

**Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju**

**PROVODITELJI AMNIOCENTEZE – STAVOVI O AMNIOCENTEZI,
SAGORIJEVANJE NA POSLU I PSIHOSOCIJALNE POTREBE**

Diplomski rad

Mia Roje

Mentorica: prof. dr. sc. Lidija Arambašić

Zagreb, 2015.

SADRŽAJ

1. UVOD

1.1.	Stres i sagorijevanje na poslu	.....
1.2.	Profesionalni stres liječnika		1
1.3.	Psihosocijalne potrebe liječnika	.....
1.4.	Amniocenteza		3
		
			5
		
			6

2. CILJ I PROBLEMI

2.1.	Cilj	.....	8
2.2.		.....	8
	Problemi		

3. PROVEDBA ISTRAŽIVANJA

3.1.		.....	10
	Sudionici	.....	11
3.2.			
	Postupak		

4. REZULTATI

4.1.		.....	13
	Profesionalne karakteristike	.....	13
4.2.	Stavovi	.....	17
	o amniocentezi	.....	20
4.3.		.....	21
	Sagorijevanje na poslu		
4.4.			
	Psihosocijalne potrebe		
4.5.	Osobna		
	iskustva s amniocentezom		

5. RASPRAVA	.....	23
6. ZAKLJUČAK	.....	27
7. LITERATURA	.....	28
8. PRILOG 1 – Protokol intervjua	.....	32

**Provoditelji amniocenteze – stavovi o amniocentezi, sagorijevanje na poslu i
psihosocijalne potrebe**

Mia Roje

Sažetak

Svjedoci smo svakodnevnih medijskih istupa protiv zdravstvenog sustava. U velikoj mjeri pritužbe idu na djelatnike odjela ginekologije, čiji su stručnjaci u literaturi poznati kao specijalisti s najviše sagorijevanja na poslu (Martini, Arfken, Churchill i Balon, 2004). Uz osnovne radne zadatke dio ginekologa provodi prenatalna genetska testiranja, najčešće amniocentezu, u suradnji s biolozima – citogenetičarima. S obzirom na povećan opseg ionako stresnog posla, provoditelji amniocenteze zanimljiva su populacija za psihološka istraživanja. Ipak, u dostupnoj literaturi gotovo da ne postoje radovi koji ih imaju u fokusu interesa. Pokazano je da stavovi provoditelja amniocenteze imaju snažan utjecaj na trudnice (Marteau, Plenicar i Kidd, 1993), kao i da sagorijevanje ima negativne učinke po zdravlje liječnika i bolesnika (McManus, 1997), što je dalo poticaj ovom istraživanju. Cilj ovog istraživanja bio je dobiti detaljan uvid o provoditeljima amniocenteze, odnosno njihovim stavovima o amniocentezi, sagorijevanju na poslu, psihosocijalnim potrebama na radnome mjestu i osobnim iskustvima s amniocentezom. Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 11 provoditelja amniocenteze, od čega 8 ginekologa i 3 biologa – citogenetičara. Podaci su prikupljeni dubinskim intervjuima prosječnog trajanja 70 minuta. Rezultati pokazuju da

provoditelji amniocenteze iskazuju većinom pozitivne stavove prema amniocentezi, pokazuju umjereno snažne znakove sagorijevanja na poslu i imaju psihosocijalne potrebe, uglavnom učenje komunikacijskih vještina i strategija suočavanja sa stresom. Uočene su specifičnosti u stavovima prema amniocentezi, znakovima profesionalnog sagorijevanja i psihosocijalnim potrebama provoditelja amniocenteze s obzirom na rod, dob i osnovnu struku.

Ključne riječi: amniocenteza, stavovi, sagorijevanje na poslu, psihosocijalne potrebe

Amniocentesis Conductors – Attitudes towards Amniocentesis, Professional Burnout and Psychosocial Needs

Mia Roje

Abstract

Nowadays we are witnessing a lot of media propaganda against the health system. In many cases complains refer to gynecology department employees, whose experts are known as specialist with most burnout symptoms in scientific literature (Martini, Arfken, Churchill and Balon, 2004). Beside their basic agenda, certain number of gynecologists conducts prenatal genetic tests interworking with biologists – cytogenetic experts, most commonly the amniocentesis. Regarding the enlarged amount of their stressful work, the conductors of amniocentesis are an interesting population for psychological research. Anyhow, research papers focused on that population are almost not at all available in scientific literature. It has been proven that amniocentesis conductors' attitudes strongly influence pregnant women (Marteau, Plenicar and Kidd, 1993), as well as that burnout negatively effects both doctors' and patients' health (McManus, 1997). These findings encouraged this particular research. The aim of this research was to gain a comprehensive inquiry about the amniocentesis conductors' – their personal and professional characteristics, their personal experiences and attitudes towards amniocentesis, professional burnout and psychosocial needs on their workplace. The research has been conducted on occasional sample of 11 amniocentesis conductors, 8 gynecologists and 3 biologists – cytogenetic experts. Data were collected by interviews lasting on average 70 minutes. The results evince that amniocentesis conductors

show mostly positive attitudes towards amniocentesis; they show symptoms of professional burnout and express psychosocial needs, mostly communication skills training as well as stress managing strategies. Some specificity, regarding participants' gender, age and basic profession are perceived – in attitudes towards amniocentesis, professional burnout and psychosocial needs.

Key words: amniocentesis, attitudes, professional burnout, psychosocial needs

1. UVOD

Hrvatsku javnost preplavljaju medijski napisi o neugodnim iskustvima koje žene doživljavaju u rodilištima. Žale se na uvrede, neprofesionalnost i općenito loš tretman od strane liječnika. Istovremeno, ginekolozi su opterećeni brojnim drugim aspektima posla – operativnom ginekologijom, ginekološkom onkologijom, opstetricijom i fetalnom medicinom. Od druge polovine prošlog stoljeća, zajedno s citogenetičarima bave se i provođenjem prenatalnih genetskih testiranja (Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2000). S obzirom na opseg posla i količinu odgovornosti, ne čudi da je sagorijevanje na poslu od svih specijalizacija najviše izraženo upravo u ginekologa, i to u čak 75% njih (Martini, Arfken, Churchill i Balon, 2004). Djelatnici zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, pa tako ni provoditelji amniocenteze, nemaju psihološku edukaciju i podršku, unatoč neformalnim nastojanjima pojedinih zdravstvenih djelatnika da organiziraju neki oblik psihološke podrške i edukacije u svojim matičnim ustanovama. U Hrvatskoj zasada ne postoji istraživanje koje ispituje bilo kakve psihološke aspekte osoba koje provode prenatalna genetska testiranja, a predstavljaju populaciju od iznimno malog interesa i u stranoj psihološkoj literaturi.

1.1. Stres i sagorijevanje na poslu

U svakodnevnoj komunikaciji često spominjemo pojam stresa. Koristimo ga kako bismo opisali napetost, nervozu, anksioznost, neugodne situacije i slično. Postoji mnogo različitih definicija stresa, od kojih najveći broj pripada jednoj od tri kategorije: stres kao podražaj, stres kao reakcija ili stres kao interakcija podražaj – reakcija (Škrinjar, 1997). Prema Arambašić (2000), stres je skup emocionalnih, misaonih, tjelesnih i ponašajnih reakcija do kojih dolazi zbog procjena događaja kao opasnog ili uznemirujućeg, odnosno zbog zahtjeva okoline kojima ne možemo udovoljiti. Puno je vrsta stresa s obzirom na izvor i okolinu u kojoj do njega dolazi, a za ovaj rad osobito je važan profesionalni stres. Prema Ajduković i Ajduković (1996), radni ili profesionalni stres označava nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram naših mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo.

Kao teška reakcija na stres, koja se očituje kroz tjelesnu i emotivnu iscrpljenost, a povezana je s opterećenjem na poslu, javlja se sindrom sagorijevanja na poslu, u engleskoj literaturi *burnout syndrom*– istrošenost, iscrpljivanje, izgaranje (Bujas, 2001). U hrvatskom jeziku, uz naziv sagorijevanje, koriste se i pojmovi sindrom sagorijevanja, pregorijevanja, izgaranja.

Prema definiciji koju su postavili Girdino, Everly i Dusek (1996; prema Škrinjar, 1997), sindrom sagorijevanja je stanje psihičke, tjelesne ili psihofizičke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim i kroničnim stresom. Autori razlikuju tri stupnja sagorijevanja: prvi stupanj - početna napetost, kada se javljaju psihološke i fiziološke reakcije kao što su stalna razdraženost, anksioznost, nesanica, zaboravljivost; drugi stupanj – reaktivna kompenzacija stresa s očuvanjem energije, faza u kojoj osobe kasne na posao, odgađaju poslove, nerado prihvaćaju nove zadatke, produžuju radne pauze kako bi očuvali energiju te tako kompenzirali stres i treći stupanj – faza istrošenosti kada se posao počinje doživljavati kao opterećenje, javlja se kronična depresija, pad otpornosti, pobolijevanja, psihosomatski problemi, psihička i tjelesna izmorenost.

Pojam sagorijevanja na poslu uveo je psihoanalitičar Herbert Freudenberger, nakon čega ga je preuzela Christina Maslach, koja je najviše pridonijela istraživanju ovog sindroma (Škrinjar, 1997). Maslach i Jackson (1981) objašnjavaju sagorijevanje kao sindrom koji sadržava emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjenje osobnog postignuća. Autori su emocionalnu iscrpljenost definirali kao dugotrajni osjećaj iscrpljenosti i odbijanja kontakata s drugim ljudima, dok se pojam depersonalizacije odnosi na stanje smanjene osjetljivosti, osjećajnosti i otupljenosti za probleme drugih ljudi te ciničan odnos prema njima. Smanjeno osobno postignuće odnosi se na opadanje doživljaja kompetencije i uspješnog postignuća u radu s ljudima, što može razviti i ekstremnije osjećaje neadekvatnosti i neuspjeha, gubitak samopoštovanja, pa čak i depresiju (Maslach i Jackson, 1981).

