

# Depresivnost, anksioznost i stres kod učenika Medicinske škole Pula

---

Sobol, Sanja

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:437521>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-25**

*Repository / Repozitorij:*

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO  
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Sanja Sobol

DEPRESIVNOST, ANKSIOZNOST I STRES KOD  
UČENIKA MEDICINSKE ŠKOLE PULA: rad s istraživanjem

Diplomski rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING  
MANAGEMENT IN NURSING

Sanja Sobol

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AMONG  
NURSING HIGH SCHOOL STUDENTS IN PULA: research

Master thesis

Rijeka, 2022.

## Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
Studij	DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – MENADŽMENT U SESTRINSTVU
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	SANJA SOBOL
JMBAG	0303040134

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	Radoslav Kosić, prof.rehab./komentor: doc.dr.sc. Sandra Bošković, prof.rehab.
Datum predaje rada	2.kolovoza 2022. god.
Identifikacijski br. podneska	1886817769
Datum provjere rada	25.kolovoza 2022. god.
Ime datoteke	sobol_Sanja.doc
Veličina datoteke	296.5K
Broj znakova	84715
Broj riječi	15994
Broj stranica	63

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	12,00%
Internet Source	9,00%
Student Papers	3,00%

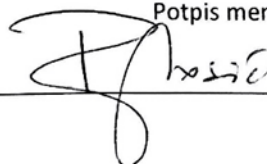
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	25.kolovoza 2022. god.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> Da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Nakon provjere podudarnosti o izvornosti studentskog rada u Turnitin programu dobiven je rezultat od 12%. Može se zaključiti da je diplomski rad izvorni rad studentice Sanje Sobol.

Datum

25. kolovoza 2022. god.

Potpis mentora



Rijeka, 28. lipanj 2022.

## Odobrenje nacrtu diplomskog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci  
odobrava nacrt diplomskog rada:

DEPRESIVNOST, ANKSIOZNOST I STRES KOD UČENIKA MEDICINSKE  
ŠKOLE PULA

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS AMONG NURSING HIGH SCHOOL STUDENTS IN  
PULA

Student: Sanja Sobol

Mentor: viši predavač, Radoslav Kosić, prof. rehab., bacc. med. techn.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

Diplomski sveučilišni studij Menadžment u sestrinstvu

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Dopredsjednik Povjerenstva



Prof.dr.sc. Gordana Starčević-Klasan, dr.med.

Mentor rada: viši predavač, Radoslav Kosić, prof. rehab.

Komentor: doc. dr. sc. Sandra Bošković, prof. rehab.

Rad ima 54 stranice, 3 tablice, 7 slika, 43 literarna navoda.

Diplomski rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ na Fakultetu zdravstvenih studija

Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentoru Radoslavu Kosiću na nesebičnoj pomoći, koji je svojim savjetima, sugestijama i strpljenjem pratio proces stvaranja mog diplomskog rada.

Veliko hvala mojoj obitelji na razumijevanju i podršci koju su mi pružili kroz ovo dvogodišnje putovanje.

Kolegici Dubravki Švigir – Selaković, profesorici hrvatskog jezika i književnosti zahvaljujem na velikoj pomoći oko lektoriranja ovog diplomskog rada. Hvala učenicima srednje Medicinske škole Pula i psihologinji Snježani Grgić na pomoći i sudjelovanju bez kojih ovaj diplomski rad ne bi bio realiziran.

# SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY .....	2
1. UVOD .....	3
1.1. Razvojne značajke adolescencije.....	4
1.2. Depresivnost .....	5
1.2.1. Simptomi koji ukazuju na depresiju.....	7
1.2.2. Oblici depresije .....	8
1.2.3. Depresija kod adolescenata .....	10
1.3. Anksioznost .....	12
1.3.1. Oblici anksioznih poremećaja .....	15
1.3.2. Anksiozni poremećaji kod adolescenata .....	18
1.4. Stres .....	19
1.4.1. Oblici stresa.....	20
1.4.2. Stres kod adolescenata .....	21
2. CILJ ISTRAŽIVANJA .....	23
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE .....	24
3.1. <i>Ispitanici</i> .....	24
3.2. <i>Postupak i instrumentarij</i> .....	24
3.3. <i>Statistička obrada podataka</i> .....	25
3.4. <i>Etički aspekti istraživanja</i> .....	26
4. REZULTATI.....	27
5. RASPRAVA.....	35
6. ZAKLJUČAK .....	41
LITERATURA.....	42
PRIVITCI.....	46



ŽIVOTOPIS .....	54
-----------------	----

## SAŽETAK

**Uvod:** Današnji način života zahtjeva stalno prilagođavanje što kod pojedinca može biti vrlo zahtjevno i stresno, a dugoročno može dovesti do razvoja anksioznosti i depresije. U nekim životnim razdobljima ova su stanja naročito prisutna, a jedno od takvih doba je adolescencija.

**Cilj istraživanja:** Cilj ovog istraživanja je ispitati razliku u ukupnom rezultatu na upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa (engl. *The Depression Anxiety, Stress Scale, DASS-21*) (1) i njegovim subskalama (depresivnost, anksioznost i stres s obzirom na spol, razred i obrazovni smjer ispitanika) te ispitati povezanost rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima.

**Ispitanici i metode:** Ispitanici su učenici drugih i četvrtih razreda Medicinske škole Pula dvaju smjerova: medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege i fizioterapeutski tehničar/fizioterapeutska tehničarka. Glavni instrument istraživanja je anketni upitnik „DASS – 21“ i skala obrazovnih očekivanja. Upitnik ukupno sadrži 26 pitanja.

**Rezultati:** Provedbom ovog istraživanja došlo se do spoznaje kako djevojčice prijavljuju više razine anksioznosti ( $M=1,93$ ;  $sd=,81$ ); stresa ( $M=2,33$ ;  $sd= 84$ ) i depresivnosti ( $M=1,98$ ;  $sd=,85$ ) od dječaka ( $M_{anksioznost}=1,47$ ;  $sd_{anksioznost}=,53$ ;  $M_{stres}=1,72$ ;  $sd_{stres}=,65$ ;  $M_{depresivnost}=1,65$ ;  $sd_{depresivnost} =,63$ ). Učenici nižih razreda prijavljuju statistički značajno veće razine anksioznosti stresa i depresivnosti. Dokazano je kako učenici koji se obrazuju za zanimanje medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege, iskazuju statistički značajno veće razine stresa ( $t= 2,74$ ;  $72,76$ ;  $p<0,01$ ) i depresivnosti ( $t= 3,27$ ;  $df = 83,12$ ;  $p<0,01$ ) u odnosu na učenike smjera fizioterapeuskog tehničara/ fizioterapeutske tehničarke. Osim toga uočena je pozitivna povezanost očekivanja učenika i količine anksioznosti, stresa i depresivnosti koju prijavljuju.

**Zaključak:** Rana identifikacija i efektivno liječenje omogućuju minimaliziranje negativnih utjecaja na obrazovno, socijalno i obiteljsko funkcioniranje mladih. Potrebno je uvesti radionice koje bi bile usmjerene na ranjive skupine.

**Ključne riječi:** *adolescenti, anksioznost, depresija, stres*

## SUMMARY

**Introduction:** Today's way of life that individuals face requires constant adaptation, it can be very demanding and stressful, which in the long run leads to the development of anxiety and depression. They are especially present in some periods of life, and one of these periods is adolescence.

**The aim of the research:** The aim of this research is to examine the difference in the overall score on the depression, anxiety, and stress questionnaire (*The Depression Anxiety, Stress Scale, DASS-21*) (1) and its subscales - depression, anxiety, and stress, regarding the gender, class, and educational direction of the respondents, and to examine the correlation of the results on the DASS- 21 questionnaire and its subscales with educational expectations.

**Subjects and methods:** This study is intended for students of the second and fourth grades of the Pula Medical School of two majors: general care nurse/general care medical technician and physiotherapist technician/physiotherapist technician. The main instrument of the research is the survey questionnaire "DASS - 21 scales" and the scale of educational expectations. The questionnaire contains a total of 26 questions

**Results:** By conducting this research, it was found that girls report a higher level of anxiety ( $M=1.93$ ;  $sd=.81$ ); stress ( $M=2.33$ ;  $sd=.84$ ) and depression ( $M=1.98$ ;  $sd=.85$ ) from boys ( $M_{anxiety}=1.47$ ;  $sd_{anxiety}=.53$ ;  $M_{stress}=1.72$ ;  $sd_{stress}=.65$ ;  $M_{depressiveness}=1.65$ ;  $sd_{depressiveness}=.63$ ). Students in lower grades report statistically significantly higher levels of anxiety, stress, and depression. Likewise, through the implementation of the research, it was proven that students who are educated for the profession of nurse/technician show statistically significantly higher levels of stress ( $t= 2.74$ ;  $72.76$ ;  $p<0.01$ ) and depression ( $t= 3.27$ ;  $df = 83.12$ ;  $p<0.01$ ). In addition, a positive correlation was observed between students' expectations and the amount of anxiety, stress, and depression they report.

**Conclusion:** Early identification and effective treatment make it possible to minimize the negative impact on the educational, social, and family functioning of young people. In addition, workshops aimed at vulnerable groups should be introduced.

**Keywords:** *adolescents, anxiety, depression, stress*

## 1. UVOD

Situacije s kojima se pojedinci svakodnevno susreću zahtijevaju stalno prilagođavanje i mogu biti vrlo zahtjevne i stresne što dugoročno može dovesti do razvoja nepovoljnih stanja kao što su anksioznost i depresija. U nekim životnim razdobljima ova su stanja naročito prisutna a jedno od takvih doba je adolescencija.

Adolescencija se definira kao razdoblje kada osoba iz djetinjstva prelazi u ranu odraslu dob. Tijekom ovog razdoblja života zbog velikog pritiska s kojim se adolescenti susreću, zbog komplikacija i nejasnoća koje se događaju, razina njihovog uzbuđenja se povećava, a ponekad se može javiti i u obliku prevelike osjetljivosti i intenzivnog uzbuđenja (2).

Od svih reakcija na stresne događaje, najizraženije su promjene na emocionalnom planu. Najčešće se javljaju negativne emocije, kao što su strah, tuga, žaljenje, ljutnja, koje mogu biti različitog intenziteta, a mogu se kretati sve do snažnih izljeva anksioznosti i depresije. Ponekad se može javiti i potpuni izostanak emocija (3).

Depresiju, anksioznost i stres nerijetko se naziva bolestima modernog doba. Ispitivanja koja se provode pokazuju da se broj oboljelih sve više i više povećava. Posebno zanimljiv podatak dolazi iz UNICEF-ovog (engl. *United Nations International Children's Emergency Fund*) izvještaja iz 2021. godine prema kojemu se procjenjuje da 13,2% adolescenata u svijetu u dobi 10 - 19 godina živi s dijagnozom nekog od mentalnih poremećaja prema definiranju Svjetske zdravstvene organizacije. Prema istom istraživanju 40% oboljenja čine depresija i anksioznost (4).

Definicija stresa prema Arnoldu (1990) citiranom u preglednom članku (5) glasi da se stres kod djece definira kao svaki ispad koji dijete ima u svom tjelesnom ili psihosocijalnom životu, a koji odskače od normalnog i koji dalje narušava, bilo kronično bilo akutno, djetetovu tjelesnu i psihološku ravnotežu, stavlja u ugrozu njegov daljnji razvoj te prijeti sigurnosti.

Anksioznost se definira kao emocionalno stanje koje je karakterizirano osjećajem neugode, napetosti i nemira, doba moguće opasnosti, kao i mnogih fizioloških promjena uključujući tjelesnu napetost, ubrzani rad srca i povišen krvni tlak (6).

Depresija predstavlja jedan od najčešćih psihičkih poremećaja koji se javlja u današnje doba, a manifestira se na način da osoba gubi raspoloženje, tek i svoje zadovoljstvo, osjeća krivicu i smatra kako je niže vrijednosti, ima poremećen san i apetit te gubi energiju i ima izuzetno lošu koncentraciju. Usprkos tome što se dugo vremena smatralo kako depresija isključivo pogađa odrasle osobe, ona danas sve više pogađa djecu i mlade. Depresivno dijete ne može normalno funkcionirati niti izvršavati svoje školske obveze (7).

Prema Begiću citiranom u stručnom radu „Depresija u djece i adolescenata“ (7), kao simptomi depresije navode se „nesretno, loše, tužno, beznadno“ raspoloženje, a pacijenti oboljeli od depresije „opisuju ju kao iznimnu patnju i duševnu bol“. Upravo zbog navedenih simptoma, osobe koje boluju od depresije imaju veliki riziku od počinjenja samoubojstva.

Prema autorici Vulić-Prtorić citiranoj u stručnom radu „Depresija u djece i adolescenata“ (7) procjenjuje se da 10 – 20 % djece školske dobi ima probleme anksioznosti, depresivnosti, izolacije i slično, a roditelji kao i nastavnici vrlo teško pravovremeno prepoznaju te simptome.

Rukavina i Nikčević-Milković (2016) u preglednom članku ističu povezanost stresa i duševnih stanja te oboljenja adolescenata, a kao jedan od najčešćih izvora stresa navode upravo školu te zahtjeve koje obrazovni sustav stavlja pred njih (5).

Ovim istraživanjem želi se steći uvid u stanje koje nalazimo među adolescentima u srednjoj medicinskoj školi u Puli. Praksa je pokazala da se broj adolescenata koji pate od depresije, anksioznosti, stresa sve više povećava. Nastavno tome samoubojstvo je danas treći vodeći uzrok smrti među mladima između 15. i 24. godine. U razdoblju od 1985. do 2000. u Republici Hrvatskoj stopa samoubojstava najviša je bila upravo u dobnoj skupini koja se kretala od 15. do 30. godine života (8). Stoga je vrlo važno imati uvid u stvarno stanje kako bi se takva stanja mogla spriječiti te kako bi se poduzele potrebne mjere i koraci u svrhu pružanja pomoći i poboljšanja mentalnog zdravlja učenika. Dobiveni rezultati moći će se koristiti u svrhu uvida u trenutno stanje i potrebe, te s ciljem očuvanja mentalnog zdravlja kroz provedbu Školskog preventivnog programa.

### **1.1. Razvojne značajke adolescencije**

Adolescencija započinje između 9. i 10. godine života te traje sve do 22. ili 24. Navedeni period se proširio, u skladu s produljenjem školovanja koje danas traje (ukoliko mladi upišu fakultete), barem do 24. godine života. Autorica Berk u sveučilišnom udžbeniku „Dječja razvojna psihologija“ (9) navodi kako je veliki broj teoretičara prije smatrao kako adolescencija isključivo predstavlja razdoblje stresa i bure, dok su se tek nakon 20. stoljeća pojavila moderna viđenja na ovo životno razdoblje. Nadalje autorica Berk ističe kako adolescencija predstavlja period života koji se sastoji i od velikog broja bioloških i socijalnih faktora. Adolescenciju većina teoretičara smatra periodom razvojnog razdoblja tijekom kojega mlada osoba prolazi kroz niz biopsihosocijalnih promjena tijekom kojih formira vlastitu osobnost.

Prema autorici Dodig – Čurković citiranoj u stručnom članku (10) adolescencija se najčešće dijeli u tri faze s obzirom na dob mlade osobe: rana koja počinje pubertetom i obuhvaća

dob između 10. i 14. godine, srednja obuhvaća dob između 15. i 18. godine i kasna adolescencija podfaza čiji je kraj osobito teško procijeniti, a smješta se u razdoblje između 19. i 25. godine.

Tijekom adolescencije mladi ljudi prolaze kroz niz promjena. Puno se toga događa što ne razumiju i s čime se trebaju nositi primjerice formiranje seksualnog identiteta, odvajanje od roditelja, smanjenje ovisnosti o skupini vršnjaka i učvršćivanje strukture ličnosti identifikacijom (11). Prema autoricama Lebedina-Manzoni i Lotar citiranim u preglednom članku (12) adolescencija je bitno razdoblje u životu mlade osobe koje je ispunjeno ubrzanim psihofizičkim promjenama, velikim očekivanjima okoline, nametanjem vlastitih očekivanja kao i potrebom za zauzimanjem osobnog stava, stila ponašanja te prepoznatljivosti odnosno stvaranjem vlastitog identiteta. Na događanjima i promjenama svakodnevnog života kroz koja doživljavaju sasvim nova iskustva adolescenti formiraju vlastiti identitet. Takav razvoj poduprt je od strane obitelji i roditelja, vršnjaka, ali i čitave zajednice. Na sam razvoj identiteta mogu utjecati i kulturalni i povijesni aspekti i kontekst. To je doba odrastanja, sazrijevanja, osamostaljivanja, traženja sebe i svoga mjesta u društvu. Biti adolescent nije nikada bilo jednostavno, no moglo bi se reći da je to danas teže nego ikada prije (12). Promjene koje se događaju u poimanju vlastite osobnosti i samopoštovanju pripremaju teren za razvoj jedinstvenog osobnog prostora (9). Tijekom adolescencije velikom broju djece raste samopouzdanje što u konačnici rezultira povećanjem osjećaja važnosti, ponosa i sreće.

