couples. Besides, she is the holder of a silver medal "Mother of nine Jugovic." Since November 2007 she has been working at the University of Pristina, department the Faculty of Philosophy, temporarily seated in Kosovska Mitrovica, first as a teaching assistant and then as an assistant. She is also a participant of the project of the Ministry of Science and Technological Development of the Republic of Serbia from 2011 entitled "Kosovo and Metohia between National identity and European integration" (document number 47023 III).