Iako su se nekada osobni i okolinski čimbenici kao uzroci sagorijevanja promatrali odvojeno, novija istraživanja sagorijevanja eksplicitno integriraju oba ova faktora (Maslach i suradnici, 2001; prema Angerer, 2003). Isti autori izgradili su model koji je usmjeren na usklađenost radnog okruženja i zaposlenika, a sastoji se od šest sljedećih polja radnog okruženja i radnika: preopterećenost poslom, manjak kontrole, nedostatak nagrada, loša komunikacija, pomanjkanje pravednosti i proturječne vrijednosti. Maslach (1982; prema Škrinjar, 1997) definira sagorijevanje višedimenzionalnim konceptom. Ona utvrđuje tri komponente sagorijevanja: tjelesna - povećana sklonost bolestima, psihosomatske smetnje, umor, zlouporaba alkohola ili medikamenata; emocionalna - bespomoćnost, beznadnost, otuđenost, bezizlaznost, otkazivanje mehanizama kontrole i svladavanja; psihička -

nezadovoljstvo radom, gubitak samopoštovanja, razvoj dehumanizirajućih stavova prema ljudima kojima bi se trebalo pomoći.

Usprkos individualnim razlikama, u različitim ljudi pojavljuje se niz istih znakova sagorijevanja. Najčešći znakovi o kojima govori literatura su: osjećaj tjelesne i emocionalne iscrpljenosti, gubitak osjećaja osobne vrijednosti, negativizam, gubitak zanimanja za klijente, cinizam i neosjetljivost za tuđe potrebe, osjećaj bespomoćnosti i beznada, pesimizam, razdražljivost i niska tolerancija na frustraciju, srdžba, netrpeljivost, sumnjičavost, rigidnost i neprilagodljivost, povlačenje u socijalnim odnosima, učestaliji sukobi i agresivni ispadi, povećana upotreba alkohola, duhana, stimulirajućih sredstava i lijekova, izostajanje s posla, osjećaj opće slabosti, učestalo pobolijevanje, preosjetljivost na podražaje (zvukove, mirise, toplinu), komunikacijske poteškoće, gubitak seksualnog interesa, seksualni problemi, tjelesni simptomi - glavobolje, bolovi u leđima, poteškoće disanja, spavanja i prehrane, probavne tegobe (Ajduković i Ajduković, 1996).

Sagorijevanje ima negativne posljedice na individualna postignuća na radnome mjestu i povezano je s čestim izbjivanjem s posla, promjenama posla, niskom produktivnošću, smanjenim zadovoljstvom poslom i smanjenom posvećenosti poslu (Golembiewski i suradnici, 1987; prema Angerer, 2003), stoga je vrijedno istraživati sagorijevanje na poslu te djelovati na njegovo ublažavanje i prevenciju.

1.2. Profesionalni stres liječnika

Liječnici su kao profesionalna skupina izloženi visokoj razini stresa (McManus, 1997). Prema Chong, Killen i Clarke (2004), čak 68% liječnika u nekoj fazi karijere razmišlja o napuštanju struke, i to polovina njih vrlo ozbiljno. Kao razloge navode visoku razinu stresa i preopterećenost. Konkretno, glavni stresori su im: hitna stanja, dežurstva, donošenje odluka nakon noćnog dežurstva, rutinski medicinski rad i mala mogućnost napredovanja. Liječnici kao izraziti stresor doživljavaju i psihološki pritisak bolesnika povezan s pogrešnom informiranošću i nerealnim očekivanjima (Knežević, Golubić, Milošević, Matec i Mastajbegović, 2009).

Pranjić, Maleš – Bilić, Beganlić i Mustajbegović (2006) identificiraju intenzivne stresore radnog mjesta liječnika na bosansko – hercegovačkom uzorku. To su prije svega nejasni i/ili proturječni radni nalozi, prekidi i smetnje u radu, nedostatna predviđanja i planovi

rada, nedostatno poučavanje ili edukacija za nove zadatke, opterećenje zbog loše raspoređenog radnog vremena, neadekvatna promjena između aktivne faze i odmora, preopterećenje s puno radnih zadataka, nedostupnost odgovarajuće trajne edukacije, nedostatna radna sredstva ili informacije i vremenski tjesnac.

Svaka specijalizacija i radno mjesto liječnika nose drugačije odgovornosti i stresore (McManus, 1997), stoga možemo pretpostaviti da se liječnici međusobno razlikuju po karakteristikama, stavovima, sagorijevanju na poslu i specifičnim psihosocijalnim potrebama.

U usporedbi s ostalim specijalizacijama, specijalizanti ginekologije najviše pate od sagorijevanja na poslu. Čak četiri petine specijalizanata pokazuje barem umjereno sagorijevanje na poslu (Martini i suradnici, 2004). Prema Govardhan, Pinelli i Schnatz (2012), 13% ginekologa već na specijalizaciji pokazuje sagorijevanje na sva tri Maslachina faktora, dok je više od polovine sagoreno na poslu. Gabbe, Melville, Mandel i Walker (2002) nalaze da su predstojnici ginekoloških klinika u visokom stupnju emocionalno iscrpljeni i umjereno depersonalizirani te ukupno pokazuju umjeren do visok stupanj sagorijevanja na poslu. Autori predlažu uvođenje psiholoških edukacija u program njihovih specijalizacija.

Pojedini ginekolozi bave se i provođenjem prenatalnih genetskih testiranja. Njihovi stavovi, sagorijevanje na poslu ili bilo kakvi psihološki aspekti vrlo su rijetko istraživani. Dostupna istraživanja provoditelja amniocenteze usmjerena su na njihove stavove o amniocentezi i komunikaciju s trudnicama. Marteau, Plenicar i Kidd (1993) povezale su stavove ginekologa o smislenosti provođenja amniocenteze na konkretnoj trudnici i to kako su joj prezentirali mogućnost podvrgavanja pretrazi. Pronašle su da stavovi snažno oblikuju način komunikacije liječnika, iako oni smatraju da daju objektivni i nepristrani iskaz. S obzirom na to da su u većini slučajeva liječnici imali stav u korist provođenja pretrage, sustavno su naglašavali rizike od kromosomskih aberacija ploda, a manji naglasak davali na rizike amniocenteze. Marteau, Kidd, Cook, Michie, Johnston, Slack i Shaw (1991) ističu važnost razumijevanja liječnika za to kako trudnice donose odluku o prenatalnom testiranju. Naime, iako liječnici smatraju da se odluka temelji na stvarnom riziku od kromosomske aberacije ploda, pokazano je da stvarni rizik uopće nije povezan s doživljenim rizikom, na kojemu žene temelje svoju odluku.

1.3. Psihosocijalne potrebe liječnika

Liječničko zvanje prije svega uključuje humano pružanje pomoći onima kojima je to najpotrebnije. Ipak, pitanje je znaju li i mogu li liječnici adekvatno brinuti o sebi u iznimno stresnim i odgovornim situacijama na poslu. Govardhan, Pinelli i Schnatz (2012) objašnjavaju kako liječnici ne znaju ili se ne stižu samostalno brinuti o sebi da bi smanjili ili prevenirali sagorijevanje na poslu.

Prema Petersu i Kingu (2012), liječnici imaju snažno izražen negativni perfekcionizam, odnosno težnju za savršenstvom na poslu koja je povezana s negativnim potkrepljenjem. Neadaptivne perfekcionistačke težnje motivirane su strahom od neuspjeha, odnosno težnjom za izbjegavanjem s neuspjehom povezanih negativnih posljedica, nastojanjem da se što više odmaknu od svog neprihvatljivoga ili nepoželjnoga ja (Slade i Owens, 1998). Kairi i Diego (2013) upozoravaju na visok rizik od samoubojstva kod medicinskog osoblja, dok se uz rizik od samoubojstva u liječnika javlja i rizik od ovisnosti i depresije povezane s beznađem (Osanya i Perez, 2013).

Nadalje, većina liječnika preko dvije trećine radnog vremena provodi u izravnoj komunikaciji s bolesnicima (McManus, 1997). U obrazovanju medicinskih stručnjaka uglavnom nije pokriven aspekt komunikacijskih vještina. Lay (1977) navodi da više od dvije petine bolesnika ne poslušaju savjet liječnika, a osam od deset njih smatra da je pogrešan. Također, autor nalazi da čak 85% informacija na prvom pregledu liječnik dobiva upravo iz razgovora s bolesnikom, što jasno ukazuje na potrebu za njegovom kvalitetom. McManus (1997) opisuje učinke stručnog treninga komunikacijskih vještina i postavljanja ciljeva liječnika. U odnosu na liječnike koji nisu prošli trening, prve savjete ovih liječnika poslušalo je dvostruko više bolesnika, točnost početne dijagnoze bila im je veća za šest posto, a bolesnici su se vraćali na kontrolu u 30% više slučajeva. Također, slaganje liječnika i bolesnika oko informacija koje su izmijenili bila je 70%, što je za 30% više od liječnika koji nisu prošli trening.

U novije doba osmišljavaju se različiti treninzi i programi za psihoedukaciju liječnika. Ghetti, Chang, i Gosman (2009), primjerice, opisuju učinke tzv. Balintovih grupa, u kojima se liječnike podučava kako se nositi sa sagorijevanjem na poslu, empatiji i vještinama psihološke medicine. Najveći pomak dogodio se upravo u komunikacijskim vještinama te su svi uključeni specijalizanti godinu dana ustrajali u pohađanju treninga, što dovoljno govori o njihovoj potrebi i motivaciji za psihološkom podrškom.

Iz navedenog možemo zaključiti da su liječnici kao skupina u riziku od narušavanja mentalnog zdravlja. Usvajanje komunikacijskih vještina i vještina postavljanja ciljeva liječnika doprinosi boljem odnosu s bolesnicima, kvalitetnijem razumijevanju te točnosti u postavljanju dijagnoze, stoga psihološka podrška i edukacija imaju važno mjesto u zdravstvenom sustavu.