## **1.2. Depresivnost**

Pojam depresija (lat. *Depressio*), u prijevodu znači pritisnuti ili udubiti. Depresija se definira kao bolest koju karakteriziraju poremećaji raspoloženja kao što su nesposobnost uživanja u ranije ugodnim stvarima ili aktivnostima, dugotrajna tuga, bezvoljnost dok u psihijatriji depresija označava niz afektivnih poremećaja za koje su karakteristična usporena psihomotorika, intenzivna tuga, beznade, bespomoćnost, nesanica, te bezrazložan osjećaj krivnje i sklonost samoubojstvu (13).

Depresivne epizode mogu se javiti kod svakog odraslog čovjeka tijekom života, kao normalne reakcije na stresne i neugodne situacije, no takve se promjene mogu javiti i kod djece i adolescenata. Simptomi depresije nekad mogu biti uočljivi, međutim često ostaju neprepoznati. Najveći problem je što adolescenti, a pogotovo djeca, ne žele ili nisu sposobni odraslim osobama iznijeti svoje osjećaje. Većini se djece izrazito teško izraziti odnosno verbalizirati ono što osjećaju, iz razloga što možda ne znaju na koji bi način opisali ono što im se događa, pa stoga svoje osjećaje najčešće izražavaju kroz promjene u ponašanju, koje roditelji često zamijene za neku vrstu pobune (14).

Depresivni simptomi se kod djece očituju drugačije nego kod odraslih. Razlog leži u činjenici što se djeca brzo mijenjaju, pa neke psihičke poteškoće koje do tada nisu bile vidljive mogu potpuno nestati ili se mogu zamijeniti s nekim drugim simptomima u kasnijoj životnoj dobi (15).

Važno je obratiti pozornost jesu li neka ponašanja samo prolazne reakcije na neku situaciju ili su vrsta poremećaja prilagodbe, koji se kroz odrastanje može nastaviti i u kasnijem periodu života razviti u tešku psihičku bolest. Problem neprepoznavanja depresivnih poremećaja u tako ranoj dobi jest u tome što su neki od simptoma jednaki uobičajenom i normalnom ponašanju u određenoj životnoj dobi. Ispade bijesa, plakanje, strah, povećanu aktivnost ili u kasnijoj dobi potrebu za samoćom moglo bi se vrlo lako zamijeniti dijelom odrastanja, a ne simptomima depresije. Smetnje u ponašanju, dosada, promiskuitetno seksualno ponašanje, zlouporaba opojnih sredstava, nebriga za vanjski izgled, gubitak interesa za prijatelje i aktivnosti, bijeg od kuće i slično neki su od simptoma koji se mogu očitovati kod adolescenata te također ukazivati na pojavu depresivnosti. Osim toga znakove koji bi mogli ukazivati na pojavu depresije nastavnici i roditelji trebali bi prepoznati i po ponašanju u školi, poglavito ako je dijete promijenilo obrazac ponašanja pa se do nedavno veselo i otvoreno počinje ponašati povučeno, ako se pojave problemi sa školskim uspjehom zbog pada ili nedostatka interesa i motivacije ili pak ako dijete nema prijatelja kao ni potrebu za socijalizacijom i slično. Vrlo često kod takve se djece javlja i problematično ponašanje u školi. Međutim, uz depresivnost se vrlo često može zamijetiti i prisutnost nekih drugih smetnji kao što je agresivnost ili neki drugi oblik poremećaja ponašanja, anksioznost i slično (14).

Depresivnost se može definirati kao žalost koja je normalna, prolazna ili povremena, ali i kao duboka depresija koja je neprestana i koja se uvijek vraća (14). Depresivnost predstavlja iskustvo koje je izuzetno nelagodno i koje se s vremenom samo još više intenzivira, u onim slučajevima kada se čovjeku s poremećajem depresije ne pruža adekvatna pomoć. Depresija se može očitovati kroz razne fizičke i psihičke simptome. Od onih psihičkih najčešće su promjene u raspoloženju, gubljenje zanimanja za sve aktivnosti, slabljenje životne energije, umaranje, osjećaj bezvrijednosti ili manje vrijednosti, poteškoće koje se javljaju u koncentraciji, osjećaju krivnje te poteškoće u donošenju odluka (14).

Kada se promatraju tjelesni pokazatelji tada navedene promjene budu popraćene poremećajima apetita, spavanja ili poremećajima psiho-motoričke organizacije (6). Depresija može biti uzrokovana nekakvom nepovoljnom situacijom pa se manifestira kroz promjene raspoloženja, kao sindrom odnosno spoj emocija i ponašanja ili kroz simptome i znakove bolesti (16).

U povijesti je depresija bila karakterizirana kao poremećaj koji se javlja samo kod ljudi odrasle dobi, međutim krajem prošloga stoljeća poremećaj je uočen i kod adolescenata i djece, što je dodatno potaknulo stručnjake i znanstvenike da istraže pojavu i uzrok depresije. Nažalost vrlo često se događa da oni koji rade s djecom i mladeži ne prepoznaju simptome te im iz tog razloga nije moguće pravovremeno pružiti adekvatnu pomoć. Iz tog razloga djeca koja su mirna, povučena i tiha često ostaju nezamijećena te se taj poremećaj na neki način zanemaruje dok se ne razvije do te mjere da postaje ozbiljan i zabrinjavajuć (17). Često se kod depresivnosti mogu javiti i simptomi kao što su: umor, problemi s koncentracijom, pojava suicidalnih misli, potpuna odsutnost sreće i zadovoljstva.

Po svojoj prirodi adolescenti se uglavnom žele i pokušavaju prilagoditi u svim kako novim tako i stresnim situacijama koje im se događaju u životu. No, postoje situacije kada dijete ni nakon određenog vremenskog perioda to ne uspijeva. Uspoređujući se s vršnjacima ima osjećaj da je nedovoljno uspješno te u takvim trenucima gubi sigurnost i vjeru u sebe i sposobnost da kontrolira događaje u svom životu, kao što su reakcije emocionalne ili tjelesne prirode te se u takvim situacijama kod njih pojavljuje osjećaj bezvoljnosti i bespomoćnosti (18). U takvim trenucima kada se djeca osjećaju neprihvaćeno, kada ne osjećaju sigurnost u sebe ili izgube vjeru u sebe i volju za druženjem s vršnjacima, kada se povlače u sebe i distanciraju od okoline tada se radi o pojavi depresije. Ako se navedena situacija ponavlja, onda dijete može misliti kako je izgubilo doticaj s kontrolom svoga života pa krene očekivati isključivo ishode koji su negativni što na koncu rezultira gubitkom samopoštovanja i pojavom depresije (14).

Depresivnost se ne manifestira kod sve djece na isti način. Kod nekih se prikazuje kroz pretjeranu aktivnost ili agresivno ponašanje, dok se kod adolescenata pojavljuje kao antisocijalno ponašanje, kao osjećaj neshvaćenosti te negativizam (14).

### *1.2.1. Simptomi koji ukazuju na depresiju*

Valja naglasiti kako postoji velika razlika, između depresije i neraspoloženja. Naime, kada je čovjek razočaran, kada izgubi voljenu ili blisku osobu, kada ostane bez prijatelja, sve to može imati utjecaj na njegovo raspoloženje i tada je sasvim normalno da je osoba zabrinuta ili tužna. Svi ti događaji kod čovjeka izazivaju loše raspoloženje popraćeno tugom i boli, no oni imaju utjecaj i na njegovo emocionalno i psihičko sazrijevanje. Usprkos životnim okolnostima koje mogu biti teške, velika većina ljudi može se vratiti uobičajenom funkcioniranju, budući da je to prirodno. Komplikacija može nastati ukoliko se pojavi tuga iako za nju ne postoji objektivan razlog ili ukoliko je nerazmjerna u odnosu na njen uzrok nastajanja. Problem je i ako tuga nikako ne prestaje ili se javlja bez pravih razloga, ukoliko otežava rad, druženja i



svakodnevni život tada to više nije samo neraspoloženje ni osjećaj tuge, tada je vrijeme za intervenciju jer se radi o depresiji (17).

Navedeno se stanje kod osobe naziva depresijom, a ona kao takva predstavlja bolest koja se mora liječiti. Takva bolest ima utjecaj na čitav život bolesnika, a ako se ne liječi još se više pogoršava, stoga je nužno da se odmah u početku poduzme prvi korak te da se osoba obrati liječniku. Veliki utjecaj na pojavu depresije imaju: genetika, način i uvjeti života, okolina, kao i biokemijski procesi u tijelu primjerice neravnoteža koja se događa u moždanim kemijskim prijenosnicima neurotransmitera (17).

Narušena ravnoteža može se uspostaviti i medikamentoznom terapijom. Kod djece i odraslih simptomi depresivnosti mogu se razlikovati u frekventnosti osjećaja krivnje te pokušajima samoubojstva, koji su češći kod djece i adolescenata nego kod odraslih osoba (19). Depresivni poremećaji učestaliji su kod starije djece i adolescenata nego kod djece u ranom djetinjstvu. Jedno istraživanje je pokazalo da je kod predškolske djece dosta teško dijagnosticirati depresivnost, što dokazuje podatak da se kod male djece postavlja dijagnoza tek u 1%, od 6 do 12 godina 2%, dok u adolescenciji taj postotak značajno raste (17).

Depresivna ponašanja ne moraju uvijek biti odraz psihopatologije, ali upravo ona opisuje depresivni osjećaj koji se proučava s ostalim karakteristikama prilikom razvoja djeteta i adolescenata. Način na koji će se depresija manifestirati prvenstveno ovisi o dobi pa se razlike mogu vidjeti i u prevalenciji, manifestiranju, ali i samom intenzitetu pojave simptoma. Kako bi se depresija mogla dijagnosticirati, nužno je da se kod osobe prepozna najmanje pet simptoma depresije koji se javljaju svaki dan, u razdoblju od dva ili više tjedana, a da za njih ne postoje drugi uzroci u zdravstvenom stanju. Stoga je nužno dobro poznavati specifične dobne i spolne razlike koje se javljaju u kliničkim uvjetima i koje imaju veliki utjecaj na daljnje uspostavljanje dijagnoze kao i terapije koja će se provoditi kod mladih (14).

### *1.2.2. Oblici depresije*

Depresija se, kao i mnoge druge bolesti i poremećaji, može manifestirati u više oblika. Neki oblici su više izraženi, a drugi manje.

Unipolarni oblik depresije je stanje u kojem početak može biti akutan ili pak postepen i neprimjetan. Prva epizoda može se pojaviti u bilo kojem periodu života i može trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjesec. Ovaj tip karakteriziraju ponavljajuće epizode depresije s periodima bez simptoma između svake depresivne epizode.

Tijekom bipolarno afektivnog poremećaja (nekad se koristio izraz „manično depresivna“ ili „cirkularna psihoza“) depresivno stanje se izmjenjuje s maničnim epizodama ili

pak hipomanijom međutim moguć je također period tijekom kojeg se izmjenjuju faze manije i normalnog raspoloženja nazvano eutimija. Faze depresije nastupaju postepeno i obično imaju karakteristike velike depresivne epizode. Najčešći simptomi koji se javljaju su: usporena psihomotorika, sniženo osnovno raspoloženje, usporen govor, mišljenje, socijalno povlačenje, tjelesni simptomi, suicidalnost i slično. Suprotno tome, manična epizoda nastaje naglo tijekom koje se javlja hiperaktivnost u svakom pogledu, euforično ili razdražljivo raspoloženje, sumanute misli. U takvoj fazi bolesnik je nekritičan prema svom stanju koje iziskuje hitnu hospitalizaciju (20).

Melankolija je oblik depresije koja se uglavnom pojavljuje u starijoj životnoj dobi, karakteriziran depresivnim raspoloženjem, gubitkom interesa i zadovoljstva te ubrzanom ili usporenom psihomotorikom (20).

Ciklotimija označava promjene raspoloženja koje uključuje depresivna stanja i blaže povišeno raspoloženje, naziva se još i afektivnim poremećajem ličnosti. Da bi se postavila dijagnoza ovog poremećaja promjene raspoloženja trebaju biti prisutne najmanje dvije godine. Kod polovine oboljelih dominiraju depresivni poremećaji, dok kod ostalih prevladava hipomanija ili pak jednaka prisutnost povišenog i sniženog raspoloženja. Takve osobe su osjetljive, češće slabije funkcioniraju te mogu ulaziti u sukobe s ljudima u svojoj okolini (20).

Reaktivni oblici depresije javljaju se kao posljedica na stresne situacije, životne probleme i slično, s kojima se ljudi izuzetno teško mogu suočiti, a primjer za to je razvod braka, smrt voljene osobe, gubitak radnog mjesta i slično. Depresivna stanja reaktivnih depresija karakteristična su po tome što imaju jače izražene simptome i traju puno dulje nego li je to trajanje normalnog oblika žalosti i tuge koji se javlja u svakodnevnom životu (7).

Psihotični oblik depresije pojavljuje se kada određena teška epizoda depresije bude pomiješana s oblikom psihoze pa se mogu javiti zablude, halucinacije, raskid sa stvarnosti ili neke iluzije. Takav oblik može biti u skladu s raspoloženjem što znači da može uključivati postojanje osjećaja krivice, siromaštva, grešnosti, nesposobnosti, bezvrijednosti i slično. S druge strane mogu se javiti i ideje o tome da osoba ima prekomjerno zdravlje i vrijednost te da je sve oko nje i s njom idealno. Ovakav oblik depresije iziskuje hitnu intervenciju, bolničku obradu kao i liječenje osobe (20).

Razvoj primarne depresije nije uzrokovan nekim drugim duševnim poremećajem, dok je sekundarna depresija sastavni dio druge psihijatrijske ili fizičke bolesti. Pri liječenju sekundarnih depresija primjenjuje se medikamentozna antidepresivna terapija, no ona se smatra samo simptomatskim liječenjem. Ukoliko je uzrok tjelesne prirode za izlječenje sekundarnih depresija potrebno je naći uzrok i njega liječiti (19).

Postoje oblici depresije koji zimi ili u jesen egzacerbiraju dok tijekom ljeta i proljeća miruju, takve depresije poznate su kao sezonske. Za njih je karakteristično da se manifestiraju sa sniženim raspoloženjem i psihomotornom usporenošću, kao i s pojačanim apetitom i hipersomnijom odnosno pretjeranim spavanjem. Sezonska se depresija najbolje liječi fototerapijom (19).

Atipični oblici depresije manifestiraju se sa simptomima koji su u potpunosti različiti od onih koji se javljaju u klasičnim depresijama. Naime, kod osobe se javlja prekomjerno spavanje, povećava im se apetit te dobivaju na tjelesnoj težini, prijavljuju kako se osjećaju teško i umorno posebice u nogama i rukama. Atipična depresija je izuzetno karakteristična po tome što se raspoloženje znatno popravi kada se dogodi odgovor na stvarni ili mogući pozitivan ishod situacije (19).

Pojam dvostruka depresija koristi se kod ljudi koji boluju od distimije. Naime distimija je opisana kao skup poremećaja raspoloženja i predstavlja blaži oblik depresije. Ono što je nužno istaknuti je to da se prilikom dvostruke depresije mijenja razdoblje kada osoba ima „normalno“, zdravo raspoloženje koje može trajati i do nekoliko dana ili tjedana te depresivnog raspoloženja koje traje većinu vremena. Osobe koje imaju neki oblik distimije nerijetko su premorene jer loše spavaju te im ništa u životu ne donosi radost i zadovoljstvo. Njihovo socijalno funkcioniranje je poremećeno, ali se u velikoj većini slučajeva normalno nose s nekim temeljnim zahtjevima koje pred njih stavlja svakodnevni život (19).