1.4. Amniocenteza

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije oko 60% bolesti vezano je uz nasljeđe te je smrtnost dojenčadi deset puta veća od nasljednih nego infektivnih bolesti (SZO, 2009, prema Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2000). Svakih 30 sekundi u svijetu rodi se dijete koje je prošlo kroz intrauterini teratogeni (nepravilni) razvoj s posljedičnom manjom ili većom anomalijom (SZO, 2009, prema Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2000). U posljednjih nekoliko desetljeća korištenjem tehnologije genetskog inženjerstva u medicini omogućeno je otkrivanje tjelesne genske mape čovjeka. Štoviše, otkriven je i dio morbidne anomalije ljudskog genoma, što znači da su se upoznale mutacije pojedinih genskih lokusa koje dovode do genskih bolesti (Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2000). Iako su ova otkrića znanstveno fascinantna, mnogi vjeruju u etički upitne posljedice razvoja humane genetike. Prije svega postoji opasnost eugenetizacije i genetičke diskriminacije, na način da će se pokušati spriječiti rađanje nositelja patoloških gena (Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2000).

Još prije pedesetak godina nasljedne bolesti uglavnom su se dijagnosticirale tek nakon rođenja djeteta. Ian Donald uveo je ultrazvuk u dijagnostičke svrhe 1961. godine, čime je porodništvo dobilo velike mogućnosti proučavanja razvoja ploda, kao i otkrivanja anomalija (Nicolson, Fleming i Spencer, 2005). Druga pretraga koja je dramatično utjecala na prenatalnu dijagnostiku genskih abnormalnosti je rana amniocenteza koja je uvedena 1966. godine (Woo, 2002). Rana amniocenteza obavlja se između 14. i 19. tjedna trudnoće uvođenjem dugačke igle u šupljinu maternice uz ultrazvučni nadzor. Uzima se uzorak plodove vode koji se citogenetski analizira (Nicolaidis, 2004). Za razliku od ultrazvuka, amniocenteza je invazivna pretraga, odnosno uključuje rizik od spontanog pobačaja u 1:200 žena (Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2010). Nudi se ženama kojima je rizik rađanja djeteta s kromosomskom abnormalnošću veći od 1:200. To su žene iznad 35 godina starosti, kao i mlađe žene s povećanim rizikom da plod pati od kromosomske abnormalnosti. Rizik se

računa prema osobnoj i obiteljskoj anamnezi te nalazima neinvazivnih testova probira (Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu Hrvatskoga liječničkog zbora, 2010).

Nalaz amniocenteze čeka se do tri tjedna zbog kultiviranja uzetih stanica (Wilson, Langlois i Johnson, 2007). Ukoliko se pokaže da plod pati od kromosomske abnormalnosti, etičko vijeće odlučuje postoje li medicinske indikacije za prekid trudnoće (Wilson, Langlois i Johnson, 2007). Prema Zakonu o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece Republike Hrvatske, žena smije pobaciti nakon zakonskog ograničenja od deset tjedana trudnoće kad se na temelju medicinskih indikacija i saznanja medicinske znanosti može očekivati da će se dijete roditi s teškim prirođenim tjelesnim ili duševnim manama (NN 18/78, članak 22). Odnosno, ukoliko komisija odluči da je opravdano prekinuti trudnoću na temelju nalaza amniocenteze, žena to može učiniti bez obzira na gestacijski period.

Važno je razjasniti da amniocenteza ne daje odgovor na pitanje je li sve u redu s djetetom, već odgovara na pitanje ima li dijete određenu kromosomsku abnormalnost ili ne. S obzirom na to da liječnici i trudnice različito gledaju na svrhu amniocenteze, od iznimne je važnosti uputiti trudnice u mogućnosti i ograničenja pretrage (Nicolaidis, Chervenak, McCullough, Avgidou i Papageorghioua, 2005).

Amniocenteza se na našim prostorima obavlja od šezdesetih godina prošlog stoljeća, a kao rutinska metoda odobrena je tek 1971. godine. Dugi niz godina veliki bolnički centri u Splitu, Osijeku i Rijeci trudnice indicirane za amniocentezu slale su u na pretragu u Zagreb (Kurjak, Stavljenić – Rukavina i Pavelić, 2010), dok se danas amniocenteza rutinski provodi u svim nabrojanim gradovima.

Osim amniocenteze postoje i druge invazivne pretrage za otkrivanje kromosomskih abnormalnosti ploda koje ću ukratko opisati. Kordocentozu provodi se nakon 20. tjedna trudnoće uzimanjem krvi ploda iz pupkovine. Tehnika uzimanja i ispitivanja korionskih resica (CVS) provodi se između 8. i 12. tjedna gestacije. Uzima se uzorak korionskih resica kroz abdomen ili transvaginalno, što se danas napušta zbog rizika. Preimplantacijska dijagnostika (PIND) nasljednih bolesti otkriva koje jajne stanice prenose patološke gene nasljednih bolesti. Koristi se u rijetkim svjetskim centrima zbog iznimne složenosti odnosno tehnološke zahtjevnosti (Kurjak, Stavljenić-Rukavina i Pavelić, 2010).

Neinvazivne metode koriste nalaz seruma i krvi buduće majke, kao i ultrazvučni pregled za otkrivanje rizika od kromosomskih abnormalnosti ploda (Kurjak, Stavljenić-Rukavina i Pavelić, 2010). Važno je napomenuti da su neinvazivne metode zapravo metode probira, odnosno ne mogu dati siguran odgovor ima li plod kromosomsku abnormalnost ili ne. Služe za određivanje rizika te se, ovisno o rezultatima, trudnicama nude ili ne nude invazivne pretrage (Roje, 2006).

2. CILJ I PROBLEMI

2.1. Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je dobiti detaljan uvid o provoditeljima amniocenteze, odnosno njihovim stavovima o amniocentezi, sagorijevanju na poslu, psihosocijalnim potrebama na radnome mjestu i osobnim, izravnim ili posrednim, iskustvima s amniocentezom.

2.2. Problemi

Problemi su postavljeni eksploratorno. Prije svega nastojali smo prikupiti opće podatke o poslu i karijeri provoditelja amniocenteze kao neistraženoj populaciji. Nadalje, željeli smo ispitati njihove osobne stavove o amniocentezi. S obzirom na visoku razinu profesionalnog stresa, željeli smo istražiti i sagorijevanje na poslu provoditelja amniocenteze, odnosno prisutnost, vrstu i intenzitet simptoma sagorijevanja na poslu. Sukladno tome, nastojali smo uvidjeti koje su, ako postoje, psihosocijalne potrebe provoditelja amniocenteze na radnome mjestu, u smislu psihološke edukacije i podrške. Osim u ulozi bio – medicinskih stručnjaka, provoditelji amniocenteze mogu se naći u ulozi trudnice ili člana obitelji trudnice indicirane za amniocentezu, stoga smo nastojali razumjeti kvalitetu njihovih izravnih i/ili posrednih osobnih iskustava s amniocentezom.

3. PROVEDBA ISTRAŽIVANJA

3.1. Sudionici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku sakupljenom metodom snježne grude. S obzirom na to da se u Republici Hrvatskoj amniocentezom bavi dvadeset do trideset stručnjaka, uzorak obuhvaća trećinu do polovine ciljane populacije. Kriteriji za odabir sudionika bili su: (1) profesionalno bavljenje amniocentezom, (2) trenutno aktivno bavljenje amniocentezom, (3) bavljenje amniocentezom na tjednoj bazi i (4) samostalno bavljenje amniocentezom barem pet godina. Iz navedenog proizlazi da uzorak čine (1) biolozi – citogenetičari zaposleni na ginekološkim klinikama i (2) doktori medicine, specijalisti ginekologije, subspecijalisti opstetricije i fetalne medicine, kao jedini stručnjaci koji udovoljavaju navedenim kriterijima.

Svi sudionici trenutno se aktivno profesionalno bave amniocentezom, u rasponu od 6 do 19 godina. Ginekolozi provode amniocentezu barem dva puta tjedno, a najviše desetak puta tjedno. Njihov posao čini uvođenje igle u trbuh trudnice, kojom izvlače plodovu vodu uz ultrazvučni nadzor. Po potrebi razgovaraju s trudnicama o pretrazi i nalazima. Biolozi – citogenetičari svakodnevno analiziraju uzorke plodove vode, a barem jednom tjedno kontaktiraju trudnice vezano uz dogovore i nalaze amniocenteze. Povremeno pružaju usluge genetskog savjetovanja. Iako se opisani poslovi međusobno razlikuju, s obzirom da obje struke direktno sudjeluju u provođenju amniocenteze, objedinjene su u uzorku ovog istraživanja.

Za pristanak na sudjelovanje u istraživanju nekim sudionicima očuvanje privatnosti bilo je od velike važnosti. Postignut je dogovor o prikazu podataka na način da se odgovori ne mogu povezati s konkretnom osobom. Iz tog razloga ukratko ću deskriptivno opisati uzorak.

Svi potencijalni sudionici koje smo kontaktirali pristali su sudjelovati u istraživanju, a dvoje su se samostalno javili kad su saznali za istraživanje od kolega. U istraživanju je sudjelovalo 11 sudionika, od toga sedam muškaraca i četiri žene. Dobni raspon sudionika je 32 – 58 godina, a prosječna dob (M) je 46 godina. Uzorak čini osam ginekologa/inja i tri biologa/inje – citogenetičara/ke. Sedmero sudionika je u braku, četvero je samaca/samica, a nitko od sudionika nije rastavljen. Petero sudionika nema djecu, dvoje sudionika ima jedno dijete, a četvero sudionika ima dvoje ili više djece. Sedmero sudionika ima izravno i/ili posredno osobno iskustvo s amniocentezom, odnosno na pretrazi su bili osobno ili je bila

članica njihove bliže obitelji. Iz organizacijskih razloga odabrani su sudionici koji žive i rade u Zagrebačkoj županiji.

3.2. Postupak

Za provedbu ovog istraživanja odabrana je kvalitativna metodologija iz tri glavna razloga: (1) zahvaćamo malu populaciju, (2) dosad nisu provedena istraživanja na ovu temu, (3) cilj je dobiti detaljan uvid u radne karakteristike, iskustva, stavove, sagorijevanje na poslu i psihosocijalne potrebe provoditelja amniocenteze.