Pojava depresija kod djece vrlo često je zamaskirana simptomima drugih patoloških stanja kao što su fobije ili delikventna ponašanja, zbog čega se stavio naglasak na razvojne razlike koje mogu utjecati na očitovanje depresivnih simptoma (21). Kod nekih ljudi koji pate od depresije, simptomi koji su izraženi razlikuju se od standardnih i takvi oblici depresije nazivaju se skrivenim, maskiranim ili larviranim depresijama. Kod ovog oblika depresivno raspoloženje je skriveno, a bolest se javlja kroz tjelesne i neurološke simptome bolesti (21).

### *1.2.3. Depresija kod adolescenata*

Prvim znakovima depresije kod adolescenata smatraju se popuštanje u izvršavanju školskih obveza ili izbjegavanje odnosno odbijanje odlaska u školi. Učestale su i promjene spavanja pa tako mladi mogu spavati ili previše ili ne mogu zaspati uopće. Osim toga ukoliko se radi o depresiji mlade se osobe povlače od svojih vršnjaka te se osamljuju. Fizički simptomi koji se javljaju vrlo često mogu biti neke nespecifične i nejasne poteškoće koje se ispoljavaju kroz očitovanje učestalih glavobolja, bolova u truhu i drugo, a nisu dokazane kao bolesti

organskog porijekla. Gledano izvana mlada osoba djeluje klonulo, ali kada se s njom razgovara može pokazivati snažne emocije beznađa i usamljenosti (22).

Uza sve već poznate i navedene simptome kao što su: promjena apetita, nesanica, asocijalna ponašanja, popuštanje u školi, prijetnje i razgovori o suicidu, postoje i drugi simptomi depresije u adolescenciji, a to su: žestoko neuobičajeno ili neobjašnjivo, nasilno ponašanje, buntovnost, bježanje od kuće, konstantna, dugotrajna dosada, teškoće koncentracije, zlouporaba opojnih sredstava, konzumacija alkohola, zabrinjavajuće zanemarivanje vanjskog izgleda, drastične promjene osobnosti, žaljenje na fizičke tegobe koje nisu stvarne, česta fokusiranost na temu smrti, poklanjanje vrijednih stvari i drugo (22).

Depresija koja se javlja kod mladih adolescentne dobi sličnija je depresiji koju imaju i odrasli, no ona se nerijetko dodatno manifestira kroz osjećaje bezvoljnosti, sniženog samopouzdanja, samopoštovanja i zlouporabe ilegalnih sredstava i opijata, javlja se apatija i gubljenje interesa za vršnjake i ostale osobe te dolazi do neuspjeha u školi koji se manifestira kroz loše ocjene (22).

Kod adolescenata se obično uz depresivni poremećaj mogu javiti i neki drugi poremećaji, koji su karakteristični za tu dob a najčešće su to anksiozni poremećaji, razne ovisnosti, poremećaj pažnje i ponašanja. Veza između poremećaja u ponašanju i depresivnosti očituje se kroz emocije ljutnje i razdražljivosti, nedostatku socijalnih vještina te problematičnim obiteljskim odnosima. Ono što depresivna djeca i adolescenti često doživljavaju jest odbijanje od strane roditelja i/ili vršnjaka zbog čega se kod njih razvija frustriranost, ljutnja i na kraju agresivnost (21).

Neki autori (21) smatraju da se depresija kod adolescenata često izražava kroz agresivna i destruktivna ponašanja koja su posebno vidljiva kod dječaka. Upravo oni smatraju da navedena ponašanja mogu biti posljedica pokušaja prikrivanja osjećaja manje vrijednosti i negativne slike o sebi, osjećaja beznadnosti i želje da pokažu kao da su jaki, snažni, oštroumni i neustrašivi. Liječenje se najčešće provodi farmakološki i psihoterapijom. Lijekovi koji se primjenjuju pomažu u povlačenju najizraženijih simptoma te se nakon prve faze omogućuje sudjelovanje u psihoterapiji. Terapija igrom primjenjuje se kod mlađe djece, dok starija zajedno s terapeutima rade na identificiranju i razumijevanju problema u terminima odnosa između misli, osjećaja i ponašanja. Kod djece i adolescenata s različitim poteškoćama često se primjenjuje obiteljska terapija, jer su problemi često uzrokovani ili poticani lošim obiteljskim odnosima.

Kada primijete da su kod adolescenata izraženi određeni emocionalni problemi, odrasli bi trebali poduzeti određene mjere, svakako je važno suportirati ih kako bi svoje emocije mogli

izraziti bez straha i srama. Mladi koji su skloni samoubojstvu svojim ponašanjem, skrećući pozornost na sebe, na neki način traže pomoć, no odrasli često zbog neznanja i/ili pretjeranih obveza ne uspijevaju prepoznati ili primijetiti taj poziv u pomoć, i nažalost takve osobe ne dobivaju pravovremenu adekvatnu pomoć. Oni bi trebali osjetiti da uvijek postoji nada, da će ih ljudi saslušati, da se situacija može poboljšati te da sami uz stručnu pomoć mogu savladati svoje poteškoće (22).

### **1.3. Anksioznost**

U današnjem suvremenom svijetu anksioznost je postala veliki problem koji se susreće kod sve većeg broja odraslih i mladih širom svijeta. Brojni su problemi s kojima se ljudi danas suočavaju: tragedije, bolesti, stresovi, krize, nezaposlenost; sve su to razlozi zbog kojih se anksioznost sve češće javlja. Ona se javlja i kod adolescenata koji se suočavaju s velikim promjenama u svom privatnom životu ili u školi. Pojava anksioznosti pod utjecajem je početka nove životne faze kao što je to polazak u srednju školu, preseljenje u drugi grad i slično. Vulić Prtorić (2006) osim navedenog govori i o prekidu romantične veze kod mladih kao o jednom rizičnom faktoru koji može uzrokovati anksioznost kod adolescenata (6).

Takvi poremećaji u nekim slučajevima mogu biti normalni i prolazni, međutim problem nastaje u trenutku kada oni postaju patološki. U današnje vrijeme u školama je to postao veliki problem. Jedan od uzroka je to što se anksioznost općenito sve češće javlja, a drugi je to što je u velikoj mjeri poremećaj zastupljen kod djece i mladih. Iz tog razloga vrlo je važno pravovremeno educirati djelatnike koji rade u ustanovama za odgoj i obrazovanje kako bi promptnom detekcijom mogli pomoći u sprječavanju težih komplikacija. „Anksioznost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajem neugode, nemira i napetosti, anticipacijom moguće opasnosti, kao i mnogim fiziološkim promjenama uključujući ubrzani rad srca, povećani krvni tlak i tjelesnu napetost (6).“

Stručnjaci su anksiozne poremećaje podijelili u nekoliko vrsta. U stručnoj literaturi stoga se navode generalizirana anksiozna osjetljivost, anksiozni poremećaj, panični poremećaj, specifične fobije, socijalna fobija, posttraumatski stresni poremećaj, opsesivno – kompulzivni poremećaj i ispitna anksioznost (23).

Autorica Vulić-Prtorić u stručnom radu (6) navodi da se anksiozni poremećaji mogu manifestirati u četiri područja, neovisno o kojem se anksioznom tipu poremećaja radi. Područja pojavnosti simptoma su: tjelesno, emocionalno, kognitivno te bihevioralno područje. Uočeno je da fizički simptomi prije svega mogu biti vezani uz respiratorne, gastrointestinalne i kardiovaskularne poteškoće koji su pod djelovanjem autonomnog živčanog sustava, a očituju

se najčešće kod separacijske anksioznosti i paničnog napada dok se kod emocionalnih ističu znakovi kao što su osjećaj straha, neugode, nesigurnosti i slabosti. Ovakvi simptomi često se javljaju kod anksiozne osjetljivosti.

Poteškoće koje se događaju na misaonom planu nerijetko su vidljive kao intelektualna konfuzija. Osoba je zabrinuta i opterećena negativnim mislima koje su vezane uz predosjećanje nekakve nesreće u smislu da će se osobi samoj ili nekom bliskom dogoditi nešto loše. Na ponašajnom planu prevladavaju tri oblika ponašanja: izbjegavanje, stereotipije i slaba koordinacija. Najčešće uočljivo ponašanje kod fobija je izbjegavanje, stereotipije kod opsesivno-kompulzivnih poremećaja, a slabija koordinacija ili zakočenost kod socijalno anksioznih poremećaja (6). Potrebno je razlikovati anksioznost koju se smatra „normalnom“ od one patološke koja traje duži vremenski period i ometa prirodno funkcioniranje zdravog čovjeka. Određeni anksiozni poremećaji su karakteristični za određenu dob, pa se tako smatra da je strah od odvajanja zastupljen u ranom djetinjstvu, dok se generalizirani anksiozni poremećaj češće javlja u adolescenciji.

Djeca i mladi sebe i svijet doživljavaju na različit način za neke je adolescente škola možda najveći izvor stresa. U školskom okruženju javlja se velik broj rizičnih čimbenika, kao što su npr. nedostatak odnosno slaba predanost edukaciji, zaostajanje tijekom usvajanja nastavnih sadržaja, akademskih vještina, nedostatak povezanosti i privrženosti školi, nisko očekivanje vezano uz uspjeh, disciplinski problemi i izostanak prijatelja. Danas su djeca već od najranijeg djetinjstva podvrgnuta visokim očekivanjima najčešće od strane roditelja ali i društva općenito pri čemu je nužno da učenici aktivno sudjeluju u nastavi, sudjeluju u raznim aktivnostima, kako školskim tako i vanškolskim, surađuju s drugim vršnjacima i odraslima, pokazuju zavidnu razinu različitih vještina i imaju visoku vještinu prezentiranja sebe kao i onoga što rade. Takve situacije pasivnoj i povučenoj djeci predstavljaju poteškoće, takva očekivanja ih ometaju u ostvarivanju socijalnih i akademskih uspjeha. Zbog osjećaja straha od poraza i osjećaja nesposobnosti u takvim situacijama te prevelike želje da izbjegnu za njih nelagodne situacije mogu se povlačiti iz situacija koje kod njih stvaraju osjećaj nelagode te im se na taj način pojačavaju internalizirane problemi a smanjuje razina samopouzdanja. Zbog nedostatka socijalnih i akademskih vještina takva se djeca povlače, vršnjaci ih izoliraju i kao posljedica pojavljuju se tuga, usamljenost i na kraju se razvija depresivnost (24).

Stručnjaci nadalje navode da je socijalna anksioznost jedina kod koje su izraženi simptomi dok drugi oblici tog poremećaja mogu proći nezamijećeno (23). Smatra se da su socijalne fobije najčešće povezane s povjerenjem koje osoba ima u samog sebe ili u druge. Kod takvih poremećaja osobe pokušavaju izbjeći određene situacije koje kod njih izazivaju jak

osjećaj anksioznosti. Također se može javiti strah da neće moći pravilno reagirati na očekivanja koja se budu našla pred njima te da će izgubiti podršku i ljubav njima bitnih osoba. Zamijećeno je da djeca i adolescenti koji su povučeniji, stidljiviji i nesigurniji u sebe teško razvijaju dobre socijalne vještine, manje se uključuju u neke društvene aktivnosti te se osjećaju nezadovoljnije od svojih vršnjaka. Socijalna povučenost može biti uvjetovana genetskom predispozicijom i psihološkim osobinama roditelja ukoliko žive u takvom okruženju. Obiteljski odnosi su faktor koji također može bitno utjecati na obrazac ponašanja kao i neka od prethodnih neugodnih iskustava. Povučena odnosno društvena distanciranost može biti uzrokovana i pogrešnim tumačenjem nekih situacija i događaja u kojima su se ranije našli kao i doživljene traume (22). Tijekom djetinjstva i adolescencije strah i anksioznost mogu biti međusobno povezani pa ih je iz stoga razloga i teže odijeliti.

Autor Reiss citiran u stručnom članku (25) naglašava da će ljudi koji su tjeskobni razviti strah od svake situacije u kojoj postoji čak i najmanja šansa da postanu tjeskobni, jer postoji velik broj takvih situacija, i ljudi koji su izrazito osjetljivi na tjeskobu razvit će strah u puno situacija.

Do anksioznosti u adolescenciji također mogu dovesti intenzivni strahovi koji se prepoznaju po uznemirenosti, zbunjenosti, napetosti, pojačanom znojenju, kočenju ili bljedilu. Kada govorimo o opasnosti i strahu kojih je osoba svjesna a vezani su za stvarne objekte, tada se radi samo o strahu, međutim ukoliko je opasnost povezana uz nešto neodređeno ili nešto fiktivno, tada se govori o strahu od nepoznatog, što može uzrokovati tjeskobu. Specifični se strahovi odnose na neopravdan i kontinuiran strah od određenih situacija ili objekata.

Smatra se da su najčešći strahovi koji se javljaju kod adolescenata strah od socijalne neprihvaćenosti, tjelesnih povreda, strahovi vezani uz tjelesni izgled, strah od medicinskih intervencija, javnih nastupa, rata, nasilja i drugo. Strahovi koju su pretjerani i traju duži vremenski period mogu se vrlo lako prometnuti u opsesivno-kompulzivni poremećaj, socijalne strahove, strah od odvajanja i sl. Ukoliko su uzrok strahu traumatski događaji, tada oni narušavaju osjećaj kontrole, bliskost s drugim osobama i važnost koju pojedinac posvećuje svijetu općenito (14). Traumatsko iskustvo može se negativno odraziti na sva područja života pojedinca tako što će negativno utjecati na mišljenje, pamćenje, emocije, međuljudske odnose, ponašanje i fizičko zdravlje (26).

Povišena razina anksiozne osjetljivosti kod djece može kasnije kod adolescenata dovesti do pojave paničnog poremećaja. U većem broju novijih istraživanja utvrđena je visoka podudarnost između anksiozne osjetljivosti i depresivnosti. Kod adolescenata je uočena povećana razina ispitne anksioznosti: popriličan broj učenika tijekom svog obrazovanja osjeća

anksioznost pri provjeri znanja što može utjecati na školski uspjeh, samopouzdanje, prihvaćenost od ostalih učenika u razredu i dr. (6).

### *1.3.1. Oblici anksioznih poremećaja*

#### 1) Panični poremećaj

Prema Hollander i Simeon (2006) kod paničnog napada osoba najčešće doživljava strah, prestravljenost, doživljava osjećaj gušenja i otežanog disanja, iščekuje nesreću, misli da će umrijeti, doživjeti srčani udar, izgubiti kontrolu, bol u prsima, znojenje te gubitak svijesti. Napadi izazvani osjećajem panike mogu trajati od 5 do 20 minuta, a najčešći se javljaju kod starijih adolescenata i u odrasloj dobi. Panične poremećaje možemo klasificirati kao: panični poremećaj s agorafobijom koji se javlja kao fobija i panični poremećaj bez agorafobije. Bolesnici s najtežim oblicima agorafobije su potpuno vezani za kuću, boje se izaći iz kuće bez pratnje, pa čak i ostati sami kod kuće (27).

Ukoliko adolescent ima panični poremećaj obitelj bi o toj činjenici trebala upoznati stručnu službu škole koju učenik pohađa a nakon toga trebali bi biti upoznati i nastavnici koji su uključeni u odgojno obrazovni proces kako bi mogli u slučaju potrebe reagirati na adekvatan način.

#### 2) Generalizirani anksiozni poremećaj

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) je uporan i čest poremećaj kod njega osoba kontinuirano osjeća brigu i tjeskobu koja može trajati danima, tjednima, a najmanje šest mjeseci kako bi se dijagnoza mogla sa sigurnošću postaviti. Međutim, takvo stanje nije direktno povezano s nedavnim stresnim događajima, iako ga određene situacije mogu pogoršati. Zabrinutost je jedna od glavnih karakteristika ovog poremećaja. Najčešći simptomi koji se mogu javiti jesu zabrinutost, mišićna napetost, strah, iščekivanje, umor, nesanica i razdražljivost, teškoće u koncentriranju. Pod uvjetom da mlada osoba s takvim poremećajem ne potraži pomoć i ukoliko skriva anksioznost, postoji mogućnost da članovi njegove obitelji ne primijete da mu je potrebna pomoć i podrška. Ovakav poremećaj predstavlja velik problem u svakodnevnom funkcioniranju adolescenta, te može dovesti do poteškoća u međuljudskim odnosima s članovima obitelji, prijateljima, kao i poteškoća u smislu lošeg uspjeha u školi, izostajanja iz škole ili propuštanja svakodnevnih aktivnosti (27).