Intervjui su provedeni u ožujku i travnju 2015. godine na radnome mjestu sudionika. Nakon kratkog uvoda te objašnjavanja svrhe istraživanja, sudionici su upoznati sa svojim pravima i osiguranjem privatnosti. S obzirom da većini sudionika nije bilo ugodno snimanje razgovora, odgovori su bilježeni za vrijeme svih intervjuva. Pitanja su bila podijeljena u šest tematskih cjelina:

1. Osobni podatci

Na samom početku intervjuva zabilježeni su spol, dob, bračni status i broj djece sudionika.

2. Profesionalne karakteristike

U ovom dijelu intervjuva prikupljeni su podatci o struci, radnome mjestu i duljini radnog staža sudionika. Također, ispitana su profesionalna iskustva s amniocentezom – koliko dugo i često ju sudionici provode te koji su njihovi razlozi i interesi za bavljenje amniocentezom.

3. Izravna i/ili posredna osobna iskustva s amniocentezom

Ukoliko su sudionici sami bili indicirani za amniocentezu ili je bila neka članica njihove obitelji, detaljno su opisali to iskustvo.

4. Stavovi o amniocentezi

Istraženo je koliko rizičnom, svrhovitom i značajnom sudionici drže amniocentezu, kao i stav prema svakoj od sljedećih skupina trudnica: (1) ima indikaciju i odluči se na pretragu, (2) ima indikaciju i odbije pretragu, (3) nema indikaciju i traži pretragu, (4) uz nepovoljan nalaz odluči se na pobačaj, (5) uz nepovoljan nalaz zadrži trudnoću.

5. Sagorijevanje na poslu

U ovom dijelu intervjua sudionicima su postavljena direktna pitanja o simptomima sagorijevanja na poslu iz sljedećih kategorija: (1) emocionalna iscrpljenost, (2) depersonalizacija, (3) percepcija smanjenog postignuća i (4) psihosomatske smetnje.

6. Psihosocijalne potrebe

Sudionicima su postavljena pitanja o procjeni osobnih komunikacijskih vještina, strategija suočavanja sa stresom i eventualnih potreba za psihološkom podrškom ili edukacijom.

Protokol intervjua sa svim pitanjima nalazi se u Prilogu 1. Prosječno trajanje intervjua bilo je 70 minuta. Raspon trajanja bio je od 50 do 130 minuta. Sve intervjue provodila je autorica istraživanja. Neposredno nakon intervjua, dopunjene su bilješke intervjua i sadržaj je prepisan u računalo. Posebno su označeni citati. Provedena je jednostavna sadržajna analiza intervjua. Odgovori sudionika kategorizirani su prema postavljenim problemima istraživanja.

4. REZULTATI

Prikaz rezultata organiziran je prema problemima istraživanja.

4. 1. Profesionalne karakteristike

Svi biolozi – citogenetičari željeli su se baviti upravo prenatalnim genetskim testiranjem. U roku od nekoliko godina nakon završetka studija počeli su se baviti amniocentezom i ostalim prenatalnim genetskim testiranjima, što čini gotovo ukupni opseg njihovog posla. Nitko od liječnika za vrijeme studija nije znao da će se baviti amniocentezom te su ih zanimala razna područja u medicini osim ginekologije – kirurgija, pedijatrija, dermatologija ili čak nekoliko specijalizacija. Petero sudionika u konačnici je željelo specijalizirati ginekologiju, no troje njih prijavljivali su se na razne specijalizacije i ginekologiju su prvu dobili. Dvoje sudionika ima dulje periode bavljenja drugim područjima medicine zbog rata. Jedan sudionik iz osobnih razloga imao je pauzu u bavljenju ginekologijom od nekoliko godina. Za petero od osam liječnika bavljenje amniocentezom bio je osobni odabir, dok su ju ostalih troje morali početi provoditi po opisu posla. Osim provođenja amniocenteze koju rade kao subspecijalisti opstetricije i fetalne medicine, rade i druge zadatke kao specijalisti ginekologije – na operacijama, u rodilištu, u ambulanti.

4. 2. Stavovi o amniocentezi

Ukupno gledano provoditelji amniocenteze pozitivno doživljavaju amniocentezu. Većinom smatraju da je amniocenteza potrebna i značajna pretraga. Sve sudionice izrazile su kako bi se same odlučile na amniocentezu, a dvije su to i učinile.

„Apsolutno potrebna pretraga i uvijek bih otišla ako postoje indikacije.“ (žena, biologinja)

„Kako ne, potreba je da se obavi. Možete to gledati da se riskira jedan život, ali može se spasiti više života (...) Kad prođete što sam ja prošao s tim ženama kroz sve ove godine, shvatite da je potrebno.“ (muškarac, ginekolog)

Samo jedan od jedanaestero sudionika dvoji oko toga koliko je potrebno i svrhovito raditi amniocentezu. Zanimljivo je uočiti da argumentira takav stav na isti način kao i

sudionici koji zagovaraju provođenje amniocenteze, odnosno, kao i ostali, poziva se na svoje iskustvo i profesionalno sazrijevanje.

„Prije mi je to bilo kao popiti čašu vode, rekao bih da je potrebno, ali kao što sam već rekao, sazio sam kroz karijeru i život... Više ne bih rekao da je potrebno“ (muškarac, ginekolog)

Provoditelji amniocenteze pretragu uglavnom smatraju nisko rizičnom. Iako jedna sudionica smatra da je rizik spontanog pobačaja od amniocenteze 1:200, kako je opisano u literaturi, ostali sudionici drže da je ipak manji. Sudionici uglavnom izbjegavaju egzaktnu procjenu rizika, odnosno izražavaju se u terminima isplativosti provođenja amniocenteze. Viši rizik od pobačaja koji percipiraju neki stručnjaci i javnost pripisuju strahu i usmjeravanju na staru literaturu.

„Je li potrebno? Kako kome. To olakšava život pa ima opravdanje. Cost – benefit je na strani amniocenteze pa bih rekao da je potrebna.“ (muškarac, ginekolog)

„Cost – benefit je za većinu dobar i mislim da je to dovoljno za reći. Teško se računa točan rizik.“ (muškarac, ginekolog)

„Rizik određuje empirija, ne da vam ga ja sad računam. Ali kad pogledate rizik od rađanja Downa, i njega računa empirija. Empirija određuje granicu i zato se isplati raditi amniocentezu kad postoji indikacija.“ (žena, ginekologinja)

Možemo uočiti i da biolozi – citogenetičari amniocentezu doživljavaju više pozitivno od ginekologa. Svi biolozi – citogenetičari ističu važnost amniocenteze i procjenjuju rizik manjim od 1:200, dok u ginekologa postoje varijacije od snažno pozitivnog do čak negativnog doživljaja amniocenteze.

„To je baš ono što sam željela raditi i (...) naravno da mislim da je potrebno (...) Žene su često u strahu i neznanju, ali mi im objasnimo stvarne rizike, koji su po meni mali s obzirom na ono što dobiju. Nakon toga same odluče.“ (žena, biologinja).

„Pitanje je što se time dobije, znate. Ne mogu reći ni da zagovaram, ni da ne zagovaram (...) Draže mi je baviti se drugim poslovima na odjelu u svakom slučaju.“ (muškarac, ginekolog)

S obzirom da postoje trudnice koje traže amniocentezu bez medicinske indikacije, željeli smo dobiti uvid u doživljaj provoditelja amniocenteze o njima. Sudionici su upoznati s prijedlogom za uvođenje psihološke indikacije koja se odnosi na odobravanje pretrage ženama pod velikim stresom povodom zdravlja djeteta. Navode kako se rijetko javljaju takve trudnice i provođenje amniocenteze ovisi o procjeni liječnika. Ipak, devetero sudionika snažno podržava psihološku indikaciju te iskazuje razumijevanje i empatiju prema trudnicama iz ove skupine. Jedan sudionik je nesiguran, a jedan se protivi jer kriterije psihološke indikacije smatra nejasnima. Opisuje podvojeno mišljenje o trudnicama koje traže amniocentezu bez medicinske indikacije.

„S jedne strane mi ih bude žao i mogu suosjećati, s druge strane me nervira. Ne znam što je to dovoljan strah da bih jednoj rekao može, drugoj ne. Ja razumijem da se neka boji, ali ne bih dao psihološku indikaciju. Što to znači psihološka indikacija? Tko će to odrediti koliko straha je dovoljno, a koliko nije? U našem sustavu to nije dozvoljeno, ali zna se dogoditi ako netko ima vezu, to priznajem. Njih ne možeš odbiti ako ih poznaješ.“ (muškarac, ginekolog)

Iako provoditelji amniocenteze imaju općenito podržavajući stav prema trudnicama koje traže amniocentezu bez medicinske indikacije, možemo uočiti kako ga muškarci i žene različito argumentiraju. Naime, tri od četiri sudionice odluku obrazlažu *ženinim pravima*. Muški sudionici navode kako je stres jako rizičan za trudnoću te, ukoliko će amniocenteza umanjiti stres, treba ju omogućiti ženama koje strahuju.

„Dala bih graničnim slučajevima ako se boje, to je po meni pravo žene (...) Ja sam išla s 31 godinom jer sam se bojala i opet bih to učinila.“ (žena, ginekologinja)

„Žena ima pravo znati ako to želi. Točka.“ (žena, biologinja)

„A koliki je rizik za pobačaj ako je žena stalno u strahu? Koliki je rizik da će upasti u postpartalnu depresiju ako nespremna rodi malformirano dijete? Ni to ne možemo izračunati. Dao bih takvim ženama da odu na amniocentezu. I očevi i cijela obitelj će biti zdraviji.“ (muškarac, ginekolog)

O trudnicama koje (1) imaju indikaciju i odluče se na amniocentezu, (2) imaju indikaciju i odbiju amniocentezu, (3) uz nepovoljan nalaz amniocenteze odluče se na pobačaj i (4) uz nepovoljan nalaz amniocenteze zadrže trudnoću, sudionici imaju uglavnom neutralan doživljaj. Sedmero sudionika navodi da su mirni ukoliko su sigurni da je trudnica dobro shvatila sve implikacije svoje odluke. Također, primjećuju da su s vremenom uspjeli odvojiti

osobne stavove od profesionalnih. Neki navode da se emocionalno ne uključuju pa nemaju neki stav prema trudnicama s obzirom na njihove odluke.