### 3) Socijalna fobija

Fobiju se definira kao nerealan i uporan strah od nekog određenog predmeta, aktivnosti ili situacije koja dovodi do jake želje za izbjegavanjem aktivnosti, situacije ili predmeta od koje osoba osjeća strah (24). Za razliku od svakodnevnog nervoze, ovaj poremećaj uključuje strah, tjeskobu i izbjegavanje koji ometaju odnose, dnevnu rutinu, posao, školu ili druge aktivnosti. Osobe strahuju i izbjegavaju situacije u kojima bi se od njih moglo očekivati da uđu u interakciju s drugim ljudima, zbog straha da će se osramotiti ili biti poniženi. Takve osobe izbjegavaju jedenje na javnim mjestima, govorenje, uporabu javnih zahoda, odlazak na socijalna okupljanja. Socijalni anksiozni poremećaj obično počinje u ranoj ili srednjoj adolescenciji, iako ponekad može početi kod mlađe djece ili odraslih. Manifestiranje simptoma socijalne fobije kod adolescenta sprječava razvoj međuljudskih odnosa i socijalnih interakcija. Također, može doći do loših rezultata u školi ili razredne izoliranosti među vršnjacima.

### 4) Specifična fobija

Specifične fobije predstavljaju ograničen strah od objekata ili situacija koje predstavljaju minimalnu opasnost, ali kod osobe izazivaju tjeskobu i izbjegavanje. Za razliku od „normalne“ tjeskobe koju se može osjetiti prilikom npr. držanja govora ili polaganja ispita, specifične fobije traju dugo, uzrokuju intenzivne fizičke i psihičke reakcije i mogu utjecati na sposobnost normalnog funkcioniranja na poslu, u školi ili u društvenom okruženju. Točan uzrok nastanka nije poznat, ali se smatra da nastaju kao odgovor na neka traumatska zbivanja reakcijom na taj događaj. Strah se u većini slučajeva ne javlja zbog samog predmeta nego zbog posljedica koje se mogu dogoditi. Kod djece i adolescenata moguć je razvoj školske fobije. Školska fobija je strah izazvan nekim situacijama koje dijete vezuje uz školu, a praćen je manifestacijom simptoma anksioznosti. Kada se školska fobija javi kod djece ili adolescenata, takva djeca imaju poteškoće u svladavanju nastavnog gradiva, izoliraju se, izbjegavaju odlazak u školu kako bi izbjegli opetovano javljanje strahova. Školska stručna služba i odgojno obrazovni djelatnici trebali bi takvoj djeci pružiti podršku i pomoći u savladavanju ovakvih teškoća razgovorom, kako bi se otkrio razlog pojavnosti fobija, provođenjem edukativnih radionica te radom na povezivanju s ostalim učenicima u razred (28).

### 5) Opsesivno – kompulzivni poremećaj

Opsesivno-kompulzivni poremećaj je poremećaj koji prema svojoj klasifikaciji spada u skupinu anksioznih poremećaja. Opsesije se ispoljavaju kao ustrajne, ponavljajuće i neželjene misli, nagoni i slike koji su uznemirujući za osobu, dok su kompulzivne radnje, s druge strane,

obrasci ponašanja koji uključuju nekakva ponavljajuća ponašanja kako bi se izvela neka radnja, nešto što osoba čini kako bi se osjetila bolje a da pritom smanji razinu stresa koji je uzrokovan opsesijama. Možemo zaključiti da su opsesije u stvari posljedice kojih se osoba boji (neugoda, ozljeda, zaraza, smrt i sl.) i koje uzrokuju anksioznost, a kompulzije prinudne radnje (provjeravanje, čišćenje, dezinfekcija i sl.) kojima se uklanja moguća opasnost, a time i anksioznost. Kod djece i adolescenata se zbog takvih poremećaja mogu javiti poteškoće u praćenju nastave, slabljenja školskog uspjeha te društvene izolacije.

#### 6) Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) definira se kao psihijatrijski poremećaj koji može nastati nakon izloženosti ili svjedočenja životno ugrožavajućim situacijama. Čimbenici rizika za nastanak PTSP-a mogu biti zanemarivanje u djetinjstvu, psihičko i seksualno nasilje, fizičko zlostavljanje, teške nesreće, nasilje nad civilima, prirodne katastrofe, traume vezane uz posao, svjedočenje traumatskom događaju ili ratne traume. Najčešći simptomi ovog poremećaja mogu biti ponovno proživljavanje traumatskog događaja (engl. *flashback* epizode, noćne more), izbjegavanje situacija koje osobu podsjećaju na traumatično iskustvo, pojačana pobuđenost (20), psihička nesposobnost doživljavanja pozitivnih emocija, umrtvljenost, nesanica, poremećaji osobnosti, razdražljivost, bijes, poteškoće u koncentriranju, depresija, anksioznost, panični napadaji i slično (27).

#### 7) Ispitna anksioznost

Mnogi ljudi doživljavaju stres ili tjeskobu prije ispita. Zapravo, malo nervoze može pomoći da se postignu odlični rezultati. Međutim, kada ta uznemirenost postane pretjerana da zapravo ometa koncentraciju tijekom ispita, onda govorimo o ispitnoj anksioznosti. Za neke je učenike takvo stanje toliko prisutno da im je neophodno pružanje stručne pomoći u savladavanju takvih problema (29). Ispitna anksioznost može umanjiti učinkovitost, utjecati na školski uspjeh te negativan stav prema školi, loš odnos s vršnjacima i nastavnicima, izazvati emocionalne poteškoće, uzrokovati osjećaj niskog samopoštovanja i ravnodušnost (30).

#### 8) Anksiozna osjetljivost

Takav se poremećaj opisuje kao strah od javljanja osjećaja i simptoma koji su povezani s tjeskobom, a koji su rezultat uvjerenja da isti mogu imati negativne fizičke, psihičke i socijalne učinke. Situacije koje kod osobe nameću strah od tjeskobe iste će u još većoj razini doživjeti

napad panike i anksioznost. Osobe koje se konstantno boje anksioznosti postupno razvijaju strah od situacija u kojima se nazire i najmanja mogućnost da će se ona razviti.

#### 9) Separacijska anksioznost

Separacijska anksioznost definira se kao „odvajanje ljudi s kojima je osoba bila blisko povezana, na primjer gubitak očinske, majčinske figure ili gubitak vršnjaka.“ Najčešći simptomi koji se mogu javiti kod takvih poremećaja jesu: bolovi u trbuhu, povraćanje i mučnina, glavobolja, palpitacije, vrtoglavica, presinkopa i sinkopa. Kod djece također postoji mogućnost javljanja noćnih mora kao i odbijanje djeteta da samo spava. Da bi se mogla postaviti dijagnoza separacijske anksioznosti, simptomi moraju trajati minimalno 4 tjedna te uzrokovati teškoće sa školom te poremećaje u obiteljskom i društvenom okruženju.

#### 10) Depresivnost i anksioznost

Vulić-Prtorić (2003) navodi kako stanje anksioznosti prethodi stanju depresivnosti ili depresivnost prethodi anksioznosti, iako je u većini slučajeva anksioznost prethodila depresiji. Anksiozno-depresivno stanje osoba može doživjeti ukoliko se količina anksioznosti povećava kao rezultat njene nesigurnosti u osobne vještine da nadzire neka zbivanja. Ukoliko osoba stekne osjećaj kompletnog gubitka nadzora nad situacijom razvit će se depresija. Autorica Berk u citiranoj stručnoj literaturi (9) navodi da je depresija „osjećaj tuge, frustriranosti i beznada, praćen gubitkom uživanja u većini aktivnosti, poremećajima u spavanju, gubitkom apetita i energije te da uvelike utječe na razvoj i kvalitetu života adolescenta.“ Depresija se opisuje kao stanje koje ugrožava razvoj karaktera mlade osobe. Kod pojave anksiozno-depresivnog poremećaja mogu se javiti simptomi kao što su: nedostatak energije, zabrinutost, očekivanje najgoreg, teškoće pri koncentraciji, plačljivost, razdražljivost, nisko samopoštovanje (9).

Ukoliko se razvije anksioznost i/ili depresija kod adolescenata može izazvati probleme s koncentracijom, što svakako utječe na školski uspjeh odnosno neuspjeh zato što se osoba ne može koncentrirati na nastavne sadržaje. U takvoj fazi dolazi do povlačenja i izoliranja od obitelji i vršnjaka.

#### 1.3.2. Anksiozni poremećaji kod adolescenata

Anksiozni poremećaji su najčešći poremećaji u fazi adolescencije. Tijekom odrastanja mlade osobe prolaze kroz niz promjena, međutim vrlo često se dogodi da se ne mogu snaći te ne znaju kako odgovoriti na takve izazove. Upravo kao posljedica takvih promjena i nesnalaženja kod adolescenata se mogu javiti anksiozni poremećaji. Tijekom ovog životnog

perioda u kojemu se odvijaju intenzivne promjene na svim aspektima, period adolescencije se opisuje kao vrijeme posebne opasnosti za razvoj smetnji u psihosocijalnoj prilagodbi (3).

Simptomi anksioznosti mogu se podijeliti na: psihičke, kod kojih je izražena zabrinutost, strah, napetost, razdražljivost, nervoza, i fizičke, kod kojih se može razviti psihomotorni nemir, ubrzano disanje, palpitacije, znojenje, kratkoća daha, bol u mišićima, bolovi u želucu i slično. Takve smetnje se najčešće javljaju tijekom nekakvih novonastalih situacija, kao što je prelazak iz osnovne u srednju školu, fakultet ili općenito tijekom složenijih perioda života koji iziskuju intenzivniju prilagodbu pojedinca. Osim zaštitnih poznati su i rizični faktori koji pospješuju razvoj poremećaja. U skupinu zaštitnih faktora koji služe kao pomoć u sprječavanju razvoja psiholoških problema spadaju zreli mehanizmi obrane, jasna komunikacija, dobra obiteljska prilagodba, roditelji zadovoljni brakom, razumijevanje djetetovih problema u obitelji, visoko samopoštovanje, sigurna privrženost u obitelji i uključenost oba roditelja, važnost da djeca i adolescenti tijekom školovanja dobivaju potrebne povratne informacije kao i da steknu osjećaj zaštićenosti i sigurnosti kako bi se bolje nosili s poteškoćama. U skupinu rizičnih faktora koji pogoduju razvoju anksioznih poremećaja spadaju: nisko samopoštovanje roditelja, nedovoljno razvijeni mehanizmi obrane, bolest roditelja, nasilje i sukobi u obitelji, nezainteresiranost roditelja, autoritativni odgoj, gubici i tuga unutar obitelji, kažnjavajući ili popustljiv odgoj, zanemarivanje, zlostavljanje, alkoholizam i ovisnost u obitelji. Osim navedenih svakako veliki utjecaj za razvoj anksioznih poremećaja ima i konzumiranje alkohola, droga i kockanje koji uzrokuju povećane razine stresa, gubitak apetita, nesanicu, depresivnost, pokušaj samoubojstva. Djeca čiji roditelji boluju od anksioznog poremećaja, poremećaja ophođenja, alkoholizama ili ADHD-a (engl. *Attention deficit hyperactivity disorder*) imaju veće šanse za razvitak anksioznosti. Dokazano je i da su plaha i sramežljiva djeca sklonija razvoju negativnih odgovora nakon nekog neugodnog događaja. Također su kao rizični čimbenici izdvojene nove situacije, loši obiteljski odnosi, loš socioekonomski status, neuklapanje u vršnjačku grupu, neuspjeh u školi, socijalno prilagođavanje suprotnom spolu.

#### **1.4. Stres**

Termin stres se kao pojam koristi svakodnevno i u širokoj je primjeni, kako u znanstvenoj tako i u općoj populaciji pa je shodno tome i poprimio veliki broj oblika i značaja (31). Pojam kao takav razumljiv je na mnogo jezika, kao i u različitim kulturama, razumljiv je osobama različitih dobi i pripadnicima različitih skupina.

Tijekom posljednjeg desetljeća Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je stres na poslu epidemijom. U povijesti su neki autori za ovo stanje koristili termin anksioznosti, tek je

40-ih godina prošlog stoljeća kognitivni model izazvao veliki interes istraživača te su pokrenuta brojna istraživanja na tom području.

Jedna od definicija termin stres definira kao skup fizičkih i psihičkih promjena koje nastaju kada vanjski i unutrašnji čimbenici odnosno stresori remete ravnotežu organizma koja je nužna za održavanje života. Kada osoba procijeni da neće moći zadovoljiti vanjskim i/ili unutrašnjim zahtjevima jer prevazilaze njene sposobnosti, u tom slučaju nastaje psihološki stres, čiji je nastanak uvjetovan procjenom osobe hoće li ili ne neki podražaj ili situacija djelovati kao stresor. Prema istraživanjima američkog psihologa Lazarusa čovjek kad je pod stresom prolazi kroz 3 faze. Tijekom prve faze osoba percipira neki oblik prijetnje, druga faza je faza u kojoj osoba osvještava reakcije na prijetnju dok u trećoj fazi nastupa suočavanje odnosno događa se reakcija na uočenu prijetnju (5).

U do danas izvedenim istraživanjima mladi ljudi su prepoznali i iznijeli vezano uz odgojno-obrazovni proces različite psihosocijalne stresove (5). Među najčešće stresne događaje vezane za školu koje su navodili bili su: testiranja, lošiji uspjeh od očekivanog, preveliki zahtjevi nastavnika i sukobi s njima. Kao izvori stresa također se navode i neprimjereno i ponižavajuće odnošenje nastavnika spram učenika kao što je: ismijavanje, vrijeđanje, ponižavanje učenika i slično. Kao značajni stresori u školi prepoznati su još i: pritisak vezan uz školske obveze, strah od neuspjeha i ocjenjivanja, konflikti s prijateljima, vršnjacima, nastavnicima, ali i s roditeljima. Prijelaz na višu obrazovnu razinu kod adolescenata može izazvati razne stresove, primjerice prijelaz iz osnovne u srednju školu. Značajni su stresori kod adolescenata vezani i uz socijalne zahtjeve i akademska postignuća, kao npr. povećanje obima gradiva, drugačiji odnosi s nastavnicima, izgradnja položaja u vršnjačkoj grupi. Neki autori navode 9 najčešćih stresora djece i adolescenata od kojih su prva 4 direktno vezana uz školu. Najčešće definirani stresori su: metode podučavanja, odnos s nastavnikom, preopterećenost školom, školska okolina, osjećaj ranjivosti, vremenska organizacija, težnja za nezavisnošću, strah od budućnosti i odnos s roditeljima (5).“

#### *1.4.1. Oblici stresa*

Prema do sad provedenim istraživanjima smatra se da su neki od oblika stresa sljedeći: „zaokupljenost individualnim razlikama, ponovno javljanje zanimanja za psiho-somatiku, razvoj bihevioralne terapije namijenjene tretmanu i prevenciji bolesti ili životnih stilova koji povećavaju rizik od obolijevanja, pojava cjeloživotne razvojne perspektive, pridavanje sve većeg značenja utjecaju okoline na ljudske akcije i odnose (32).“

Stres je složeni proces akcije i reakcije odnosno podražaja i odgovora koje može imati negativan utjecaj na tjelesno i psihičko zdravlje neovisno o spolu, rasi ili dobi. Može se javiti u trenucima kada se emocionalni, psihički i/ili tjelesni naponi organizma pojačavaju.

Izvori stresa mogu biti neki unutarnji ili vanjski podražaj, izdvojena ili niz zbivanja koje osoba ili obitelj procjenjuju opasnim za njihov život, njihova materijalna dobra ili samopoštovanje te koje obzirom na takvu predodžbu mogu narušiti svakodnevni život kako svakog člana obitelji pojedinačno tako i obitelj u cjelini (32). Takve subjektivne procjene događaja koje su izvor stresa kod pojedinca nazivaju se stresnim događajima, stresnim situacijama ili pak stresorima. Smatra se da se veliki broj različitih situacija može definirati stresnima iako su neke objektivno manje stresne, međutim nekim osobama takve situacije mogu predstavljati izniman stres i obrnuto.