„Navikao sam i da žele, i ne žele, nemam više nikakav stav. Važno mi je da ona razumije i da je zadovoljna. Možda me na početku to više diralo, sada ne.“ (muškarac, stariji, ginekolog)

Četvero sudionika ipak kroz razgovor priznaje postojanje osobnog stava prema trudnicama, ali smatraju da je blag. Dvije sudionice navode da osjećaju čuđenje i negativnost prema ženama potpuno drugačijih svjetonazora od vlastitih. Jedan sudionik opisuje osjećaj simpatije prema ženama koje odbiju amniocentezu ili se nakon nepovoljnog nalaza ne odluče na pobačaj, a jedan sudionik naglašava posljedice rađanja malformiranog djeteta za obitelj ako žena ne želi amniocentezu te ju posredno nagovara na pretragu. Smatra da joj time otvara opcije o kojima sama ne razmišlja.

„To je osobni odabir, ali isto mi je malo čudno kad žena kaže da neće. Posebno ako je rizik visok, onda ne razumijem zašto je došla (...) Ma, i te što kažu da neće abortus, uglavnom se predomisle. Jedno je govoriti prije, drugo kada dođe nalaz. Čudno je nekad kako ljudi razmišljaju.“ (žena, biologinja)

„Sve su mi draže i simpatičnije žene koje ne idu na amniocentezu (...) Možda je to do religije i sazrijevanja. Možda i do nekih pacijentica koje su rodile Downe.“ (muškarac, ginekolog)

„Ako ona neće, a ima 43 godine, ja joj lijepo kažem – razmislite o zdravoj djeci, njima će život biti pakao. Tko će se jednog dana brinuti za to malformirano dijete? Razmislite kako će Vam biti u braku (...) Mislim da je ok da je pitam – a što vaš muž misli o tome? I njemu će se život jako promijeniti. Možda bi on želio da odete na amniocentezu. Nekad treba grublje reći, ali žene na to dobro reagiraju. Na kraju poštujem njihovu odluku, ali znaju moje mišljenje (...) To zahtijeva samopouzdanje, a ja ga imam jer radim ovo sto godina i shvatio sam neke stvari.“ (muškarac, ginekolog)

Ponovno možemo uočiti da sudionici oprečna mišljenja jednako argumentiraju – iskustvom i sazrijevanjem.

4. 2. Sagorijevanje na poslu

Sudionici izvještavaju da su zadovoljni poslom u cjelini, no svjesni su problema koji ih opterećuju. Osmero od jedanaestero sudionika zna što je sagorijevanje na poslu i samostalno prepoznaje znakove na sebi i kolegama. Kroz intervju saznajemo da svi sudionici imaju znakove sagorijevanja na poslu. Većina njih procjenjuje svoje simptome umjerenima. Najčešće spominjani simptomi su: pad početnog elana, smanjeno strpljenje, sve više sukoba, kritičnost prema sebi i kolegama, zamišljenost, povlačenje u sebe, distanciranje od pacijentica, razdražljivost, glavobolje, problemi s usnivanjem i apetitom, žgaravica i problemi s kardiovaskularnim sustavom. U biologa – citogenetičara javljaju se znakovi percepcije smanjenog postignuća i psihosomatske smetnje, dok su u ginekologa zastupljeni simptomi iz sve četiri ispitanе kategorije sagorijevanja na poslu.

(1) Emocionalna iscrpljenost

Sudionici opisuju umor, zamor, osjećaj da im je dosta svega, povlačenje u sebe, okupiranost vlastitim mislima i želju za samoćom.

„Zamor se događa u dežurstvima i odnosima s ljudima na poslu. Mislim, ne s pacijentima, nego s kolegama. Povučem se u ured kad mogu i malo budem sama. Sve teže mi je dežurati i biti zatvorena 24 sata u komadu. Nervozna sam, a prije nisam bila toliko (...)“
(žena, ginekologinja)

„Ja vidim da mi nešto govore, ali dosta mi je i kužim da sam isključen.“ (muškarac, ginekolog)

„Uvijek mislim da mogu bolje, želim bolje, ali opet uvijek imate obveze, ljude, svakakve gluposti na putu. Onda mi više nije kao na početku, ono kad grizeš.“ (muškarac, ginekolog)

(2) Depersonalizacija

Depersonalizacija je opažena u većine sudionika, no na prilično različite načine. Dok su sve ženske sudionice opisale distanciranje od trudnica kao svjesni mehanizam zahvaljući kojem su profesionalnije, većina muških sudionika smatra da se to se dogodilo spontano i tek su kroz intervju dobili uvid u svoju emocionalnu distancu. Trend možemo uočiti i u kontekstu dobi, i to tako da svi sudionici stariji od 45 godina izvještavaju o depersonalizaciji za razliku od mlađih kolega.

„Jedno je suosjećati, a drugo pretjerivati. Mene je prije više pogađalo što se događa s tim ženama, ali onda sam shvatila da im takva nisam baš korisna. Mislim da je bolje zadržati distancu i biti objektivan pa se trudim da tako bude.“ (žena, biologinja)

„Nisam nikad nervozan – ti si profesor i moraš bit smiren (...) Ne doživljam to osobno u smislu da me rastuži, ako nešto bude, distanciram se i to je to. Shvatite da je tako puno zdravije i bude dobro, ne bih to mijenjao ni sad kad sam izgovorio.“ (muškarac, ginekolog)

„Došao bih doma i ne bih mogao slušati, samo bih u svojoj glavi razmišljao kako je ova žena, kako je ona žena. I onda s godinama sam počeo sve te žene ostavljati u bolnici. U ladici. Da, to ste dobro pitali. Ne znam... Ne mogu valjda osjećati za njih 24 sata dnevno (...) Sad mi nekad bude žao ako joj je teško, al' ne osjećam to nešto i nemam vremena jer već imam druge obaveze i tako vam je svaki dan.“ (muškarac, ginekolog)

U četvero sudionika možemo uočiti ciničan odnos prema trudnicama, uglavnom onima koje su nerealno optimistične oko nepovoljnog nalaza amniocenteze.

„I što kad me pita peti put hoće li biti sve ok, misli da će se odgovor promijeniti?“ (žena, ginekologinja)

„Poziva se na vjeru za pobačaj, a išla je na amniocentezu. I što ćemo s tim? Misli da će Bog promijeniti kromosome djeteta.“ (muškarac, ginekolog)

(3) Percepcija smanjenog postignuća

Percepciju smanjenog postignuća opisuju svi sudionici. Najčešće se odnosi na kritičnost prema samima sebi i kolegama. Čak devetero sudionika procjenjuje da su jako kritični prema sebi i svom radu, a sedmero njih ne vidi ništa loše u tome.

„Mislim da je odgovorno biti kritičan prema sebi i uvijek se preispitujem jesam li dobro obavio posao. Ako nisam, to me dugo muči (...) Ne znam bih li onda drugi put mogao bolje, vjerojatno objektivno bih, ali s druge strane padne samopouzdanje pa mislim da se to poništi (...) A možda bih mogao i bolje.“ (muškarac, ginekolog)

Osmero sudionika opisuje probleme sa samopouzdanjem i osjećajem bespomoćnosti koji ih opterećuju. Ti osjećaji uglavnom su vezani uz uvjete rada nad kojima sudionici nemaju kontrolu, što dodatno potencira bespomoćnost. Žene navode i brojne druge razloge manjka

samopouzdanja, primjerice stalno preispitivanje, narušene odnose s kolegama i neugodne komentare nadređenih.

„Bespomoćna sam kad znam da bi se nekome moglo pomoći, a ne možemo jer nemamo opremu za to. Ista oprema tu stoji, pa, neću vam ni reći otkad. A znam i da ima nas koji bi rado radili najsuvremenije stvari. Da se vratim na samopouzdanje, pa kako onda da budeš pouzdan? (...) I bespomoćnost kad me nerviraju kolege, apsolutno, glupost me izbaci iz takta.“ (žena, biologinja)

Samo jedan sudionik potpuno negira osjećaj bespomoćnosti uz objašnjenje koje neposredno vezuje uz pretjeranu kritičnost prema sebi.

„Ne osjećam bespomoćnost, kako to mislite? Pa da se osjećam bespomoćno, ne bih radio ovaj posao. Znao bih da nisam više za to (...) Jako sam kritičan i svi bi trebali biti kritični da bi radili ovaj posao kako treba. Još najbolje da smo bespomoćni i nekritični“ (muškarac, ginekolog)

(4) Psihosomatske smetnje

Devetero sudionika smatra da ima psihosomatske znakove stresa. Sve sudionice navode da su u posljednjih nekoliko godina imale psihosomatske smetnje koje pripisuju stresu na poslu. Radi se o glavoboljama, vrtoglavici, problemima sa štitnjačom, usnivanjem i apetitom. Više od polovine sudionika opisuje probleme s kardiovaskularnim sustavom – srcem ili tlakom. Od ostalih simptoma izvještavaju o nesanicu, kroničnom umoru i žgaravici.

„Kad se Rebro zatvorilo na osam mjeseci, svi su se slili tu kod nas i imali smo 250 amniocenteza mjesečno. To mi je bio najstresniji period na poslu i dobila sam hašimoto (imunološki sustav napada štitnjaču, op. a.).“ (žena, biologinja)

„Dobio sam hipertenziju zbog stresa na poslu, i to onog podsvjesnog. Najgore je ako mi posao kasni, ne ide i onda se to odrazi na cijeli dan. Odmah skače tlak.“ (muškarac, ginekolog)

„Osjećam nervozu iznutra, ali ne pokazujem ju na van. Rijetko se istresem i kuham u sebi. Onda shvatim da se teško budim za na posao, smršavam jedan, dva, tri kila (...) Mislim da sam još neiskusna, mislim da će biti bolje kasnije.“ (žena, biologinja)

Glavni stresori na poslu o kojima izvještavaju provoditelji amniocenteze su: loši uvjeti rada, loša organizacija zdravstvenog sustava, pretrpani rasporedi i velika očekivanja trudnica. Sve sudionice kao jedan od glavnih stresora drže narušene međuljudske odnose. Sudionici koji imaju višestruke uloge (primjerice operater i glavni dežurni bolnice), navode ih kao izvor stresa.

„Imamo istu aparaturu otkad sam tu. Raspada se i uvjeti su Bože sačuvaj“. (žena, biologinja)

„Hajde tu, hajde tamo. Vidite i sami da mi mobitel zvoni sedam puta otkad ste tu. Nije normalno tako raditi.“ (muškarac, ginekolog)

„Prije sam se možda osjećala bespomoćno, ali ne bih tražila pomoć kolega. Nije vam odjel kao maturalac da se družimo i ne znam što. Samo te frustriraju. Neki su ok, ali uglavnom... Uglavnom ne bih tražila neku podršku. A znam da ne bi trebalo biti tako i stresno je, kako ne.“ (žena, ginekologinja)

4. 3. Psihosocijalne potrebe

Samo jedna sudionica kaže da je sudjelovala u nekom obliku psihološke edukacije, i to o komunikaciji i prezentacijskim vještinama. Prema navodima sudionika, nikome od njih nije ponuđena psihološka podrška na radnome mjestu, kao ni njihovim pacijenticama. Da je psihološka podrška potrebna trudnicama, slažu se svi sudionici. Objašnjavaju da bi to i njima olakšalo posao jer nemaju vremena pružati im podršku, ne znaju im uvijek pružiti podršku, smatraju da trudnice trebaju podršku i osjećali bi manju odgovornost za psihičko stanje trudnica.

„A da ne govorim o tim jadnim ženama koje rađaju mrtvi plod i danima su tu... Ako nekome treba psiholog, to su one! Uglavnom ih netko od nas obilazi, ali nije to to.“ (žena, biologinja)

„Ne mogu ih držati za ruku i podržavati, a istovremeno obavljati ambulantu i biti im liječnik. A njima podrška treba, budu zbunjene i puno plaču.“ (muškarac, ginekolog)

Provoditelji amniocenteze smatraju da im u stručnom osposobljavanju trebaju sljedeća znanja iz psihologije: (1) komunikacijske vještine s trudnicama, (2) komunikacijske vještine s

kolegama i (3) strategije suočavanja sa stresom. Ipak, samo troje sudionika smatra da njima osobno trebaju ta znanja, dok ih svi sudionici predlažu za svoje kolege. Spremno navode konkretne osobe kojima nedostaju komunikacijske vještine. Žene i mlađi sudionici otvorenije priznaju potrebu za psihološkom podrškom. Biolozi – citogenetičari smatraju da postoje psihološke potrebe i za njih, i za ginekologe, dok se ginekolozi usmjeravaju samo na druge ginekologe.

„Treba ih (kolege, op.a.) naučiti kako reći dobar dan, doviđenja, kako reći neku vijest, izbaciti srce i dušo iz rječnika, treba svašta.“ (žena, ginekologinja)

„Ja se znam našaliti sa ženama i nikad nisam imao neugodna iskustva. Ali znam da puno kolega ne zna razgovarati, objasniti... Njima treba da ih se nauči.“ (muškarac, ginekolog)

„Uglavnom se nosim s pacijenticama, ali nekad ne znam što bih. Na primjer, žena bude jako nerazumna. Kažem joj pažljivo više puta da dijete nema glavu, a ona pita hoće li biti ok. Tada gubim živce i kontrolu jer me čeka puno drugih žena. Za takve nam situacije možda treba psiholog.“ (žena, ginekologinja)

„Nikad nisam imao problema s pacijenticama ni kolegama, ali ima nas svakakvih i sigurno bi ih trebalo naučiti neke stvari. Gledajte, nisu svi za sve, ne znam koliko bi ih se uopće dalo naučiti, ali ok, može se pokušati.“ (muškarac, ginekolog)

4. 4. Izravna i/ili posredna osobna iskustva s amniocentezom

Ukupno sedmero sudionika ima izravno i/ili posredno osobno iskustvo s amniocentezom. Od toga su dvije sudionice bile na amniocentezi i uz povoljan nalaz zadržale trudnoću, a ostalim sudionicima članica obitelji imala je indikaciju za amniocentezu. Samo jedna od njih odlučila je da neće ići na amniocentezu, dok su sve ostale obavile pretragu i uz povoljan nalaz zadržale trudnoću. Obje sudionice koje su bile na amniocentezi iskazuju zadovoljstvo svojom odlukom. Jedna od njih učinila je to bez medicinske indikacije.

„Nisam mogla zamisliti da rodim malformirano dijete. Ja sam išla s 31 godinom jer sam se bojala i opet bih to učinila.“ (žena, ginekologinja)

Sudionici čije su bliske osobe imale indikaciju za amniocentezu sudjelovali su u donošenju odluke. Njihovi bližnji uglavnom su ih tražili medicinske podatke i procjene rizičnosti. Samo jedan sudionik izravno je sudjelovao u donošenju odluke o amniocentezi dajući supruzi direktan savjet da treba otići na pretragu. Opisuje kako je tek tada shvatio koliko je to važna i teška odluka, kao i cijeli proces čekanja.

„Puno je drugačije kad je to netko tvoj. Ipak, drago mi je da je otišla i opet bih joj isto rekao (...) Da mi nije žena, ne znam da bi baš tako isto rekao, vjerojatno ne, nego bih rekao kao liječnik prednosti i nedostatke pa da sama odluči.“ (muškarac, ginekolog)

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem željeli smo dobiti detaljan uvid o provoditeljima amniocenteze, odnosno njihovim stavovima o amniocentezi, sagorijevanju na poslu, psihosocijalnim potrebama na radnome mjestu i izravnim i/ili posrednim osobnim iskustvima s amniocentezom. Rasprava je organizirana prema glavnim problemima.

Provoditelji amniocenteze po struci su ginekolozi i biolozi – citogenetičari. Osim osnovne struke, važno je uočiti da se razlikuju s obzirom na to koliko je bavljenje amniocentezom bilo njihov izbor. Naime, svi biolozi – citogenetičari upravo su se željeli baviti prenatalnim genetskim testiranjem, dok nikome od ginekologa to nije bila prvotna želja. Čak troje njih na početku edukacije za provođenje amniocenteze nisu ju željeli provoditi, nego su to morali činiti u okviru opisa svog posla. Nadalje, opseg posla ginekologa daleko je širi od opsega posla biologa – citogenetičara. Opisane razlike vjerojatno imaju implikacije na probleme obuhvaćene u ovom istraživanju, o čemu će biti riječi u daljnjoj raspravi.

Provoditelji amniocenteze uglavnom pozitivno doživljavaju amniocentezu. Takav doživljaj može biti odraz stvarne procjene ili rješavanja kognitivne disonance s obzirom da se svi sudionici aktivno i često bave amniocentezom (Festinger, 1962). Provoditelji amniocenteze većinom se zalažu za psihološku indicaciju amniocenteze, no muškarci i žene s različitim argumentima. Dok žene naglašavaju pravo žena na donošenje odluka o svom tijelu, muškarci se brinu zbog moguće štete straha i stresa po trudnoću. Argumente ženskih sudionica možemo objasniti zastupljenošću feminističkih stavova u žena (Bolzendahl i Myers, 2004), u koje se ubraja i zalaganje za pravo odluke žene o svom tijelu.

Provoditelji amniocenteze izvještavaju o neutralnom doživljaju trudnica s indicijom za amniocentezu, bez obzira na njihove odluke o amniocentezi i medicinski uvjetovanom pobačaju. Ipak, iz osobne perspektive gotovo svi sudionici zagovarali bi amniocentezu i medicinski uvjetovan pobačaj. Dok četvero sudionika priznaje osjećaj čuđenja ili simpatije prema trudnicama ovisno o odlukama vezanim za amniocentezu, ostali sudionici sigurni su u neutralnost svog doživljaja i ponose se njime. Ovaj nalaz možemo dvojako shvatiti. Medicinski stručnjaci kao visoku vrijednost drže profesionalnost (McManus, 1997) i imaju izražen perfekcionizam (Peters i King, 2012), stoga je moguće da teže održanju i izražavanju profesionalnog (neutralnog) stava prema trudnicama. S druge strane, disociranost liječnika od bolesnika izražava se kroz odvajanje privatnog mišljenja, emocija i ponašanja od profesionalnog (Halbesleben i Rathert, 2008) te je moguće da su provoditelji amniocenteze

zaista neutralnog doživljaja prema trudnicama, što može biti posljedica psihološke separacije. Samo jedan sudionik smatra da je u redu prenositi svoj stav trudnicama te utjecati na njihove odluke, a ostali se trude to ne činiti, što također govori u prilog težnji za profesionalnošću (McManus, 1997).

Posebno pozitivan doživljaj amniocenteze imaju biolozi – citogenetičari, koji jednoglasno podržavaju pretragu u svakom smislu. Stavovi ginekologa uglavnom nisu toliko snažni i ima iznimaka, primjerice jedan sudionik uopće ne zagovara amniocentezu. Također, ginekolozi drže amniocentezu više rizičnom u odnosu na biologe – citogenetičare. Taj podatak ne iznenađuje s obzirom da je biologima – citogenetičarima provođenje genetskih testiranja osnovna i odabrana struka. Provođenje amniocenteze u skladu je s njihovim interesima te je stoga veća vjerojatnost da će ju pozitivno vrednovati (Eagly i Chaiken, 1993).

Bez obzira na sadržajnu prirodu svojih stavova o amniocentezi i trudnicama, provoditelji amniocenteze sigurni su u njih i spremni su ih potkrijepiti profesionalnim iskustvom. Možemo primijetiti korištenje pristranosti u mišljenju (Fiske i Taylor, 1991). Sudionici se iz svog profesionalnog iskustva prisjećaju samo onih primjera koji potkrepljuju njihove doživljaje amniocenteze, zanemarujući sve ostale primjere kojih je vjerojatno bilo.

Provoditelji amniocenteze po vlastitoj procjeni imaju umjereno teške znakove sagorijevanja na poslu. Zastupljeni su simptomi emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije, percepcija smanjenog postignuća i psihosomatske smetnje. S obzirom da su provoditelji amniocenteze izloženi visoko stresnom poslu (Martini, Arfken, Churchill i Balon, 2004), takvi nalazi ne iznenađuju.