Prema intenzitetu prijetnje postoji nekoliko kategorija stresa. Najčešće vrste su: 1. traume koje se smatraju vrlo opasnim i ugrožavajućim događajima kao što su npr. prirodne katastrofe, prometne nesreće, ratovi i slično pri čemu postoji direktna opasnost za život pojedinca i njemu bliskih osoba, 2. životni događaji; to su situacije koje su po svom intenzitetu manje ugrožavajuće od traumatskih npr. smrt bliske osobe, razvod itd., 3. kronično opterećenje; za razliku od prethodne dvije vrste ovaj je intenzitet prijetnje slabiji međutim po vremenu trajanja je duži, kao primjer mogu se navesti bračni problemi, problemi na poslu, problemi roditeljstva i slično i 4. dnevni mikrostressori; ovdje spadaju događaji vrlo malog intenziteta prijetnje međutim za razliku od ostalih ovi su najučestaliji. Kao primjer možemo navesti gužve u prometu, čekanja u redu i drugo (31).

Prema svemu navedenom nameće se zaključak da je pojam stresa subjektivan osjećaj te najviše ovisi o percepciji osobe koja ga doživljava. Mora se naglasiti da iste situacije koje izazivaju stresnu reakciju kod jedne osobe u nekom trenutku njenog života ne moraju izazivati stres kod druge ili pak kod iste osobe u nekom drugom momentu (31).

#### *1.4.2. Stres kod adolescenata*

Smatra se da su najčešći izvori stresa kod adolescenata vezani uz školu i prijatelje te sukob. U odgojno-obrazovnom procesu adolescenti često sebe doživljavaju kao više ili manje uspješnog odnosno neuspješnog. Svaki stres, pa tako i školski, može imati nepovoljno djelovati na mentalno zdravlje mlade osobe. Stvaranje slike koju adolescent ima o sebi vrlo je važan period u životu mlade osobe na koju bi utjecaj stresa dugoročno mogao ostaviti trajne posljedice. Vrlo je važno da se adolescent suočava sa stresom kako bi mogao svakodnevno normalno funkcionirati. Pomoću kognitivnog funkcioniranja dolazi do promjena u primjeni

strategija suočavanja sa stresom koje mogu biti pod utjecajem različitih okolnosti i socijalne podrške. Dokazano je da stariji adolescenti primjenjuju više taktika suočavanja sa stresom od mlađih. Djeca i adolescenti sa somatizacijama odrastaju u odrasle osobe s istim smetnjama koje u odrasloj dobi postaju izražen društveni, zdravstveni i ekonomski problem (33). Nažalost, zbog sve veće broja mladih ljudi kod koji se javlja školski stres i njegov negativni utjecaj na razvoj i zdravlje adolescenata ovakva situacija predstavlja ozbiljan problem školskom i zdravstvenom sustavu, ali i cijelom društvu.

U adolescenciji je moguće da školski stres i neuspjeh pokrenu negativne emocije nesposobnosti i bespomoćnosti, a time i neke oblike autodestruktivnog ponašanja. Što je jače izražen intenzitet doživljenoga školskog stresa kod adolescenta, što se intenzivnije doživljava nemogućnosti kontrole događaja u životu veća je vjerojatnost da će osoba biti sklonija samookrivljanju, samoprijeziro i samoozljeđivanju, a kod nekih slučajeva takvi osjećaji mogu dovesti i do suicida (34).

## 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati razliku u ukupnom rezultatu na upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) i njegovim subskalama – depresivnost, anksioznost i stres s obzirom na spol, razred i obrazovni smjer ispitanika te ispitati povezanost rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima.

1. cilj: Usporediti učestalost javljanja stresa, anksioznosti i depresije po spolu.
2. cilj: Usporediti učestalost javljanja stresa, anksioznosti i depresije po razredima (dob).
3. cilj: Usporediti učestalost javljanja stresa, anksioznosti i depresije učenika u odnosu na smjer.
4. cilj: Ispitati povezanost rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima učenika Medicinske škole Pula.

H1: Učenice Medicinske škole Pula više su izložene stresu, anksioznosti i depresiji od učenika iste škole.

H2: Učenici nižih razreda više su izloženi stresu, anksioznosti i depresiji od svojih starijih kolega.

H3: Učenici smjera medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege izloženiji su razvoju depresivnosti, anksioznosti i stresa od učenika smjera fizioterapeutske tehničar/fizioterapeutska tehničarka.

H4: Očekuje se da postoji pozitivna povezanost između rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima učenika Medicinske škole Pula.



### 3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

#### 3.1. *Ispitanici*

Ovo ispitivanje namijenjeno je učenicima drugih i četvrtih razreda Medicinske škole Pula dvaju smjerova: medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege i fizioterapeutske tehničar/fizioterapeutska tehničarka. U uzorku se radi o ukupno šest razrednih odjela od kojih su četiri učenici drugog razreda, a dva učenici četvrtih razreda. Radi se o dobnom rasponu od 16 do 19 godina miješanih skupina muškog i ženskog spola.

Tijekom ispitivanja koristio se prigodni uzorak iz razloga što su se ispitivali samo učenici Medicinske škole Pula. Kontrolna skupina nije planirana.

Broj ispitanika u istraživanju iznosi 113 učenika: 80 djevojčica i 33 dječaka srednje medicinske škole u Puli. U istraživanju su mogli sudjelovati svi učenici drugih i četvrtih razreda Medicinske škole Pula, neovisno o dobi, spolu, rasi ili drugim obilježjima.

#### 3.2. *Postupak i instrumentarij*

Glavni instrument istraživanja je anketni upitnik „DASS – 21 skala“ (1) i skala obrazovnih očekivanja koja sadrži 5 pitanja a odnose se na očekivanja učenika vezana uz školska postignuća. Anketni upitnik DASS -21 je besplatan i dostupan na mrežnim stranicama te nije potrebna suglasnost autora za njegovo korištenje. Dio upitnika koji se odnosi na očekivanja učenika vezana uz školska postignuća je autorski za kojega je provedena analiza pouzdanosti pomoću Cronbach alfa koeficijenta.

Anketni upitnik proveden je u digitalnom obliku, a izrada istog bila je u sklopu Google Forms platforme. Web adresa anketnog upitnika podijeljena je putem online platforme Teams.

Potrebno je naglasiti da se prikupljanje podataka odvijalo u učionicama Medicinske škole Pula na satu razrednog odjela. Anketni upitnik u potpunosti je anonimn, a sudjelovanje dobrovoljno. Vrijeme potrebno za ispunjavanje bilo je 15 minuta pri čemu je u bilo kojem momentu ispitanik mogao odustati od ispunjavanja što je i navedeno u informiranom pristanku. Ispitanicima se osigurala dovoljna fizička udaljenost kako bi svaki učenik u miru mogao rješavati anketni upitnik. Budući da se istraživanje provodilo među učenicima drugih i četvrtih razreda koji su većinom maloljetni, od roditelja/skrbnika zatražena je privola u kojoj su svojim potpisom jamčili da su upoznati s provedbom ankete te da daju dozvolu da njihovo dijete može sudjelovati u provedbi iste.

Anketni upitnik sastoji se od tri skupine pitanja. Prva cjelina odnosi se na četiri sociodemografska pitanja izraženih na nominalnoj skali. Ispitanici su na tri (spol, razred i smjer) odgovorili odabirom jednog od ponuđenih odgovora dok su na jedno pitanje otvorenog tipa (dob) odgovorili upisivanjem kratkog odgovora.

Drugi dio upitnika sastoji se od 5 pitanja koja se odnose na očekivanja vezana uz školska postignuća. Ispitanici su odgovorili na pitanja odabirom jednog od pet ponuđenih odgovora (od uopće se ne slažem do u potpunosti se slažem).

Treći dio upitnika sastoji se od 21 pitanja DASS-21 (1) s tim da se odgovorima na pitanja 3,5,10,13,16,17,21 ispituje depresivnost, pitanjima 2,4,7,9,15,19,20 anksioznost i pitanjima 1,6,8,11,12,14,18 stres kod učenika drugih i četvrtih razreda. Ispitanici su odgovarali odabirom jednog od četiri ponuđena odgovora od uopće se nije odnosilo na mene do gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

### *3.3. Statistička obrada podataka*

Na početku anketnog upitnika ispitani su sociodemografski podaci ispitanika koji se odnose na dob, spol, smjer i razred koji pohađaju. To su kategorijalne varijable mjerene nominalnom ljestvicom, a prethodno spomenute varijable opisane su pomoću apsolutnih te relativnih frekvencija.

U ispitivanju intervalnih varijabli odnosno obrazovnih očekivanja i učestalosti javljanja depresivnosti, anksioznosti i stresa koristile su se dvije Likertove skale. Prva skala koristila se u svrhu mjerenja obrazovnih očekivanja i sastoji se od 5 čestica mjenjenih na skali od 1 do 5. Brojevi označavaju mjeru u kojoj se tvrdnje odnose na očekivanja vezana uz školska postignuća pri čemu broj 1 označava „uopće se ne slažem“, broj 2 „uglavnom se ne slažem“, broj 3 „niti se slažem niti se ne slažem“, broj 4 „uglavnom se slažem“ i broj 5 „u potpunosti se slažem“. Sve varijable izražene su kao prosječan odgovor pa se njihov raspon kreće od 1 do 5. Drugu Likertovu skalu koristi se u svrhu mjerenja učestalosti javljanja depresivnosti, anksioznosti i stresa. Dio upitnika mjeren drugom skalom sastoji se od 21 čestice mjerene na skali od 1 do 4. Brojevi označavaju u kojoj se mjeri neka tvrdnja odnosila na ispitanika pri čemu broj 1 označava „uopće se nije odnosilo na mene“, broj 2 „odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme“, broj 3 „odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena“ i broj 4 „gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene“. Kod ove skale također su sve varijable iskazane kao prosječan odgovor te se njihov raspon kreće od 1 do 4. Intervalne varijable opisane su pomoću aritmetičke sredine, standardne devijacije i raspona.

Nezavisne varijable (spol, dob i razred) mjerene su na dvije razine (smjer - medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege i fizioterapeutske tehničar/fizioterapeutska tehničarka). Zavisna varijabla je učestalost javljanja stresa, anksioznosti i depresije.

U inferencijalnoj statistici koristi se ANOVA test za dokazivanje hipoteza. Pri ispitivanju postoji pozitivna povezanost između rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima učenika Medicinske škole Pula te se koristi koeficijent korelacije.

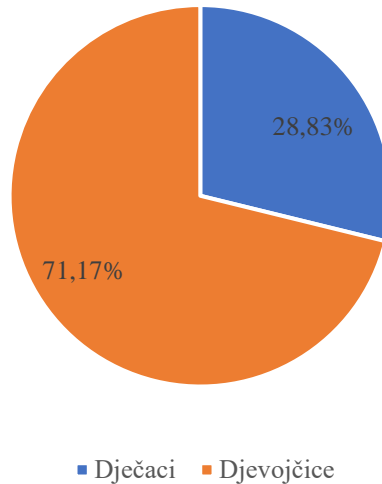
#### *3.4. Etički aspekti istraživanja*

Prije samog početka istraživanja zatražilo se dopuštenje za provedbu istraživanja od strane ravnatelja Medicinske škole Pula. Anketni upitnici bili su anonimni i jednaki za sve razrede. Budući da je dio ispitanika malodobno, roditelji/skrbnici koji su se složili da njihovo dijete/štićenik sudjeluje u istraživanju potpisali su suglasnost. Ukoliko roditelj/skrbnik nije potpisao suglasnost, njihovo dijete/štićenik nije moglo sudjelovati u istraživanju. Uz to, ispitanici nisu prisiljavani na ispunjavanje anketnog upitnika ako oni to nisu željeli. Ispitanici su bili slobodni u bilo kojem trenutku napustiti istraživanje. Na samom upitniku navedeno je kako autor garantira apsolutnu anonimnost ispitanika te kako će sve prikupljene rezultate koristiti isključivo za potrebe izrade ovog diplomskog rada. Etičnost u fazi interpretacije rezultata bit će postignuta citiranjem sve korištene literature drugih autora bez izrade plagijata. Za predloženo ispitivanje dobiveno je odobrenje na VII sjednici Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja u 2021./2022. ak. godini održane 7. lipnja 2022. godine.

## 4. REZULTATI

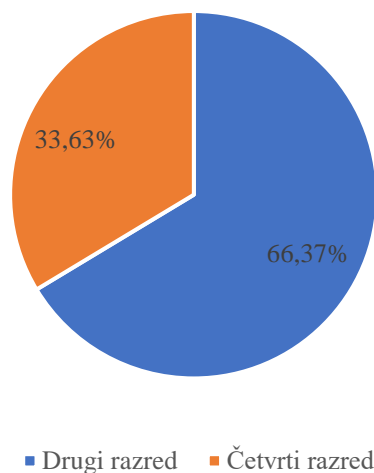
Opis uzorka:

N=113 ispitanika od čega 71,17% (N=80) ženskih ispitanika, 28,83% (N=33) muških (Slika 1.).



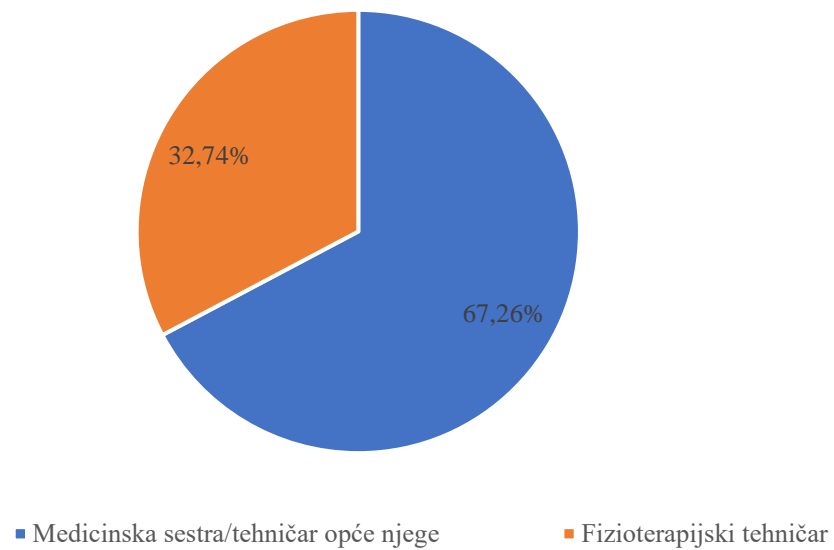
**Slika 1.** Uzorak prema spolnoj strukturi

Prosječna dob u uzorku iznosi 16,9 godina (sd=1,01 godina), što je i očekivano obzirom da se uzorak sastoji od srednjoškolaca, od čega ih 66,37% (N=75) pohađa drugi razred srednje škole, a 33,63% (N=38) četvrti (Slika 2.).



**Slika 2.** Uzorak prema razredu koji pohađa

Na kraju, ispitani su učenici koji se školuju za medicinsku sestru/tehničara opće njege N= 76 (67,26%) i učenici koji pohađaju program izobrazbe za fizioterapeutskog tehničara/ fizioterapeutsku tehničarku N=37 (32,74%) (Slika 3.).



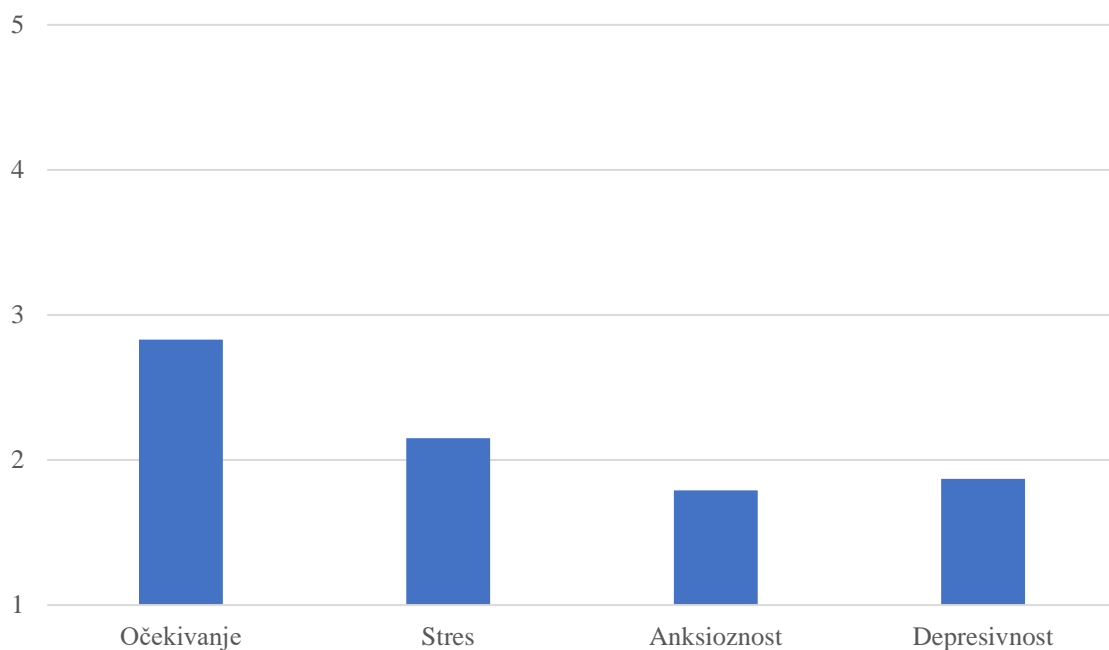
**Slika 3.** Uzorak prema programu izobrazbe

### Opis korištenih skala:

Ispitanici su odgovorili na ukupno 26 pitanja kojima su mjerena njihova očekivanja, anksioznosti, depresivnost i stres. Deskriptivni podaci o skalama i koeficijenti pouzdanosti prikazani su u (Tablica 1.), a deskriptivni podaci odgovora na pojedina pitanja prikazani su u (Tablica 2.).