Kako je sagorijevanje na poslu dosta složen i heterogen konstrukt (Garden, 1987), očekivano su na ovu temu pronađene najveće varijacije u odgovorima sudionika. Sveukupno možemo reći da je u biologa – citogenetičara manje prisutno sagorijevanje nego u ginekologa, što je očekivano s obzirom na manji raspon njihovih radnih obveza. U biologa – citogenetičara ne javljaju se emocionalna iscrpljenost i depersonalizacija, dok su u ginekologa zastupljene sve ispitane kategorije znakova sagorijevanja na poslu. Ginekolozi su opterećeni s više raznovrsnih obveza, što je prediktor profesionalnog sagorijevanja (Hudek – Knežević, Krapić i Rajter, 2005), stoga ne čudi da i u našem uzorku imaju više znakova sagorijevanja na poslu.

Iako svi sudionici imaju znakove sagorijevanja na poslu, uočavamo da mlađi sudionici izvještavaju o više znakova sagorijevanja. Keeton, Fenner, Johnson i Hayward (2007) objašnjavaju ovaj trend navikavanjem i stjecanjem samopouzdanja starijih liječnika, dok Peisah, Latif, Wilhelm i Williams (2009) kažu da je on produkt iskustva i naučenih lekcija. Mejovšek (2002; prema Novak, Laušić i Jandrić, 2008) navodi kako sagorijevanje pogađa osobe koje idealiziraju struku, što je prisutnije u mlađih sudionika.

Sudionice najviše izvještavaju o emocionalnoj iscrpljenosti i osjećaju smanjenog postignuća, dok se sudionici više smatraju depersonaliziranima, što pokazuju i inozemna istraživanja na općoj liječničkoj populaciji (Grassi i Magnani 2000). Sudionici depersonalizaciju opisuju na bitno različite načine. Možemo primijetiti obrazac prema kojem je muškarcima depersonalizacija došla spontano i prilično je izražena, a u žena je umjerena i svjesno odabrana. Depersonalizacija se smatra najsloženijom komponentom profesionalnog sagorijevanja, koja obuhvaća nekoliko elemenata: distanciranje, odbijanje i nebrigu (Garden, 1987), stoga je očekivano da nije u svih demografskih skupina izražena na isti način.

Sve sudionice opisuju probleme sa samopouzdanjem, dok muškarci navode da se u njih rijetko javljaju. Smanjeno samopouzdanje može biti znak sagorijevanja na poslu, odnosno percepcije smanjenog postignuća. Međutim, s obzirom da je medicina i dalje prestižna muška struka, očekivano je da žene nailaze na efekt staklenog stropa i nižeg su samopouzdanja na radnome mjestu (Cotter, Hermsen, Ovadia i Vanneman, 2001), što vrijedi uzeti u obzir pri objašnjenju nalaza.

Provoditelji amniocenteze izvještavaju o izraženim psihosomatskim smetnjama koje pripisuju stresu na poslu. Opisuju probleme s osnovnim fiziološkim potrebama (apetit, san), bolne sindromi (najčešće glavobolje), probavne tegobe, poremećaje endogenih žlijezda i krvožilnog sustava. Opisani simptomi inače se javljaju kod profesionalnog sagorijevanja (e. g. Ajduković i Ajduković, 1996; Maslach, 1982, prema Škrinjar, 1997) te naši nalazi potvrđuju ranije utvrđene simptome.

U literaturi nalazimo podatak da je loša organizacija posla za liječnike najvažniji stresor (Pranjić i suradnici, 2006). Naši sudionici opisuju pretrpane rasporede i loše uvjete rada kao glavne stresore na poslu, što nalaze i Knežević i suradnici (2009) na općoj liječničkoj populaciji. Sve sudionice navode nezadovoljstvo međuljudskim odnosima kao glavni ili jedan od glavnih stresora na poslu. Žene su više usmjerene na odnose, teže očuvanju i njegovanju odnosa (Dobash i Dobash, 2003) i više su socijalno osjetljive (e. g. Dobash i

Dobash, 2003; Mayer, Caruso i Salovey, 1999), stoga je ovaj izvor stresa za njih očekivan. Svi sudionici koji imaju višestruke uloge, primjerice šefovi službe, mentori ili glavni dežurni naveli su to kao važan izvor stresa na poslu. Konflikt uloga poznat je kao značajan prediktor preopterećenja na poslu (Hudek – Knežević, Krapić i Rajter, 2005).

Provoditelji amniocenteze navode kako nemaju formalna psihološka znanja ni podršku. Ulogu psihologa na svome radnome mjestu svi sudionici vide u radu s trudnicama jer nisu osposobljeni i nemaju vremena podržavati ih. S druge strane, većina sudionika smatra da je nekim kolegama potreban trening komunikacijskih vještina s pacijenticama i kolegama te usvajanje strategija nošenja sa stresom. Samo troje sudionika željelo bi psihološku podršku za sebe, a svi sudionici preporučili bi ju kolegama. Istraživanja ukazuju na visoko, ali krhko samopouzdanje liječnika, narcističke crte ličnosti te sklonost depresiji i anksioznosti u situacijama ugrožene kompetencije (Leape, Shore, Dienstag, Mayer, Edgman-Levitan, Meyer i Healy, 2012), stoga je očekivano da teže uviđaju i priznaju vlastite potrebe za podrškom, kao i da nerado preuzimaju dio posla za koji nisu osposobljeni.

Veću otvorenost u traženju psihološke podrške možemo uočiti u žena i mlađih sudionika. Žene inače lakše traže pomoć (Addis i Mahalik, 2003), dok su mlađi sudionici iskazali teže simptome sagorijevanja pa je logično zaključiti da im je podrška potrebija nego starijima. Biolozi – citogenetičari smatraju da postoje psihološke potrebe i za njih osobno i za ginekologe, dok se ginekolozi usmjeravaju samo na druge ginekologe. Sukladno navodima sudionika, liječnici se često ne osvrću na ostale struke s kojima surađuju.

U ulozi trudnice ili bliskog člana obitelji trudnice s indikacijom za amniocentezu našlo se sedmero od jedanaest sudionika. Svi su izvijestili o velikoj razlici u pogledu pretrage iz perspektive pacijenta u odnosu na perspektivu medicinskog stručnjaka, što govori u prilog tezi o disociranosti kroz odvajanje privatnog mišljenja, emocija i ponašanja od profesionalnog (Halbesleben i Rathert, 2008).

6. ZAKLJUČAK

Zaključno možemo reći da provoditelji amniocenteze u Hrvatskoj izražavaju pretežno pozitivne stavove o amniocentezi, umjereno izražene znakove sagorijevanja na poslu i psihosocijalne potrebe na radnome mjestu, bilo za stručnjake ili trudnice. Stručnjake uglavnom zanimaju komunikacijske vještine i strategije nošenja sa stresom, dok za trudnice potrebnom drže psihološku podršku. Provoditelji amniocenteze koji imaju osobno iskustvo s pretragom kao trudnice ili kao očevi djeteta iskazuju zadovoljstvo svojim odlukama i u skladu su s osobnim stavovima prema amniocentezi. Provoditelji amniocenteze kojima je bliska članica obitelji imala indikaciju za amniocentezu opisuju svoje uključivanje u odluku samo iz profesionalne perspektive, no prateće emocionalno iskustvo drže snažnijim nego kad je riječ o nepoznatoj trudnici s kojom se sreću na poslu. Uočene su različite specifičnosti u stavovima prema amniocentezi, znakovima profesionalnog sagorijevanja i psihosocijalnim potrebama provoditelja amniocenteze s obzirom na rod, dob i osnovnu struku, koje bi vrijedilo provjeriti u budućim istraživanjima.

Teorijski značaj ovog rada leži u tome što prvi opisuje radne karakteristike, stavove o amniocentezi, profesionalno sagorijevanje i psihosocijalne potrebe provoditelja prenatalnih genetskih testiranja u Hrvatskoj, a s obzirom na dostupnu literaturu, vjerojatno i šire. Praktična vrijednost svakako je u tome što rad pruža dobru osnovu za daljnja istraživanja i uvođenje psihosocijalnih tretmana obuhvaćene populacije. Unatoč zanimljivim zaključcima, u obzir treba uzeti činjenicu da je uzorak malen i prigodan, metodologija kvalitativna, a problemi postavljeni eksploratorno. Bilo bi zanimljivo standardiziranima kvantitativnima mjerama ispitati stavove o amniocentezi i profesionalno sagorijevanje provoditelja amniocenteze, kao i razne druge psihološke osobitosti ove neistražene populacije.

7. LITERATURA

- Addis, M. E. i Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5 – 14.
- Ajduković, M. i Ajduković, D. (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Angerer, J. M. (2003). Job Burnout. *Journal Of Employment Counseling*, 40, 98 - 106.
- Arambašić, L. (2000). *Psihološke krizne intervencije: Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Bolzendahl, C. I. i Myers, D. J. (2004). Feminist attitudes and support for gender equality: Opinion change in women and men, 1974–1998. *Social Forces*, 83(2), 759-789.
- Bujas, Ž. (2001). *Veliki englesko - hrvatski rječnik*. Zareb: Globus.
- Chong, A., Killeen, O. i Clarke, T. (2004). Work-related stress among paediatric non-consultant hospital doctors. *Irish Medical Journal*, 97 (7), 203-205.
- Cotter, D. A., Hermsen, J. M., Ovadia, S. i Vanneman, R. (2001). The glass ceiling effect. *Social forces*, 80 (2), 655-681.
- Dobash, R. E. i Dobash, R. P. (2003). *Women, violence and social change*. Routledge: Routledge.
- Eagly, A. H. i Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace: Jovanovich College Publishers.
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance (2)*. Stanford: University Press.
- Fiske, S.T. i Taylor, S.E. (1991). *Social Cognition*. McGraw-Hill, Inc.
- Gabbe, S. G., Melville, J., Mandel, L. i Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (4), 601 – 612.
- Garden, A. M. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout?. *Human relations*, 40 (9), 545-559.

Ghetti, C., Chang, J. i Gosman, G. (2009). Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *The Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 231–235.

Govardhan L.M., Pinelli V. i Schnatz, P.F. (2012). Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Connecticut Medicine*, 76 (7), 389 – 395.

Grassi, L. i Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom*, 69, 329-334.