**Tablica 1.** Deskriptivni podaci i koeficijenti pouzdanosti o skalama očekivanja, stresa, anksioznosti i depresivnosti

	M	sd	Raspon skale	Cronbachov $\alpha$
Očekivanje	2,83	0,65	1-5	0,48
Stres	2,15	0,83	1-4	0,91
Anksioznost	1,79	0,77	1-4	0,9
Depresivnost	1,87	0,8	1-4	0,91



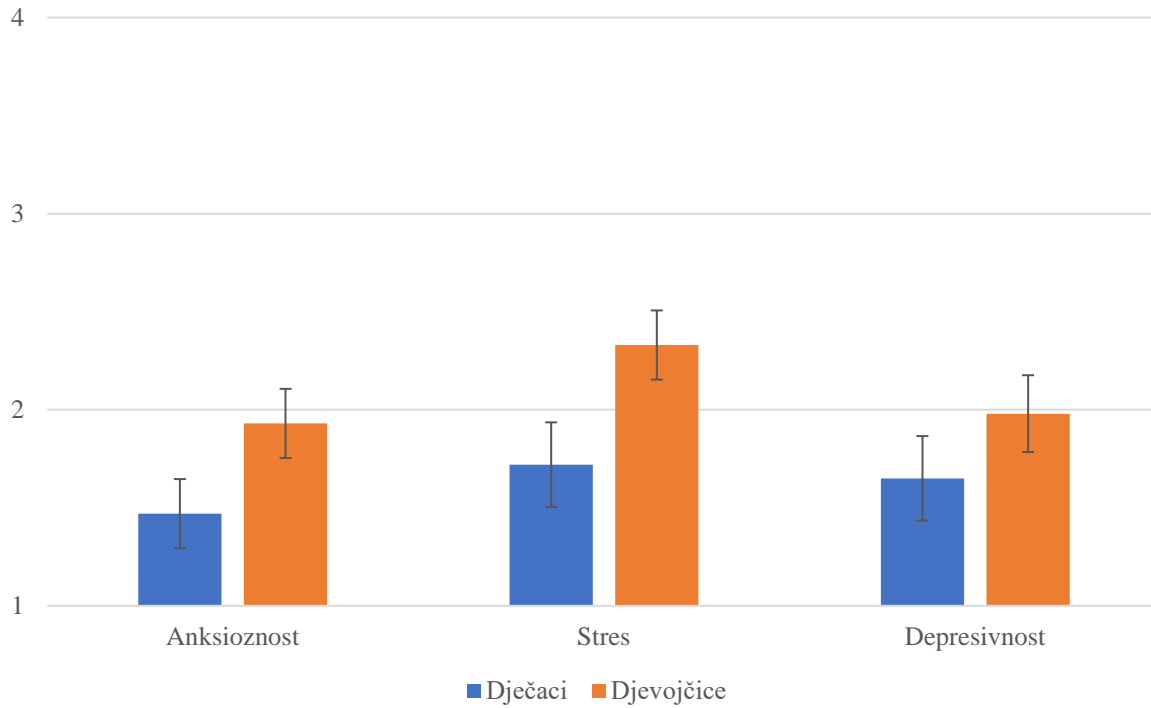
**Slika 4.** Grafički prikaz aritmetičkih sredina skala očekivanja, stresa, anksioznosti i depresivnosti prikazanih u Tablici 1.

**Tablica 2.** Opis čestica koje čine korištene faktore

		M	sd
Očekivanje	Smatram da je visoki školski uspjeh povezan sa životnim uspjehom.	2,86	1,12
	Mislim da školski uspjeh ovisi o količini rada koje sam uložila/uložio u savladavanje gradiva.	3,69	1,18
	Školski uspjeh je jedini pokazatelj uspjeha u obrazovanju.	2,29	1,18
	Smatram da me drugi neće poštovati ako nemam odlične ocjene.	1,82	1,11
	Moja očekivanja vezana uz školski uspjeh utječu na moje emocije.	3,5	1,14
Stres	Bilo mi je teško smiriti se.	2,03	0,99
	Bila/Bio sam sklona/sklon pretjeranim reakcijama na događaje.	1,96	1,09
	Osjećala/Osjećao sam se jako nervozno.	2,62	1,07
	Osjetila/Osjetio sam da postajem uznemirena/uznemiren.	2,1	1
	Bilo mi je teško opustiti se.	2,21	0,99
	Nisam podnosila/podnosio da me išta ometa u onome što sam radila/radio.	1,98	1,01
	Događalo mi se da sam bila/bio prilično osjetljiva/osjetljiv.	2,17	1,06
	Sušila su mi se usta.	1,59	0,89
	Doživjela/Doživio sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora)	1,58	0,93
	Doživljavala/Doživljavao sam drhtanje (npr. u rukama).	1,87	1,03
Anksioznost	Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogla/mogao paničariti ili se osramotiti.	2,18	1,08
	Osjetila/Osjetio sam da sam blizu panici.	1,81	0,95
	Bila/Bio sam svjesna/svjestan rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).	1,72	0,94
	Bila/Bio sam uplašena/uplašen bez opravdanog razloga.	1,77	0,96
	Uopće nisam mogla/mogao doživjeti neki pozitivan osjećaj.	1,8	0,88
Depresivnost	Bilo mi je teško započeti aktivnosti.	1,99	0,98
	Osjetila/Osjetio sam kao da se nemam čemu radovati.	1,88	1
	Bila/Bio sam potištena/potišten i tužna/tužan.	2,12	1,01
	Ništa me nije moglo oduševiti.	1,78	0,97
	Osjetila/Osjetio sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	1,75	1,05
	Osjetila/Osjetio sam kao da život nema smisla.	1,8	1,07

## Testiranje hipoteza

### Hipoteza 1

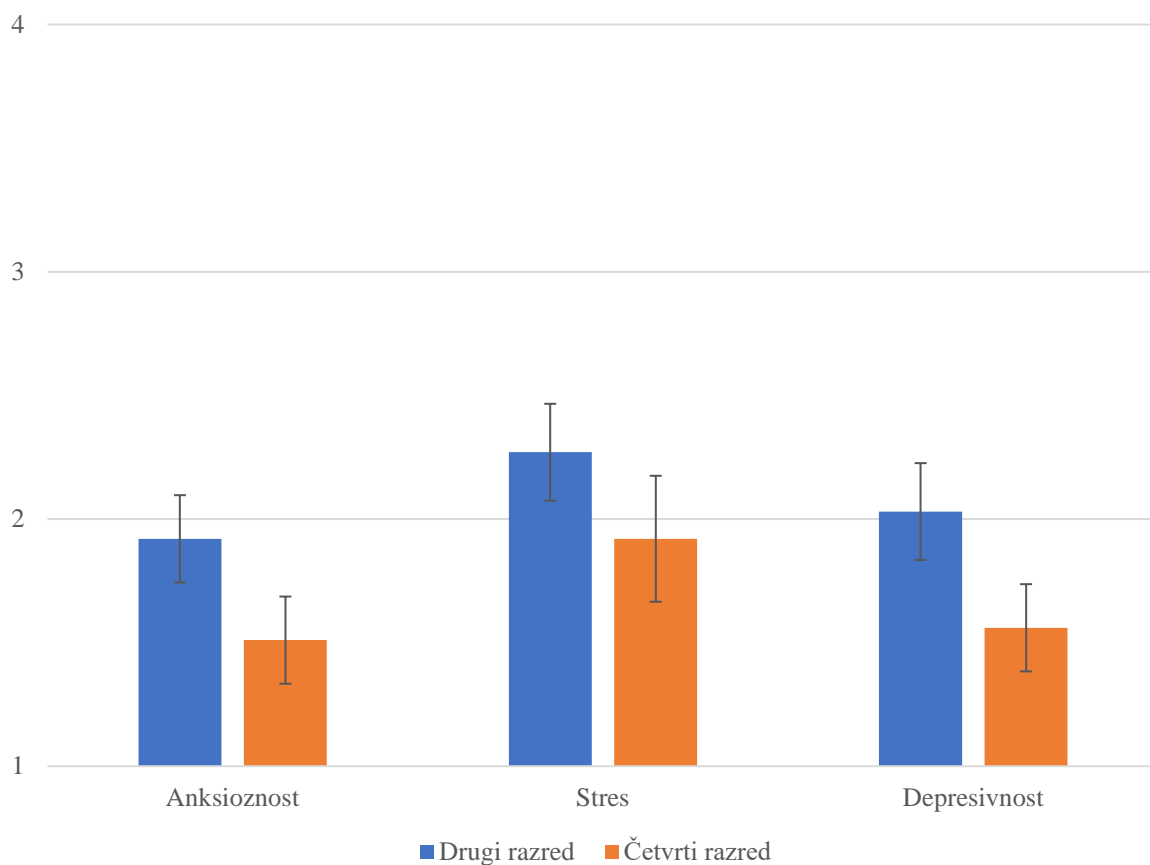


**Slika 5.** Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između dječaka i djevojčica

U skladu s očekivanjem, pokazalo se kako postoji statistički značajna razlika u anksioznosti ( $t= 3,53$ ;  $df= 87,57$ ;  $p<0,01$ ), stresu ( $t= 4,10$ ;  $df= 73,69$ ;  $p<0,01$ ) i depresivnosti ( $t= 2,25$ ;  $df= 77,03$ ;  $p<0,05$ ) koju osjećaju djevojčice i dječaci. Kao što je prikazano (Slika 5.), djevojčice prijavljuju veće razine anksioznosti ( $M= 1,93$ ;  $sd= ,81$ ); stresa ( $M= 2,33$ ;  $sd= ,84$ ) i depresivnosti ( $M= 1,98$ ;  $sd= ,85$ ) od dječaka ( $M_{anksioznost}= 1,47$ ;  $sd_{anksioznost}= ,53$ ;  $M_{stres}= 1,72$ ;  $sd_{stres}= ,65$ ;  $M_{depresivnost}= 1,65$ ;  $sd_{depresivnost}= ,63$ ).



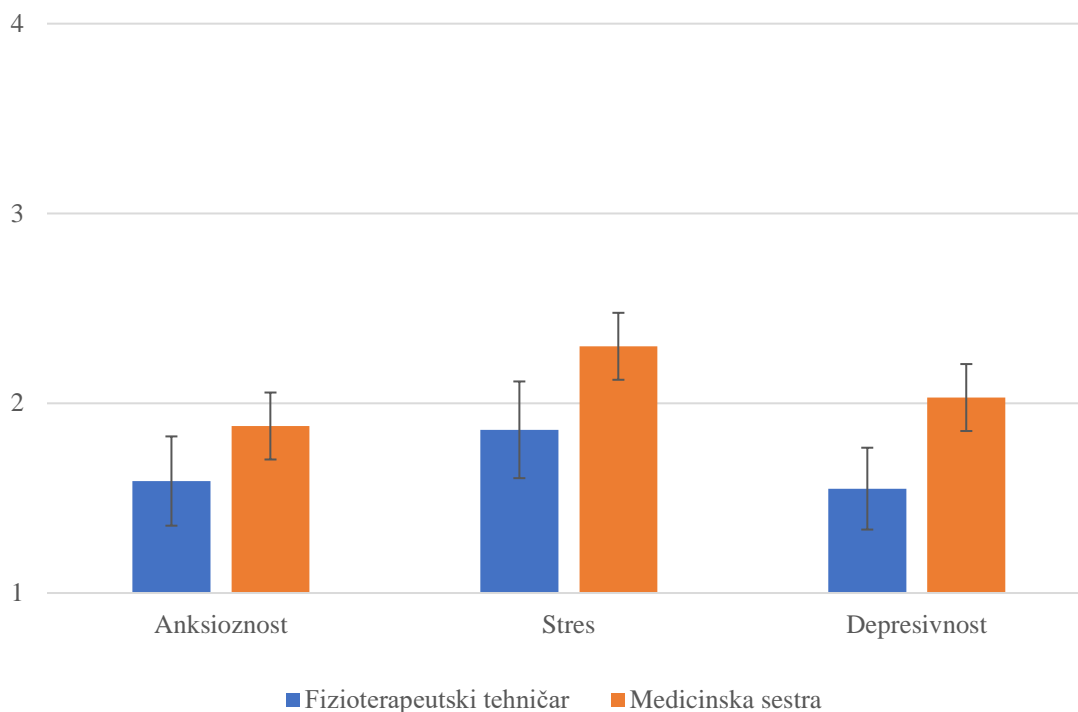
## Hipoteza 2



**Slika 6.** Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između učenika viših i nižih razreda

Druga hipoteza je također potvrđena. Učenici nižih razreda prijavljuju statistički značajno veće razine anksioznosti ( $t = 3,07$ ;  $df = 98,03$ ;  $p < 0,01$ ), stresa ( $t = 2,23$ ;  $df = 78,31$ ;  $p < 0,05$ ) i depresivnosti ( $t = 3,46$ ;  $df = 101,16$ ;  $p < 0,01$ ). Rezultati su grafički prikazani na (Slika 6.)

### Hipoteza 3



**Slika 7.** Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između učenika smjera medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege i učenika smjera fizioterapeutski tehničar/fizioterapeutska tehničarka.

Treća hipoteza je djelomično potvrđena. Učenici koji se obrazuju za zanimanje medicinska sestra/tehničar, iskazuju statistički značajno veće razine stresa ( $t = 2,74$ ;  $72,76$ ;  $p < 0,01$ ) i depresivnosti ( $t = 3,27$ ;  $df = 83,12$ ;  $p < 0,01$ ). Nije uočena statistički značajna razlika u količini anksioznosti ( $t = 1,89$ ;  $df = 72,77$ ;  $p = 0,06$ ), no, smjer razlike, kao i blizina razini statističke značajnosti, ukazuju na potencijalnu statistički značajnu razliku koja bi se mogla ustanoviti u budućim istraživanjima. Rezultati su grafički prikazani na (Slika 7.)

#### **Hipoteza 4**

Četvrta hipoteza testirana je Pearsonovim koeficijentom korelacije. Rezultati su u skladu s očekivanjima, odnosno, uočena je pozitivna povezanost očekivanja učenika i količine anksioznosti, stresa i depresivnosti koje prijavljuju (Tablica 3.).

**Tablica 3.** Korelacijska analiza – Pearsonovi koeficijenti povezanosti između rezultata na skalama anksioznosti, stresa, depresivnosti i očekivanja

	Anksioznost	Stres	Depresivnost
Stres	0,86**		
Depresivnost	0,75**	,79**	
Očekivanja	,22*	,22*	0,15

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Korelacije su niske, no statistički značajne. Podjednaka korelacija je uočena između očekivanja i anksioznosti, odnosno stresa ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), dok nije uočena statistički značajna korelacija očekivanja i depresivnosti ( $r = ,15$ ;  $p > 0,05$ ), što znači da su viši rezultati na skali očekivanja povezani s višim rezultatima na skalama anksioznosti i stresa.

Ista analiza pokazala je da su anksioznost, stres i depresivnost visoko pozitivno povezane, te se njihova povezanost kreće između  $r = ,75$  (Anksioznost i Depresivnost) do  $r = ,86$  (Anksioznost i Stres).