Halbesleben, J. R. i Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health care management review*, 33(1), 29-39.

Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu Hrvatskoga liječničkog zbora (2010). Nacionalna stručna preporuka za perinatalni probir i dijagnostiku kromosomopatija. *Gynaecologia et Perinatologia*, 19 (2), 119-126.

Hudek – Knežević, J., Krapić, N. i Rajter, L. (2005). Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. *Psihologijske teme*, 14 (2), 41 – 54.

Kairi, K., Diego, D. L. (2013). Suicide in medical doctors and nurses: An analysis of the Queensland suicide register. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (11), 987-990.

Keeton, K., Fenner, D. E., Johnson, T. R. B. i Hayward, R. A. (2007). Predictors of Physician Career Satisfaction, Work–Life Balance, and Burnout. *Obstetrics and Gynecology*, 109 (4), 949 – 955.

Knežević, B., Golubić, R., Milošević, M., Matec, L. i Mustajbegović, J. (2009). Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: Istraživanja u Zagrebu. *Sigurnost*, 51 (2), 85-92.

Kurjak, A., Stavljenić – Rukavina, A. i Pavelić, K. (2000). *Prenatalna dijagnostika i terapija*. Varaždinske Toplice: Tonimir.

Lay, P. (1977). *Contributions to Medical Psychology*. Oxford: Pergamon.

- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S. i Healy, G. B. (2012). Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine*, 87(7), 845-852.
- Marteau, T. M., Plenicar, M. i Kidd, J. (1993). Obstetricians presenting amniocentesis to pregnant women: practice observed. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(1), 3-10.
- Marteau, T. M., Kidd, J., Cook, R., Michie, S., Johnston, M., Slack, J. i Shaw, R. W. (1991). Perceived risk not actual risk predicts uptake of amniocentesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(3), 282-286.
- Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, A. i Balon, R. (2004). Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties. *Academic Psychiatry*, 28 (3), 240 – 242.
- Maslach, C. i Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. i Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- McManus, I.C. (1997). *Psychology in Medicine*. London: UCL.
- Nicolaides, K. H. (2004). *First Trimester Screening*. London: Fetal Medicine Foundation.
- Nicolaides, K. H., Chervenak, F. A., McCullough, L. B. Avgidou, K. i Papageorghiou, A. (2005). Evidence-based obstetric ethics and informed decision-making by pregnant women about invasive diagnosis after first-trimester assessment of risk for trisomy 21. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 322–326.
- Nicolson, M., Fleming J. i Spencer, I. (2005). Hyaline membrane and neonatal radiology – Ian Donald's first venture into imaging research. *Scottish Medical Journal*, 50 (1), 35–7.
- Novak, T., Laušić, H. i Jandrić, A. (2008). Zadovoljstvo poslom, profesionalni stres i sagorijevanje osoblja u penalnim institucijama – pregled literature. *Kriminologija i socijalna integracija*, 16 (1), 109 – 126.

Osanya, M.S., Perez, J.C.R. (2013). The theoretical construct of hopelessness and suicidal behavior in Aaron Beck and Martin Seligman. *Acta Psiquiatria y Psicologica de America Latina*, 59 (3), 207-213.

Peisah, E., Latif, P., Wilhelm, K. i Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: Why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging and Mental Health*, 13 (2), 300 – 307.

Peters, M. i King J. (2012). Perfectionism in doctors. *British Medical Journal*, 72 (6), 344-356.

Pranjić, N., Maleš – Bilić, Lj., Beganlić, A. i Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croatian Medical Journal*, 47, 750-758.

Roje D. (2006). Ultrazvučni probir kromosomopatija: samostalno ili u kombinaciji?. U: Kupešić S., Stanojević M., Habek D. (Ur.), *Odabrana poglavlja iz ultrazvuka u ginekologiji i perinatologiji 2.* (str. 138 – 149). Varaždinske toplice: Tonimir.

Slade, P. D. i Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372-390.

Škrinjar, J. (1997). Odnos zanimanja i strategija suočavanja i svladavanja burnout sindroma. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 32 (1), 25 -36.

Wilson, R. D., Langlois, S. i Johnson, J. A. (2007). Mid-Trimester Amniocentesis Fetal Loss Rate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29 (7), 586–590.

Woo, J. (2002). A short History of Amniocentesis, Fetoscopy and Chorionic Villus Sampling, <http://www.ob-ultrasound.net/amniocentesis.html>

Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (2009). Zagreb: Narodne novine (18/78).

8. PRILOG 1 – Protokol intervjua

a) OSOBNE KARAKTERISTIKE – zabilježiti spol

„Za početak ću vas pitati opće informacije o Vama da se bolje upoznamo“.

1. Koliko imate godina?
2. Koji je Vaš bračni status?
3. Imate li djece? Ako da, koliko djece i koje dobi?

b) PROFESIONALNE KARAKTERISTIKE

„Sada me zanima čuti nešto o Vašem poslu i karijeri pa će se idućih nekoliko pitanja odnositi na posao“.

1. Što ste po struci?
2. Na kojem radnome mjestu i koliko dugo radite?
3. Kada ste se počeli baviti amniocentezom?
4. Kako to da ste se počeli baviti amniocentezom?
5. U kojoj mjeri je bavljenje amniocentezom bila Vaša želja?
6. Koliki se udio svoga radnog vremena bavite amniocentezom?
7. Koristite li (i u kojem obliku) priziv savjesti? – za liječnike

c) OSOBNA IZRAVNA ILI POSREDNA ISKUSTVA S AMNIOCENTEZOM

„Osim što ste medicinski stručnjak (navesti zanimanje), prije svega ste ljudsko biće. Narednih nekoliko pitanja odnosit će se na Vaša iskustva s amniocentezom u privatnom životu, nevezano za struku“.

1. Jeste li Vi/neka Vama bliska osoba bila na amniocentezi?

2. Ako da, opišite to iskustvo.
3. Biste li se Vi za sebe/partnericu odlučili na amniocentezu ako je indicirana?
4. Kako biste savjetovali blisku osobu koja ima indikacije za amniocentezu? Što biste joj rekli?

d) STAVOVI O AMNIOCENTEZI

„Iduća skupina pitanja odnosi se na Vaše mišljenje o amniocentezi i o pacijenticama kojima je ta pretraga indicirana“.

1. Opišite mi svoje mišljenje o amniocentezi.
2. Koliko rizičnom držite amniocentezu?
3. Koliko potrebnom držite amniocentezu, kad je zakonski indicirana?
4. Po Vašem mišljenju, kakav je omjer rizika i koristi od amniocenteze?
5. Kako komentirate ideju da bi više žena trebalo imati priliku za amniocentezu (niža dobna granica, širi spektar genetskih bolesti u obitelji)? Što mislite o ženama koje traže amniocentezu bez medicinske indikacije?
6. Kakav je Vaš stav prema ženama koje se odluče za amniocentezu?
7. Kakav je Vaš stav prema ženama koje odbiju amniocentezu?
8. Kakav je Vaš stav prema ženama koje nakon nepovoljnog nalaza amniocenteze odluče zadržati trudnoću?
9. Kakav je Vaš stav prema ženama koje nakon nepovoljnog nalaza amniocenteze odluče prekinuti trudnoću?

- e) **SAGORIJEVANJE NA POSLU** – napomenuti da se pitanja odnose na obavljanje amniocenteze

„Prošli smo više od polovine intervjua. U nastavku ću Vas pitati o znakovima stresa i sagorijevanja na poslu“.

1. Koliko Vas zadovoljava posao?
2. Koliko često osjećate zamor na poslu?
3. Koliko smislenim držite svoj posao?
4. Koliko često osjećate nervozu na poslu? Opišite situacije.
5. Koliko problemi na poslu utječu na privatni život? Opišite situacije.
6. Koliko ste kritični prema sebi, kolegama i nadređenima?
7. Osjećate li se emocionalno odvojeni od pacijentica i njihovih problema? Opišite.
8. Javlja li Vam se ikad osjećaj bespomoćnosti? Opišite.
9. Koliko često ste bolesni?
10. Imate li problema sa spavanjem? Opišite.
11. Imate li problema s hranjenjem/težinom? Opišite.
12. Osjećate li se ikad anksioznima – nervoza, napetost, ubrzani puls, plitki dah, uznemirujuće misli, grč u želucu...? Opišite.
13. Koliko se samopouzđano osjećate na poslu?
14. Koliko ste zadovoljni poslom i životom općenito?
15. Primjećujete li promjene u tome kako podnosite posao; koliko Vam je lako/teško na poslu tijekom Vaše profesionalne karijere? Opišite – *važno zahvatiti vremenske periode promjena. Ukoliko treba dodatno pojašniti: „Odlazite li na posao jedanko entuzijastično kao prije? Postaje li Vam teže ustati, raditi i podnijeti sve teškoće i izazove na poslu?“*

f) PSIHOSOCIJALNE POTREBE

„Za kraj, zanima me imate li teškoća u odnosu s pacijenticama i kolegama, kakav Vam je sustav podrške i biste li katkada voljeli od psihologa dobiti podršku zbog nečega što Vam je u poslu teško?“

1. Kako procjenjujete svoje komunikacijske vještine u radu s pacijenticama?
2. Po Vašem mišljenju, koliko uspješno komunicirate s pacijenticama o amniocentezi?
3. Događa li Vam se ikad da ne znate kako pristupiti pacijentici?
4. Osjećate li se nekad preplavljeno emocijama pacijentica? Opišite.
5. Događa li Vam se ikad da pacijentice traže da donosite odluku za njih? Znaté li kako se tada postaviti?
6. Kako se nosite s pacijenticama potpuno drugačijega vrijednosnog sustava od Vašeg?
7. Imate li podršku za probleme na poslu? Opišite.
8. Jeste li ikad stjecali kakva znanja iz psihologije? Ako da, opišite što i gdje.
9. Imate li potrebu za psihološkom edukacijom vezano za odnos s pacijenticama ili kolegama? Ako da, koje teme Vas zanimaju?
10. Imate li potrebu za osobnom psihološkom podrškom vezano uz teškoće na poslu? Ako da, na koji način?

g) DODATNO

1. Imate li potrebu nešto dodati?
2. Želite li Vi mene nešto pitati?