## 5. RASPRAVA

Psiholozi i stručnjaci bliskih profesija u istraživanjima se svakodnevno susreću s procjenama neugodnih emocija i simptomima psihološkog stresa. Postojanje neugodnih emocija često prati većinu psihičkih poteškoća i jedan je od najčešće korištenih i najpouzdanijih indikatora mentalnog zdravlja i blagostanja (35). Ovi zahtjevi prakse omogućili su razvoj velikog broja instrumenata za procjenu različitih nelagodnih emocionalnih stanja. Stručnjacima i praktičarima na engleskom govornom području na raspolaganju su desetine skala za procjenu anksioznosti i depresivnosti kao i stresa. U ovom diplomskom radu korišten je anketni upitnik DASS- 21 (1), a on je inicijalno konstruiran kao skala samoprocjene koja se sastoji od 42 stavke namijenjene za procjenu ključnih simptoma depresije i anksioznosti. Ideja vodilja autora skale bila je razvoj instrumenta koji će maksimalno diferencirati simptome depresije i anksioznosti, što nisu uspijevali napraviti do tada postojeće skale, poput BAI (engl. *Beck Anxiety Inventory*; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) i BDI (engl. *Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961), kao i STAI (engl. *State-Trait Anxiety Inventory*; Spielberger, 1983). Nadalje, prilikom razvoja DASS, primijećeno je da se dosljedno izolira i treći čimbenik (nazvan Stres) koji je obuhvaćao točke koje nisu bile pristrane u razlikovanju simptoma depresije i anksioznosti. Ovaj čimbenik je pripojen konačnoj verziji instrumenta. Skala obuhvaća tri subskale: depresivnost, anksioznost i stres. DASS predstavlja alat koji je razvijen u skladu s primarnim teorijskim stajalištem o strukturi i prirodi neugodnih emocija, koji je oblikovan u vidu Tripartitnog modela (36). Prilikom pisanja ovog diplomskog rada istraživanje je provedeno s ciljem dobivanja uvida u razlike koje se javljaju u ukupnom rezultatu na upitniku depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) i njegovim subskalama (depresivnost, anksioznost i stres s obzirom na spol, razred i obrazovni smjer ispitanika) te s ciljem ispitivanja povezanosti rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima.

Cilj je dakle bio da se uspoređi učestalost pojave stresa, anksioznosti i depresije prema spolu, prema razredima odnosno dobi sudionika, smjeru kojeg učenici pohađaju te ispitivanje povezanosti rezultata na DASS-21 upitniku i njegovim subskalama s obrazovnim očekivanjima učenika Medicinske škole Pula.

Ukupan broj učenika koji je sudjelovao u ovom istraživanju je 113, od čega 71,17% (N=80) ženskih ispitanika, 28,83% (N=33) muških. Prosječna dob u uzorku iznosi 16,9 godina, od čega

ih 66,37% (N=75) pohađa drugi razred, a 33,63% (N=38) četvrti srednje medicinske škole u Puli.

Temeljem provedenog istraživanja moguće je postaviti četiri hipoteze.

Hipoteza 1 u skladu je s očekivanjima, stoga ukazuje na to da djevojčice prijavljuju veću razinu depresivnosti, anksioznosti i stresa, čime je ista i potvrđena. Razlozi dobivanja takvih rezultata mogu biti veća obrazovna očekivanja kao i tjelesne promjene u razdoblju adolescencije koje su izraženije kod djevojčica te imaju utjecaj na stvaranje slike o sebi i stjecanju samopouzdanja. Promjene i prilagodba na njih često uzrokuju razvoj negativnih osjećaja poput srama i nelagode, stoga se veća prevalencija anksioznosti kod djevojčica može objasniti otežanom prilagodbom u odnosu na tjelesne promjene u razdoblju adolescencije i nedostatkom podrške okoline i obitelji u procesu prilagodbe i prihvatanja promjena. Temeljem ovog istraživanja dolazi se do spoznaje kako djevojčice prijavljuju više razine depresije, anksioznosti i stresa nego li to iskazuju dječaci, stoga je i sama hipoteza potvrđena.

Jedno od provedenih istraživanja citirano u stručnom članku ukazuje da „ozbiljne depresivne simptome ima 12,8 % učenika prvih razreda srednjih škola središnje Hrvatske, a čak 20,3 % ih ima ozbiljne anksiozne simptome (37).“

Prema dostupnim rezultatima istraživanja autora Dalky i sur. (37) u Jordanu je provedena studija s ciljem ispitivanja razine depresije, anksioznosti i stresa među uzorkom jordanskih učenika. Ispitanici su bili u dobi od 17. do 21. godine. Više od polovice učenika (58,2%, N = 349) ocijenilo je svoju anksioznost jakom ili izrazito jakom. Prema dobivenim rezultatima DASS subskale anksioznosti evidentirana je značajna razlika u odnosu na spol te je primijećeno da su mladići imali značajno višu razinu anksioznosti od djevojaka. Nadalje, učenici su imali više srednje rezultate depresije i stresa nego učenice; međutim, ti odnosi nisu bili statistički značajni. Slični rezultati istraživanja dobiveni su kod malezijskih učenika dodiplomskog studija kod kojih je evidentirana umjerena do izrazito jaka razina psihološkog stresa. Dobiveni rezultati nadalje govore da je oko polovice uzorka malezijskih učenika koji su pristupili ispitivanju prijavilo visoke rezultate za anksioznost i niske za depresiju i stres. Autori su primijetili da su glavni stresori za učenike bili akademski i osobni čimbenici. U istraživanju se utvrdilo da je 27,5% (N = 139) imalo umjerenu, a 9,7% (N = 49) tešku ili izrazito tešku depresiju, 34% (N = 172) imalo je umjerenu, a 29% (N = 146) tešku ili izrazito tešku anksioznost dok je 18,6% (N = 94) imalo umjereni, a 5,1% (N = 25) ozbiljan ili izrazito jak odgovor na stres. Jedan od razloga za to je, rast i razvoj učenika pri čemu postaju zreliji i na drugi način shvaćaju odgovornosti i izazove s kojima se suočavaju i s kojima se moraju nositi (38). Također Osberg citiran u stručnom članku (38) navodi kako se primjećuje da su učestalost i ozbiljnost psiholoških

problema među učenicima u odnosu na deset godina ranije u značajnom porastu. Tijekom istraživanja došlo se do spoznaje da u većini slučajeva učenici s problemima mentalnog zdravlja ne traže liječničku pomoć. Čini se da je anksioznost visoka kod mladih ljudi širom svijeta. Potrebne su strategije za promicanje svijesti o resursima i poticanje pristupa. Novija istraživanja pokazuju kako se u zapadnim zemljama kod približno 10% djece i mladih može govoriti o klinički značajnoj depresiji (39).

Hipoteza 2 očekivala je kako su učenici nižih razreda više izloženi stresu, anksioznosti i depresiji od svojih starijih kolega što je dobivenim rezultatima također potvrđeno jer učenici nižih razreda općenito prijavljuju statistički značajno veće razine anksioznosti, stresa i depresivnosti. Razlog tome mogao bi biti u nastavnim sadržajima, nezrelosti učenika tih dobnih skupina, nemogućnost suočavanja s izazovima, premali uzorak, pandemija Korona virusnom bolesti 2019 (engl. *coronavirus disease 2019*; COVID-19) i online nastava i slično.

Kada je riječ o školskom uspjehu u ispitivanju koje su provodile autorice Rajhvajn Bulat i Horvat uočeno je da je kod mladića statistički značajna povezanost depresivnosti i anksioznosti uz ocjenu iz nastavnog predmeta matematika, dok je kod djevojaka, iako niska zabilježena i povezanost općenito s uspjehom u školi (37).

Nastavno tome u nekim budućim istraživanjima ispitivanje bi trebalo proširiti i utvrditi koji su stvarni razlozi dobivanja takvih rezultata kako bi se moglo pravovremeno reagirati i očuvati mentalno zdravlje adolescenata kroz provođenje preventivnih programa u školama.

Hipoteza 3 očekivala je da su učenici smjera medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege izloženiji razvoju depresivnosti, anksioznosti i stresa od učenika smjera fizioterapeutske tehničarke/fizioterapeutska tehničarka. Kroz provedbu istraživanja, treća hipoteza je djelomično potvrđena. Naime učenici koji se obrazuju za zanimanje medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege, iskazuju statistički značajno veće razine stresa i depresivnosti. Nije uočena statistički značajna razlika u količini anksioznosti, no, smjer razlike, kao i blizina razini statističke značajnosti, ukazuje na potencijalnu statistički značajnu razliku koja bi se mogla ustanoviti u budućim istraživanjima, stoga je upravo ovdje otvoren prostor za daljnje istraživanje i napredovanje po pitanju teme razvoja i razine depresije, anksioznosti i stresa kod mladih medicinskih sestara i tehničara. Pretpostavlja se da je upravo različito trajanje srednjoškolskog obrazovanja (medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege petogodišnji program i fizioterapeutske tehničarke/fizioterapeutska tehničarka četverogodišnji program), školski kurikulum, fond sati i vještine koje učenici smjera medicinska sestra opće

njege/medicinski tehničar opće njege moraju usvojiti i realizirati razlog dobivanja statistički značajnih rezultata u ovom istraživanju.

Nastavno na tu temu Cheung i sur. (2015) su proveli istraživanje te su došli do zaključka kako nedavni epidemiološki podaci pokazuju da 13,3% stanovnika Hong Konga pati od uobičajenih mentalnih poremećaja, najčešće miješanih anksioznih i depresivnih poremećaja. Njihova studija ispituje ponderiranu prevalenciju i povezane čimbenike rizika od depresije, anksioznosti i stresa među medicinskim sestrama u Hong Kongu. Ukupno 850 medicinskih sestara pozvano je da sudjeluje u ovom presječnom istraživanju. Sudionice su ispunile Skalu depresije, anksioznosti i stresa, a višestruka logistička regresija korištena je za određivanje značajnih odnosa između varijabli. Zaključak istraživanja je kako su medicinske sestre bile depresivnije, tjeskobnije i više pod stresom od lokalne opće populacije, pri čemu je više od jedne trećine ispitanica klasificirano kao podložno tim poremećajima (40). Još jedno istraživanje pokazuje slične rezultate, naime Cheung i sur. (2016) su ispitivali prevalenciju depresije, anksioznosti i simptoma stresa među učenicima sestrinstva u Hong Kongu. Epidemiološki podaci pokazuju prevalenciju blage do teške depresije, anksioznosti i stresa među kvalificiranim medicinskim sestrama u Hong Kongu koja iznosi 35,8%, 37,3% odnosno 41,1%, što ukazuje kako imaju veću vjerojatnost za razvijanjem navedenih poremećaja od ostatka populacije (41).

Alsolais i sur. (2021) proveli su istraživanje na sličnu temu kada su ispitali percepciju rizika, straha, statusa mentalnog zdravlja i strategija suočavanja među saudijskim učenicima sestrinstva usred pandemije COVID-19 (42). Učenici su imali skromnu percepciju rizika i strah od zaraze COVID-19. Religija je prijavljena kao najčešće korištena strategija suočavanja sa stresom, dok se stručna pomoć nije koristila. Otprilike 43,3%, 37,2%, odnosno 30,9% ispitanika manifestiralo je određeni stupanj depresije, anksioznosti i stresa. Sva navedena istraživanja dovode do zaključka kako je nužno uvesti stručnu pomoć učenicima i studentima sestrinskog usmjerenja jer su izloženi većim razinama stresa pa tako imaju i veću šansu da razviju depresiju ili anksiozni poremećaj.

U jednom presječnom online istraživanju koje je provedeno u travnju 2020. godine u Kini uočene su različite razine psihološkog stresa kod adolescenata vezano za izbijanje pandemije COVID-19. Upitnik je ispunilo ukupno 1109 osoba, od kojih je 1036 koji su zadovoljili kriterij prihvatljivosti za naknadnu analizu. Ovim ispitivanjem identificirano je 112 (11,78%) slučajeva depresivnosti i 196 (18,92%) slučajeva s anksioznosti, dok je kod 68 (6,56%) ispitanika utvrđena prisutnost depresije i anksioznosti. Rezultati su pokazali da su adolescentice imale veći rizik od nastanka depresije i anksioznosti tijekom pandemije COVID-

19. Također je uočeno da su stariji adolescenti u ispitanom uzorku bili depresivniji od mlađih. Međutim, nije otkrivena povezanost s anksioznošću kad je riječ o različitim dobnim skupinama. Podaci ovog istraživanja pokazuju da su tijekom pandemija COVID-19 adolescenti koji su ostajali sami kod kuće tijekom radnih dana bili depresivniji i anksiozniji. Isto tako navodi se da je tjelovježba imala zaštitni učinak na mentalno zdravlje adolescenata tijekom ove globalne javnozdravstvene krize (43).

Hipoteza 4 testirana je Pearsonovim koeficijentom korelacije. Rezultati koji su dobiveni u skladu su s očekivanjima, odnosno, uočena je pozitivna povezanost očekivanja učenika i količine anksioznosti, stresa i depresivnosti koju prijavljuju. Korelacije su niske, no statistički značajne. Podjednaka korelacija uočena je između očekivanja i anksioznosti, odnosno stresa, dok nije uočena statistički značajna korelacija očekivanja i depresivnosti.

Autorice Rajhvajn Bulat i Horvat u citiranom stručnom članku (37) navode da se u „istraživanju ispitivala i povezanost internaliziranih problema s pokazateljima školskog uspjeha, no dobiveni rezultati nisu ukazali na veliku povezanost navedenih varijabli te školski uspjeh objašnjava tek neznatni postotak varijance internaliziranih problema adolescenata.“ Stoga možemo zaključiti da su dobiveni rezultati oba istraživanja vrlo slični te da adolescenti navode kako školska očekivanja uzrokuju određenu razinu anksioznosti i stresa no gotovo da nema povezanosti između školskih očekivanja i razvoja depresivnosti.

Slično istraživanje provedeno je 2019. godine gdje je sudjelovalo 5 srednjih škola Krapinsko-zagorske županije te srednje škole s područja grada Pule. Svi ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju bili su učenici 2. razreda srednjih škola. Ovim istraživanjem ispitana je povezanost školskog uspjeha, škole i vršnjaka s problemima depresivnosti, anksioznosti i stresa. Rezultati koji su dobiveni ispitivanjem pokazali su da 20,3 % adolescenata izražava ozbiljne simptome depresivnosti, čak 31,5 % anksioznosti, a 25,9 % ozbiljne simptome stresa. Prema istim kriterijima (Lovibond i Lovibond 1995) rezultate su u svom istraživanju prikazali i Rajhvajn Bulat i Horvat. Rezultati tog ispitivanja prikazali su manju zastupljenost značajnih simptoma kod učenika drugih razreda, 10,3 % ozbiljnih simptoma depresivnosti, 15,6 % anksioznosti i 10,7% stresa. Međutim, kod provjere prosječnih rezultata uočeno je da sudionici ovog istraživanja imaju statistički primjetno istaknutije pokazatelje depresivnosti nego anksioznosti. Znanstvenici su gotovo identične rezultate dobili tijekom istraživanja koje je provedeno među učenicima jedne medicinske škole i srednje farmaceutske škole. Rezultati su pokazali da je 43,9 % učenika medicinske škole i 29,3 % učenika farmaceutske škole iskazalo simptome anksioznosti, dok je 57,8 % medicinara i 51,1 % farmaceuta pokazalo simptome depresivnosti (37).



Škola ima velik utjecaj na djecu, njihove obitelji i zajednicu. Za mentalno zdravlje mladih bitna je njihova motivacija i sposobnost za školovanjem, učenjem i korištenjem usvojenih znanja. Procjenjuje se kako otprilike 10 do 20% djece školske dobi ima probleme s depresivnošću, anksioznosti, socijalnom izolacijom i sličnim poteškoćama, a nastavnici veoma rijetko primjećuju te simptome na učenicima.

Kako bi se dobili značajni rezultati vezani za školska očekivanja odnosno intenzitet stresa kojeg učenici osjećaju, bilo bi dobro istraživanje proširiti na sve učenike škole a i šire koristeći u istraživanju ljestvicu intenziteta školskog stresa za učenike koja sadrži 31 tvrdnju koje se prema sadržaju mogu svrstati u nekoliko kategorija: tvrdnje vezane uz profesore, tvrdnje vezane uz roditelje, tvrdnje vezane uz školsko gradivo i način rada u školi te tvrdnje vezane uz kolege u razredu.

Prednost ovog istraživanja je veliki uzorak i spoznaja da je to prvo istraživanje ovog tipa u Medicinskoj školi Pula nakon razdoblja pandemije COVID-19 i online nastave, koje je moglo iznjedrati sasvim nove rezultate koji su nastali kao posljedica života u doba pandemije. Neki od nedostataka su prije svega upitnost generalizacije rezultata kod učenika drugih medicinskih škola u Hrvatskoj.

Jedna od smjernica za daljnji razvoj jest da se ovo istraživanje treba proširiti na sve učenike svih razreda iste škole, kao i na ostale medicinske škole koje se nalaze u Hrvatskoj jer je provedeno istraživanje bilo ograničeno samo na učenike od 2. do 4. razreda. Osim toga treba osmisliti i provoditi radionice koje bi bile usmjerene na ranjive skupine, a to su u ovom slučaju, što je vidljivo iz dobivenih rezultata istraživanja, djevojčice Medicinske škole Pula kao i dječaci i djevojčice usmjerenja medicinske sestre opće njege/medicinski tehničar opće njege.

Osim navedenog trebalo bi ispitati razloge visokih rezultata na DASS-21 skali kod učenika nižih razreda te prema njihovim odgovorima provesti školski preventivni program, a zasigurno treba raditi i na prevenciji suicidalnosti i samoozljeđivanja.

Provedeno istraživanje i rezultati ostavljaju prostor za napredovanje i dodatne provedbe istraživanja posebice po pitanju treće hipoteze koja je samo djelomično potvrđena jer nije uočena statistički značajna razlika u količini anksioznosti, no, smjer razlike, kao i blizina razini statističke značajnosti, ukazuju na potencijalnu statistički značajnu razliku koja bi se mogla ustanoviti u budućim istraživanjima, stoga je upravo ovdje otvoren prostor za daljnje istraživanje i napredovanje po pitanju teme razvoja i razine depresivnosti, anksioznosti i stresa kod mladih medicinskih sestara i tehničar, kao i adolescenata općenito i u drugim školama.

## 6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja može se zaključiti da učenice Medicinske škole Pula više su izložene stresu, anksioznosti i depresiji od učenika iste škole. Učenici nižih razreda više su izloženi stresu, anksioznosti i depresiji od svojih starijih kolega. Učenici smjera medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege izloženiji su razvoju depresivnosti, anksioznosti i stresa od učenika smjera fizioterapeutski tehničar/fizioterapeutska tehničarka. Postoji pozitivna povezanost između rezultata na DASS-21 upitniku i njegovih subskala s obrazovnim očekivanjima učenika Medicinske škole Pula.

Budući da dobiveni rezultati ukazuju na postojanje nekih od simptoma navedenih poremećaja i kod dječaka i kod djevojčica nameće se zaključak kako bi se trebalo poraditi na pružanju stručne pomoći kroz dodatne radionice a sve u svrhu pravovremenog otkrivanja uzroka nastanka problema te da bi se poduzeli potrebni koraci da se tim mladim ljudima pruži podrška i pomoć u rješavanju problema.

Adolescente je potrebno potaknuti da povećaju svoja znanja i vještine, prvenstveno edukacijom ali ih je također nužno poticati i pružiti im podršku kako bi samovoljno potražili pomoć, pružili pomoć i ne stigmatizirali osobe s nekim od navedenih psihičkih poremećaja jer se jedino znanjem mogu donijeti ispravne odluke, ali i promijeniti stavove i predrasude.

## LITERATURA

1. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33:335–43.
2. Eslami AA, Rabiei L, Afzali SM, Hamidizadeh S, Masoudi R. The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety, and depression of high school students. *Iran Red Crescent Med J.* 2016;18(1):1–10.
3. Marić M. Osobine ličnosti, životni događaji i anksioznost adolescenata. *Primenj psihol.* 2010;3(1):39–57.
4. On The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, UNICEF, New York, October 2021. [Interne]. 2021. 34 str. [posjećeno 10. kolovoza 2022.] Dostupno na: <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>
5. Rukavina M, Nikčević-Milković A. Adolescenti i školski stres. *Acta Iadertina.* 2016;13(2):159–69.
6. Vulić-Prtorić A. Anksiozna osjetljivost: fenomenologija i teorije. *Suvremena psihol* [Internet]. 2006;9(2):171–93. [posjećeno 10. kolovoza 2022.] Dostupno na: <http://www.nakladaslap.com/moderna/Upload/PDF/Suv9-2-2006-171-193.pdf>
7. Ledić L, Šušac A, Ledić S, Babić R, Babić D. Depresija u djece i adolescenata. *Zdr Glas.* 2019;5(2):75–85.
8. Graovac M, Prica V. Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata. *Med Flum.* 2013;50(1):74–9.
9. Berk L. Dječja razvojna psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2015. 648 str.
10. Dodig Ćurković K. Adolescentska kriza. *Medicus.* 2017;26(2):223–7.
11. Graovac M. Adolescent u obitelji. *Med Flum* [Internet]. 2010;46(3):261–6. [posjećeno 13. kolovoza 2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/89359>
12. Đuranović M. Obitelj i vršnjaci u životu adolescenata. *Napred časopis za interdiscip istraživanja u odgoj i obraz.* 2013;154(1–2):31–46.

13. Petz B. Psihologijski rječnik. Naklada Slap; 2005. 578 str.
14. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. 2. Izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007. 307 str.
15. Sommers-Flanagan R, Sommers-Flanagan J. Kada nas dijete zabrinjava : uobičajena razdoblja djetinjstva ili ozbiljni problemi? Lekenik: Ostvarenje; 2006. 215 str.
16. Dacey JS, Kenny M. Adolescent development. 2. Izd. Brown & Benchmark; 1994. 536 str.
17. Lebedina-Manzoni M. Psihološke osnove poremećaja u ponašanju. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007. 306 str.
18. Kos A. Depresija kod djece i mladih. Završni rad, Sveučilište u Zagrebu, 2016.
19. Vulić-Prtorić A, Cifrek-Kolarić M. Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji. Zagreb: Naklada Slap; 2011. 353 str.
20. Begić D. Psihopatologija. treće, nep. Zagreb: Medicinska naklada; 2016. 551 str.
21. Kazdin A. Childhood depression. Guilford Press. 1989.
22. Živković Ž. Depresija kod djece i mladih. Đakovo: Tempo; 2006. 23 str.
23. Krstanović N. Internalizirani poremećaji kod djece i adolescenata. Završni rad, Sveučilište u Osijeku, 2016.
24. Maglica T, Jerković D. Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika za internalizirane probleme u školskom okruženju. Školski vjesnik: časopis za pedagojsku teoriju i praksu. 2014;63(3):413–31.
25. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. Clin psychol rev. 1991;11(2):141–53.
26. Profaca B, Arambašić L. Traumatski događaji i trauma kod djece i mladih. Klin psihol [Internet]. 2010;2(2009):53–74. [posjećeno 13. kolovoza 2022.] Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/158461>
27. Hollander E, Simeon D, Arbanas G. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006. 253 str.
28. Vulić-Prtorić A. Strahovi u djetinjstvu i adolescenciji. Suvremena psihol.

- 2002;5(2):271–93.
29. uretić J. Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija samoeфикаsnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psihol teme*. 2008;17:15–36.
  30. Cvitković D, Wagner Jakab A. Ispitna anksioznost kod djece i mladih s teškoćama učenja. *Hrvat rev za rehabil istraživanja* [Internet]. 2006;42(2):113–20. [posjećeno 15. kolovoza 2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/27276>
  31. Zotović M. Stres i posledice stresa: prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Psihologija*. 2002;35(2):3–23.
  32. Richard SL, Folkman S. Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004. 448 str.
  33. Brajša-Žganec A, Kotrla Topić M, Raboteg-Šarić Z. Povezanost individualnih karakteristika učenika sa strahom od škole i izloženosti nasilju od strane vršnjaka u školskom okruženju. *Drus istraz*. 2009;18(4–5):717–38.
  34. Subotić S, Brajša-Žganec A, Merkaš M. Školski stres i neka obilježja ličnosti kao prediktori suicidalnosti adolescenata. 2008;17:111–31.
  35. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71–5.
  36. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J abnorm psychol*. 1991;100(3):316–36.
  37. Rajhvan Bulat L, Horvat K. Internalizirani problemi adolescenata u kontekstu školskog okruženja. *Napredak: časopis za interdiscip istraživanja u odgoj i obraz*. 2020;161(1–2):7–26
  38. Dalky HF, Gharaibeh A. Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *Nurs Forum* [Internet]. 2019;54(2):205–12. [posjećeno 18. kolovoza 2022.] Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12316>
  39. Novak M, Bašić J. Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetop soc rada*. 2008;15(3):473–98.
  40. Cheung T, Yip PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11072–100.

41. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, i sur. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):779.
42. Alsolais A, Alquwez N, Alotaibi KA, Alqarni AS, Almalki M, Alsolami F, i sur. Risk perceptions, fear, depression, anxiety, stress and coping among Saudi nursing students during the COVID-19 pandemic. *J Ment Heal [Internet]*. 2021;30(2):194–201. [posjećeno 18. kolovoza 2022.] Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922636>
43. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;88:36–38.

## **PRIVITCI**

### Privitak A: Popis ilustracija

#### **Slike**

Slika 1. Uzorak prema spolnoj strukturi .....	26
Slika 2. Uzorak prema razredu koji pohađa .....	26
Slika 3. Uzorak prema programu izobrazbe .....	27
Slika 4. Grafički prikaz aritmetičkih sredina skala očekivanja, stresa, anksioznosti i depresivnosti prikazanih u Tablici 1. ....	28
Slika 5. Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između dječaka i djevojčica .....	30
Slika 6. Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između učenika viših i nižih razreda .....	31
Slika 7. Grafički prikaz razlike u razinama anksioznosti, stresa i depresivnosti između učenika smjera medicinska sestra opće njege/ medicinski tehničar opće njege i učenika smjera fizioterapeutski tehničar/tehničarka .....	32

#### **Tablice**

Tablica 1. Deskriptivni podaci i koeficijent pouzdanosti o skalama očekivanja, stresa, anksioznosti i depresivnosti .....	28
Tablica 2. Opis čestica koje čine korištene faktore .....	29
Tablica 3. Korelacijska analiza- Pearsonovi koeficijenti povezanosti između rezultata na skalama anksioznosti, stresa, depresivnosti i očekivanja .....	33

Privitak B: Anketni upitnik - Skala obrazovnih očekivanja i DASS-21 - skala anksioznosti, depresivnosti i stresa (engl. *The Depression Anxiety, Stress Scale*)

Poštovani,

sudjelujete u istraživanju kojim se ispituje povezanost učestalosti javljanja depresivnosti, anksioznosti, i stresa s vlastitim očekivanjima vezanim uz školski uspjeh kod učenika Medicinske škole Pula.

Istraživanje je u potpunosti anonimno, stoga je vaša privatnost zagarantirana. Dobiveni podaci analizirat će se isključivo na grupnoj razini, a prikupljeni individualni podaci neće se nigdje objavljivati. Vaše je sudjelovanje u ovom istraživanju od iznimne važnosti. U ovom upitniku nema točnih i pogrešnih odgovora, stoga vas molim da opišete sebe što iskrenije i iznesete svoje mišljenje što je moguće točnije.

Ispunjavanje upitnika traje 15 minuta. U bilo kojem trenutku možete odustati od ispunjavanja upitnika.

Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, smjer Menadžment u sestrinstvu, a provodi ga studentica Sanja Sobol.



## **Sociodemografska obilježja**

Na početku, nekoliko informacija o vama:

1. Dob (upišite koliko imate godina):

\_\_\_\_\_

2. Označite spol:

- a) Muško
- b) Žensko
- c) ne želim se izjasniti

3. Zaokružite smjer koji pohađate:

- a) medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege
- b) fizioterapeutski tehničar/fizioterapeutska tehničarka

4. Označite razred koji pohađate:

- a) 2.a
- b) 2.b
- c) 2.c
- d) 2.d
- e) 4.a
- f) 4.b

## **Upitnik**

Prvih 5 pitanja odnose se na vaša očekivanja vezana uz školska postignuća. Pažljivo pročitajte pitanja i označite odgovor koji se tiče upravo vas.

**1. Smatram da je visoki školski uspjeh povezan sa životnim uspjehom.**

- 1 Uopće se ne slažem.
- 2 Uglavnom se ne slažem.
- 3 Niti se slažem niti se ne slažem.
- 4 Uglavnom se slažem.
- 5 U potpunosti se slažem.

**2. Mislim da školski uspjeh ovisi o količini rada koji sam uložila/uložio u savladavanje gradiva.**

- 1 Uopće se ne slažem.
- 2 Uglavnom se ne slažem.
- 3 Niti se slažem niti se ne slažem.
- 4 Uglavnom se slažem.
- 5 U potpunosti se slažem.

**3. Školski uspjeh je jedini pokazatelj uspjeha u obrazovanju.**

- 1 Uopće se ne slažem.
- 2 Uglavnom se ne slažem.
- 3 Niti se slažem niti se ne slažem.
- 4 Uglavnom se slažem.
- 5 U potpunosti se slažem.

**4. Smatram da me drugi neće poštovati ako nemam odlične ocjene.**

- 1 Uopće se ne slažem.
- 2 Uglavnom se ne slažem.
- 3 Niti se slažem niti se ne slažem.
- 4 Uglavnom se slažem.
- 5 U potpunosti se slažem.

**5. Moja očekivanja vezana uz školski uspjeh utječu na moje emocije.**

- 1 Uopće se ne slažem.
- 2 Uglavnom se ne slažem.
- 3 Niti se slažem niti se ne slažem.
- 4 Uglavnom se slažem.
- 5 U potpunosti se slažem.

Kada pomislite na svoja očekivanja vezana uz školski uspjeh za svaku od dolje navedenih tvrdnji označite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u zadnjih mjesec dana.

**1. Bilo mi je teško smiriti se.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**2. Sušila su mi se usta.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**3. Uopće nisam mogla/mogao doživjeti neki pozitivan osjećaj.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**4. Doživjela/Doživio sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez fizičkog napora)**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**5. Bilo mi je teško započeti aktivnosti.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**6. Bila/Bio sam sklona/sklon pretjeranim reakcijama na događaje.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**7. Doživljavala/Doživjavao sam drhtanje (npr. u rukama).**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**8. Osjećala/Osjećao sam se jako nervozno.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogla/mogao paničariti ili se osramotiti.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**10. Osjetila/Osjetio sam kao da se nemam čemu radovati.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**11. Osjetila/Osjetio sam da postajem uznemirena/uznemiren.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**12. Bilo mi je teško opustiti se.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**13. Bila/Bio sam potištena/potišten i tužna/tužan.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**14. Nisam podnosila/podnosio da me išta ometa u onome što sam radila/radio.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**15. Osjetila/Osjetio sam da sam blizu panici.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**16. Ništa me nije moglo oduševiti.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**17. Osjetila/Osjetio sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**18. Događalo mi se da sam bila/bio prilično osjetljiva/osjetljiv.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**19. Bila/Bio sam svjesna/svjestan rada svog srca bez fizičkog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**20. Bila/Bio sam uplašena/uplašen bez opravdanog razloga.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

**21. Osjetila/Osjetio sam kao da život nema smisla.**

- 1 Uopće se nije odnosilo na mene.
- 2 Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.
- 3 Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.
- 4 Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

## **ŽIVOTOPIS**

Rođena sam u Puli, 05. lipnja 1971. godine. Srednju medicinsku školu u Puli završila sam 1990. godine. 1999. godine završavam Studij za više medicinske sestre - tehničare pri Medicinskom fakultetu u Rijeci, čime sam stekla zvanje više medicinske sestre.

Od 1996. zaposlena sam u OB Pula na Internom odjelu. Do 2000. godine radim kao smjenska srednja medicinska sestra, a nakon toga prelazim na mjesto odgovorne sestre kardiologije, gdje radim do srpnja 2011. godine.

2011. - 2012. godine obavljala sam poslove za višu stručnu spremu u Internističkoj poliklinici OB Pula.

Od 21. studenoga 2012. godine zaposlena sam u Medicinskoj školi Pula kao stručna nastavnica Zdravstvene njege.

2012. -2013. godine završavam Program stjecanja pedagoških kompetencija (62 ECTS) i polažem stručni ispit za nastavnike u srednjoškolskom obrazovanju pri MZOS-u.

2020. godine upisujem Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu pri Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci.