

# USPOREDBA OPSESIVNO-KOMPULZIVNIH NAVIKA STUDENATA PRIJEDIPLOMSKOG STUDIJA SESTRINSTVA: rad s istraživanjem

---

**Matošević, Marija**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2024**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:885330>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-15**

*Repository / Repozitorij:*

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PRIJEDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Marija Matošević

USPOREDBA OPSESIVNO-KOMPULZIVNIH NAVIKA STUDENATA  
PRIJEDIPLOMSKOG STUDIJA SESTRINSTVA: rad s istraživanjem

Završni rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Marija Matošević

COMPARISON OF OBSESSIVE-COMPULSIVE HABITS OF UNDERGRADUATE  
NURSING STUDENTS: research

Final thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: Dunja Čović mag. med. techn.

Završni rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

### Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Prijediplomski stručni studij sestrinstvo - redovni
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Marija Matošević
JMBAG	0051013062

### Podatci o radu studenta:

Naslov rada	USPOREDBA OPSESIVNO-KOMPULZIVNIH NAVIKA STUDENATA PRIJEDIPLOMSKOG STUDIJA SESTRINSTVA
Ime i prezime mentora	Dunja Čović
Datum predaje rada	29.08.2024.
Identifikacijski br. podneska	2992938990
Datum provjere rada	29.08.2024.
Ime datoteke	Matosevic_Marija_Završni_rad-final_1_.docx
Veličina datoteke	109873
Broj znakova	67586
Broj riječi	10578
Broj stranica	45

### Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	8%
-----------------	----

### Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum  
29.08.2024.

Potpis mentora

*Dunja Čović*

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<i>1.1. Etiologija</i> .....	3
<i>1.2. Simptomi</i> .....	4
<i>1.3. Dijagnostika</i> .....	5
<i>1.4. Prevencija</i> .....	7
<i>1.5. Liječenje</i> .....	10
<b>2. CILJEVI I HIPOTEZE</b> .....	14
<b>3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE</b> .....	15
<i>3.1. Ispitanici/materijali</i> .....	15
<i>3.2. Postupak i instrumentarij</i> .....	15
<i>3.3. Statistička obrada podataka</i> .....	16
<i>3.4. Etički aspekti istraživanja</i> .....	16
<b>4. REZULTATI</b> .....	17
<b>5. RASPRAVA</b> .....	26
<b>6. ZAKLJUČAK</b> .....	28
<b>LITERATURA</b> .....	29
<b>PRIVITCI</b> .....	32
<b>ŽIVOTOPIS</b> .....	38

## POPIS KORIŠTENIH KRATICA

OKP - opsesivno-kompulzivni poremećaj (*engl. Obsessive-compulsive disorder*)

NIH - Nacionalnom institut za mentalno zdravlje (*engl. National Institute of Mental Health*)

DSM-5 - Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja

SSRI - Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

CSTC - kortiko-striato-talamokortikalni krugovi

PANDAS - Pedijatrijski autoimuni neuropsihijatrijski poremećaji povezani sa streptokoknim infekcijama

GAP - generalizirani anksiozni poremećaj

Y-BOCS - Yale-Brownova opsesivno kompulzivna skala

DY-BOCS - Dimenzionalna Yale-Brownova opsesivno-kompulzivna ljestvica

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

TMS - terapija dubokom mozgovnom stimulacijom

## SAŽETAK

Uvod: Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) je anksiozni poremećaj kojeg karakteriziraju opsesivne misli i kompulzivne radnje. Opsesije su nepoželjne, uporne misli koje izazivaju strah i anksioznost dok su kompulzije ponavljana ponašanja koja osoba smatra nužnima za ublažavanje tih osjećaja. Prema Nacionalnom institutu za mentalno zdravlje (*National Institute of Mental Health – NIH*) simptomi OKP-a mogu se pojaviti bilo kada, ali obično počinju između kasnog djetinjstva i mlade odrasle dobi. Iako su točni uzroci OKP-a nepoznati različiti čimbenici rizika povećavaju šanse za razvoj poremećaja. Liječenje uključuje farmakoterapiju, psihoterapiju ili kombinaciju tretmana.

Cilj: Istražiti opsesivno-kompulzivne navike među studentima prijediplomskog studija Sestrinstva.

Materijali i metode: Među studentima sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, provedeno je istraživanje pomoću elektronskog upitnika. Podaci su prikazani tablicama, a za analizu su korištene deskriptivna statistika i neparametrijske statističke metode.

Rezultati: Upitnik su ispunila 92 studenta prijediplomskog studija sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ovisno o spolu studenata, sudjelovalo je 87% osoba ženskog spola i 13% osoba muškog spola, a najviše u dobi od 18 do 24 godine, na prvoj godini redovitog studija i nezaposlenih.

Zaključak: Analizom prikupljenih podataka pokazano je da nema statistički značajne razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama među studentima različite dobi i radnog statusa.

Ključne riječi: studenti sestrinstva, opsesivno-kompulzivne navike, opsesivno-kompulzivni poremećaj, simptomi, liječenje



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by obsessive thoughts and compulsive actions. Obsessions are unwanted, persistent thoughts that cause fear and anxiety, while compulsions are repetitive behaviors that a person finds necessary to relieve those feelings. According to the National Institute of Mental Health (NIH), OCD symptoms can appear at any time, but usually begin between late childhood and young adulthood. Although the exact causes of OCD are unknown, various risk factors increase the chances of developing the disorder. Treatment includes pharmacotherapy, psychotherapy or a combination of treatments.

**Objective:** To investigate obsessive-compulsive habits among undergraduate Nursing students.

**Materials and methods:** The research was conducted among nursing students at the Faculty of Health Studies in Rijeka using an electronic questionnaire. Data are presented in tables, and descriptive statistics and non-parametric statistical methods were used for analysis.

**Results:** The questionnaire was completed by 92 undergraduate nursing students at the Faculty of Health Studies in Rijeka. Depending on the gender of the students, 87% of women and 13% of men participated, and most of them were between the ages of 18 and 24, in their first year of regular studies and unemployed.

**Conclusion:** The analysis of the collected data showed that there is no statistically significant difference in obsessive-compulsive habits among students of different ages and work status.

**Keywords:** nursing students, obsessive-compulsive habits, obsessive-compulsive disorder, symptoms, treatment

## 1. UVOD

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) je psihijatrijski poremećaj uključen u Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (DSM-5) u kategoriji Opsesivno-kompulzivni spektar poremećaja. Glavni simptomi uključuju opsesije i kompulzije (1). Opsesije su ponavljajuće, stereotipne misli koje izazivaju tjeskobu ili uznemirenost. Kompulzije su ritualizirane radnje poduzete za smanjenje nevolje, često kao odgovor na opsesije. Uobičajene opsesije i kompulzije uključuju preokupiranost kontaminacijom praćenu ponavljajućim ili ritualiziranim pranjem, strah od ozljeđivanja sebe ili drugih praćen provjeravanjem te potrebu za simetrijom ili redom popraćenu prisilnim uređivanjem ili organiziranjem (2). OKP pogađa oko 2-3% opće populacije s različitim stupnjevima intenziteta i utjecaja na kvalitetu života. Nema razlike u spolnoj distribuciji iako se opsesivno-kompulzivni poremećaj s juvenilnim početkom češće javlja unutar obitelji i učestaliji je kod dječaka nego kod djevojčica (3). OKP može biti ozbiljan i onesposobljavajući poremećaj koji se izražava na zbunjujuće različite načine (4). Najčešće počinje u dva različita razdoblja: prvi vrhunac pojavnosti javlja se u kasnom djetinjstvu, a drugi u ranoj odrasloj dobi, između 20. i 29. godine što ga čini relevantnim problemom za studentsku populaciju (2). Studenti sestrinstva, zbog prirode svog obrazovanja i buduće profesije, izloženi su visokim razinama stresa što potencijalno može utjecati na pojavu i intenzitet OKP simptoma. Početak bolesti obično je postupan, a klinička slika slična je kod djece i odraslih. Ipak, razlikuju se u popratnim komorbiditetima. Tijek bolesti je kroničan, ali varira često u vezi sa stresnim životnim događajima (1,2). Unatoč ozbiljnosti bolesti, OKP često ostaje neprepoznat ili pogrešno dijagnosticiran u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i u psihijatrijskom okruženju. To se događa zbog simptoma koji su često unutarnji i nevidljivi i zato jer mnogi pacijenti doživljavaju simptome s osjećajem srama, neugode ili krivnje (samostigmatizacija) (5). Epidemiološke studije pokazuju da više od 50% pacijenata s OKP-om ima barem jedan komorbiditetni psihijatrijski poremećaj, najčešće anksiozni poremećaj ili veliki depresivni poremećaj (2). Učinkoviti tretmani za OKP obuhvaćaju kognitivno-bihevioralnu terapiju i farmakoterapiju s primjenom selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) (2,6). Međutim, i uz optimalno liječenje mnogi pacijenti osjećaju značajne simptome. Remisija umjerenog ili teškog OKP-a nije uobičajena i često je potrebno dugoročno liječenje (2). Razvoj novih, učinkovitijih intervencija liječenja predstavlja hitnu kliničku potrebu.

OKP široko je istraživana poremećaj u domeni kliničke psihologije i psihijatrije, no njegove manifestacije i prevalencija među specifičnim populacijama kao što su studenti sestrištva, ostaju nedovoljno istraženi. Dosadašnja istraživanja o OKP-u među studentima uglavnom su se fokusirala na opću studentsku populaciju dok su istraživanja koja se bave specifično studentima sestrištva rijetka. Studije koje su istraživale opću studentsku populaciju pokazale su da su studenti izloženi visokom stupnju stresa i anksioznosti što može povećati rizik za razvoj OKP simptoma (7). Istraživanja koja su uključivala studente medicine i studente sestrištva pokazala su visoku prevalenciju anksioznih poremećaja uključujući OKP zbog specifičnih zahtjeva njihovog obrazovanja (8). Pretpostavlja se da studenti sestrištva, zbog specifičnih akademskih i kliničkih zahtjeva, mogu imati povećanu prevalenciju OKP simptoma u usporedbi s općom studentskom populacijom. Nadalje, stresori povezani s obrazovanjem u sestrištvu poput praktične nastave i kontakta s pacijentima mogu dodatno pogoršati simptome OKP-a. Istraživanja OKP-a temelje se na biopsihosocijalnom modelu koji sugerira da su OKP simptomi rezultat interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Biološki čimbenici uključuju genetsku predispoziciju i neurobiološke abnormalnosti dok psihološki čimbenici obuhvaćaju kognitivne i emocionalne procese, a socijalni čimbenici uključuju obiteljsku dinamiku i društveni stres. Kognitivno-bihevioralna teorija pretpostavlja da su opsesivne misli rezultat disfunkcionalnih vjerovanja i interpretacija, a kompulzivne radnje su pokušaj neutralizacije ili smanjenja anksioznosti izazvane opsesijama. Stresori iz okoline u interakciji s individualnim predispozicijama mogu izazvati ili pogoršati OKP simptome. Stres i ranjivost model je posebno relevantan za studentsku populaciju gdje akademski i socijalni stres mogu igrati ključnu ulogu (9).

Cilj ovog istraživanja je usporediti opsesivno-kompulzivne navike među studentima sestrištva s obzirom na dob i radni status studenata. Ovakvo istraživanje može pružiti vrijedne uvide u psihičko zdravlje budućih zdravstvenih djelatnika i usmjeriti buduće intervencije i podršku za studente sestrištva. Razumijevanje specifičnih stresora i izazova s kojima se suočavaju studenti sestrištva može pomoći u oblikovanju preventivnih programa i ciljanih terapijskih intervencija koje bi mogle smanjiti prevalenciju i težinu OKP simptoma unutar ove populacije. Nadalje, rezultati ovog istraživanja mogu imati utjecaj na razvoj kurikulumu sestrištva s naglaskom na upravljanje stresom i mentalnim zdravljem čime bi se poboljšala ukupna dobrobit i akademska uspješnost studenata sestrištva.

## 1.1. Etiologija

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) je kompleksno stanje s multifaktorskom etiologijom što znači da njegov razvoj može biti povezan s različitim biološkim, genetskim, psihološkim i okolišnim čimbenicima. Istraživanja još uvijek otkrivaju složenost ovih međudjelovanja, ali nekoliko ključnih čimbenika je identificirano.

Postoje jaki dokazi da OKP ima genetsku komponentu. Studije blizanaca i obitelji sugeriraju da nasljedni faktori mogu igrati značajnu ulogu. Procijenjeni rizik ponovne pojave OKP-a među rođacima u prvom koljenu (djeca, roditelji, braća/sestre) je između 6% i 55% (10). Za usporedbu, životna prevalencija OKP-a u općoj populaciji iznosi 1-3%. Nekoliko studija pokazalo je da je prevalencija OKP-a znatno veća među rodbinom osoba s ranim početkom bolesti (tj.  $\leq 18$  godina) u usporedbi s kasnijim početkom OKP-a. Zabilježeno je da simptomi gomilanja i kontaminacije /čišćenja imaju najveći obiteljski rizik te da su simptomi povezani sa simetrijom prisutniji u obiteljskom OKP-u nego kod sporadičnog OKP-a (11). Studije blizanaca pokazuju višu stopu podudaranosti za OKP među monozigotnim (jednojajčanim) blizancima u usporedbi s dizigotnim (dvojajčanim) blizancima što ukazuje na snažnu genetsku komponentu. Podudaranost za OKP među monozigotnim blizancima iznosi oko 80-87% dok je među dizigotnim blizancima oko 47-50% (12).

Neuropsihološke studije OKP-a i srodnih neuroloških poremećaja ukazuju na uključenost određenih dijelova mozga, poput orbitofrontalnog korteksa i bazalnih ganglija, u patofiziologiju OKP-a. Istraživanja su pokazala da pacijenti s lezijama u orbitofrontalnom području često pokazuju neprimjerene afekte, dezinhibiciju i loše donošenje odluka. Moždani infarkt ili druge lezije u kortiko-striato-talamokortikalnim (CSTC) krugovima posebno u orbitofrontalnom korteksu, malom mozgu i moždanom deblu mogu izazvati kompulzivnost. Bazalni gangliji moduliraju više kognitivne funkcije kao što su planiranje, pažnja, društveno ponašanje i donošenje odluka uz motoričke funkcije. Oštećenje ovih funkcija može uzrokovati patofiziologiju OKP-a. Također, pedijatrijski autoimuni neuropsihijatrijski poremećaji povezani s  $\beta$ -hemolitičkim streptokoknim infekcijama skupine A (PANDAS) mogu uzrokovati rani početak pedijatrijskog OKP-a zbog upale bazalnih ganglija nakon infekcije (11,12).

Uz genetske čimbenike različiti okolišni čimbenici također igraju značajnu ulogu u razvoju OKP-a. Traumatični ili stresni događaji poput smrti člana obitelji, razvoda ili zlostavljanja odnosno zanemarivanja mogu pokrenuti ili pogoršati simptome kod osoba s predispozicijom za ovaj poremećaj. Način na koji su djeca odgajana, postavljanje visokih standarda, kritičnost

i prezaštitnički stav roditelja može utjecati na razvoj OKP-a. Djeca mogu razviti kompulzivna ponašanja kroz imitaciju roditelja koji također pate od OKP-a ili drugih anksioznih poremećaja (13).

Pored bioloških i okolišnih čimbenika, psihološki čimbenici također imaju značajnu ulogu u etiologiji OKP-a. Kognitivno-bihevioralni modeli sugeriraju da su opsesivne misli rezultat disfunkcionalnih vjerovanja i interpretacija koje osoba pridaje tim mislima. Na primjer, osoba može vjerovati da imati opsesivne misli o šteti znači da će se ta šteta zaista dogoditi ili da je ona odgovorna za sprečavanje te štete. Ova vrsta kognitivnog iskrivljenja može dovesti do kompulzivnih radnji koje imaju za cilj smanjenje anksioznosti izazvane opsesivnim mislima. Teorije učenja također sugeriraju da kompulzivna ponašanja mogu biti rezultat negativnog pojačanja gdje osoba izvodi kompulzivne radnje kako bi izbjegla ili smanjila anksioznost što dugoročno pojačava te radnje (13).

## *1.2. Simptomi*

OKP se karakterizira prisutnošću opsesija i/ili kompulzija. Opsesije su ponavljajuće i uporne misli, slike, impulsi ili porivi koji su nametljivi i neželjeni i izazivaju izrazitu tjeskobu ili uznemirenost. Osoba nastoji zanemariti takve misli, porive, slike ili ih eliminirati nekom mišlju ili radnjom odnosno izvođenjem prisile. Kompulzije su ponavljajuća ponašanja (pranja ruku, naređivanja ili provjeravanja) ili mentalni činovi (molitva, brojanje ili tiho ponavljanje riječi) koje osoba osjeća prisilom izvršiti kao odgovor na opsesiju prema strogim pravilima kako bi postigla osjećaj »potpunosti«.

Uobičajeni skupovi opsesija i kompulzija kod pacijenata s OKP-om uključuju zabrinutost zbog kontaminacije praćenu pranjem ili čišćenjem, strah od ozljeđivanja sebe ili drugih praćen provjeravanjem, nametljive agresivne ili seksualne misli praćene mentalnim ritualima te zabrinutost oko simetrije praćenu redoslijedom i brojanjem. Ove su dimenzije simptoma univerzalne što ukazuje na homogenost OKP-a. Međutim, OKP može uključivati i manje uobičajene simptome poput skrupuloznosti (pretjerana briga o moralnim ili vjerskim pitanjima), opsesivne ljubomore i glazbenih opsesija. Specifični oblici OKP-a mogu uključivati i opsesije vezane uz zdravlje (hipohondrija) gdje osoba ima neprestani strah od ozbiljnih bolesti često praćen kompulzivnim pregledavanjem tijela ili traženjem medicinske pomoći. Također, neki pacijenti mogu razviti opsesije i kompulzije vezane uz određene brojeve ili boje kada vjeruju da određeni brojevi ili boje imaju posebna značenja i moći. Izbjegavanje je također ključno obilježje OKP-a kada pojedinci mogu ograničiti niz aktivnosti

kako bi izbjegli pokretanje opsesija (6,13). Djeca mogu imati poteškoća u prepoznavanju ili opisivanju svojih opsesija dok većina odraslih može prepoznati prisutnost i opsesija i kompulzija. Opsesije ili kompulzije oduzimaju puno vremena (traju duže od jednog sata dnevno), uzrokuju klinički značajnu nelagodu ili smetnje u društvenom i profesionalnom aspektu života. Većina pacijenata s OKP-om itekako je svjesna da su njihovi kompulzivni simptomi pretjerani i žele imati više kontrole nad njima (6).

Simptomi OKP-a mogu imati značajan negativan utjecaj na svakodnevni život oboljelih, jer ometaju sposobnost svakodnevnog funkcioniranja. Osobe s OKP-om mogu izbjegavati socijalne situacije zbog straha od kontaminacije i neugodnosti zbog svojih rituala. Anksioznost i kompulzivna ponašanja mogu otežati održavanje prijateljstava i romantičnih veza. Učestalo provjeravanje, pranje ili druge kompulzije mogu značajno ometati radnu produktivnost. Osobe mogu kasniti ili izostajati s posla zbog potrebe za izvođenjem svojih rituala. Studenti mogu imati poteškoća s koncentracijom zbog opsesivnih misli što negativno utječe na njihovo učenje i akademske rezultate. Kompulzivna ponašanja mogu ometati pohađanje nastave i izvršavanje zadataka na vrijeme. Svakodnevne aktivnosti poput kuhanja, čišćenja ili osobne higijene mogu biti značajno otežane ili produžene (13).

Osobe s OKP-om često osjećaju sram i krivnju zbog svojih simptoma što može dovesti do niskog samopoštovanja i depresije. Prepoznavanje i razumijevanje simptoma OKP-a ključno je za pružanje adekvatne podrške i liječenja kako bi se poboljšala kvaliteta života oboljelih. Osim toga, intenzitet simptoma OKP-a može varirati tijekom vremena kao što može biti pojačan stresom ili promjenama u okolini. U periodima remisije simptomi postaju manje izraženi ili se mogu pojaviti novi simptomi što zahtijeva kontinuirano praćenje i prilagodbu tretmana.

U konačnici, razumijevanje širokog spektra simptoma i njihovog utjecaja na život osobe s OKP-om ključno je za pružanje cjelovite podrške i tretmana. To uključuje ne samo medicinske i psihološke intervencije, već i podršku u svakodnevnim aktivnostima kao i razumijevanje od obitelji i prijatelja.

### *1.3. Dijagnostika*

Dijagnosticiranje opsesivno-kompulzivnog poremećaja uključuje pažljivu procjenu simptoma, njihovog intenziteta i utjecaja na svakodnevni život oboljelih. Proces dijagnostike temelji se na kliničkim intervjuima, upotrebi dijagnostičkih kriterija i upitnika te diferencijalnoj dijagnostici kako bi se isključili drugi poremećaji sličnih simptoma.

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5) naglašava da je OKP karakteriziran prisutnošću opsesija i/ili kompulzija. Osim toga, dijagnostički kriteriji za OKP uključuju kliničke važnosti i kriterij dijagnostičke hijerarhije. Klinički kriterij navodi da dijagnoza OKP-a zahtijeva opsesije i kompulzije povezane s klinički značajnim distresom ili funkcionalnim oštećenjem što je bitno s obzirom da su nametljive misli i ponašanja koja se ponavljaju česta te da su rituali normalan dio razvoja. Dijagnostički hijerarhijski kriterij navodi da opsesije i kompulzije nisu manifestacija nekog drugog mentalnog poremećaja i da se ne mogu pripisati fiziološkim učincima tvari (kao što je droga ili lijek) ili drugom medicinskom stanju. Poremećaj se ne može adekvatno objasniti simptomima drugog mentalnog poremećaja (naprimjer: pretjerane brige kao kod generaliziranog anksioznog poremećaja, sumanute preokupacije kao kod spektra shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja ili ponavljajućih obrazaca ponašanja kao kod poremećaja spektra autizma) (14).

OKP treba razlikovati od normalnog zdravlja kao i od brojnih drugih psihijatrijskih stanja. Općenito, to se obično provodi općom psihijatrijskom procjenom. Nametljive misli i ponašanja koja se ponavljaju česta su u općoj populaciji (kao što su misli o ozljeđivanju sebe ili drugih i provjeravanje brava), ali dijagnoza OKP-a treba se postaviti samo ako te misli i ponašanja oduzimaju puno vremena i uzrokuju znatan stres ili funkcionalno oštećenje. OKP se često javlja zajedno s drugim psihijatrijskim poremećajima, sa stopama komorbiditeta tijekom života čak 50-60% (16). Uobičajeni poremećaji koji se javljaju zajedno uključuju generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), poremećaj iz spektra autizma, depresiju, poremećaj prehrane, poremećaj uporabe alkohola, tjelesni dismorfični poremećaj te panični poremećaj. Iako opsesivno-kompulzivni poremećaj i generalizirani anksiozni poremećaj uključuju anksioznost, GAP karakteriziraju trajne i raširene brige, dok OKP uključuje specifične opsesije i kompulzije. Opsesije i kompulzije mogu se teže razlikovati od ograničenih ponavljajućih i nefleksibilnih aktivnosti i interesa koji su tipični za poremećaje iz autističnog spektra. Međutim, pacijenti s OKP-om općenito nemaju poteškoća u društvenoj komunikaciji ili recipročnim društvenim interakcijama koje su tipične za poremećaje iz spektra autizma. Depresija može uključivati opsesivne misli, ali bez popratnih kompulzija tipičnih za OKP (14).

Sveobuhvatna procjena prvi je kritični korak u dijagnozi i liječenju OKP-a. Ciljevi ove procjene uključuju postavljanje točne dijagnoze, dobivanje informacija o pojavljivanju opsesivno-kompulzivnih simptoma, određivanje ozbiljnosti simptoma i pomoć pri odabiru relevantnih ciljeva liječenja. Srž ove procjene je uzimanje detaljne psihijatrijske anamneze i

ispitivanje mentalnog statusa. Osim toga, brojne proučene mjere procjene s dobrim psihometrijskim svojstvima mogu biti korisne za pomoć pri postavljanju dijagnoze OKP-a, za identifikaciju simptoma, mjerenje težine simptoma i praćenje odgovora na liječenje. Različiti upitnici i skale koriste se za procjenu prisutnosti i ozbiljnosti simptoma OKP-a. Najčešće korišten alat za procjenu ozbiljnosti OKP-a je Yale-Brownova opsesivno kompulzivna skala (Y-BOCS) koja uključuje polustrukturirani intervju i samoprocjenu. Dimenzionalna Yale-Brownova opsesivno-kompulzivna ljestvica (DY-BOCS) omogućuje detaljniju procjenu dimenzija simptoma OKP-a i njihove težine. Niz drugih mjera može biti korisno za procjenu i praćenje OKP-a uključujući ljestvice usmjerene na senzorne fenomene, uvid ili mjere obiteljske prilagodbe opsesivno-kompulzivnim simptomima. Ove mjere obuhvaćaju obiteljsko ponašanje koje olakšava simptome OKP-a poput pružanja sigurnosti kao odgovor na opsesivne sumnje (15).

Dodatne metode dijagnostike mogu uključivati neuropsihološka testiranja kako bi se procijenile kognitivne funkcije koje mogu biti pogođene OKP-om. U nekim slučajevima, neuroimaging tehnike poput funkcionalne magnetske rezonancije (fMRI) mogu se koristiti za proučavanje moždane aktivnosti i strukture u osoba s OKP-om iako se ove metode još uvijek uglavnom koriste u istraživačke svrhe. Testiranje može također uključivati procjenu komorbidnih stanja i njihovog utjecaja na simptome OKP-a kako bi se osigurala cjelovita slika pacijentovog psihijatrijskog stanja i razvila optimalna strategija liječenja (15).

Osim standardnih dijagnostičkih alata, važno je uzeti u obzir kulturne i kontekstualne čimbenike koji mogu utjecati na izražavanje simptoma i percepciju poremećaja. Različite kulture mogu imati različite stavove prema mentalnom zdravlju i simptomima OKP-a što može utjecati na pacijentovu spremnost za traženje pomoći i način na koji opisuje svoje simptome. Stoga, ključno je da kliničari budu svjesni ovih čimbenika i da koriste pristup prilagođen individualnim potrebama svakog pacijenta.

Sveobuhvatan pristup dijagnostici OKP-a koji uključuje pažljivu evaluaciju simptoma, uporabu validiranih dijagnostičkih alata i razmatranje komorbiditeta i kulturnih čimbenika, ključan je za postavljanje točne dijagnoze i pružanje učinkovitog liječenja.

#### *1.4. Prevencija*

Unatoč sve većoj pažnji posvećenoj prevenciji i ranoj intervenciji u mentalnim poremećajima, OKP dobiva relativno malo pažnje u tom kontekstu (16). Primarnoj prevenciji je cilj spriječiti razvoj opsesivno-kompulzivnih simptoma. Sekundarna prevencija je



prepoznavanje i liječenje osoba koje razvijaju opsesivno-kompulzivne simptome kako bi se spriječilo napredovanje do potpunog OKP-a, a tercijarna prevencija smanjuje značajan komorbiditet i minimizira utjecaj OKP-a nakon postavljanja dijagnoze (17).

Postizanje primarne prevencije zahtijeva preciznu identifikaciju pojedinaca u riziku od OKP-a i provedbu specifičnog pristupa za poboljšanje njihove otpornosti na razvoj simptoma OKP-a. Međutim, ograničenja u razumijevanju etiologije OKP-a dovela su do vrlo malog napretka u oba aspekta. S obzirom na to da ciljana populacija za primarnu prevenciju još nije pokazala tipične opsesivno-kompulzivne simptome, intervencijski pristup za njih trebao bi biti drugačiji od onoga za bolesnike s psihijatrijskim poremećajima. Općenito, psihoedukacija trenutno je najodrživija intervencija za primarnu prevenciju OKP-a. Očekuje se da će psihološko obrazovanje u primarnim intervencijama podići svijest ljudi o OKP-u i pomoći roditeljima da rano identificiraju rizične osobine svoje djece. Još jedan koristan pokušaj intervencija je u načinu života kao što su razvoj protuupalnih dijeta i povećanje tjelesne aktivnosti. Intervencije bi se trebale usredotočiti na smanjenje stresa i poboljšanje kvalitete sna (18). Kao što je već spomenuto, poteškoća u provedbi primarne prevencije ne leži samo u ograničenom poznavanju etiologije OKP-a, već i u činjenici da rizične osobe bez kliničkih simptoma nisu motivirane za traženje pomoći. Stoga, znanstvena bi svijest o OKP-u trebala biti široko rasprostranjena u općoj populaciji što zahtijeva angažman brojnih stručnjaka. Uključivanje škola pridonijelo bi širenju njezinog utjecaja. Naprimjer, pružanje obrazovnih predavanja i tečajeva u svim razredima može pomoći većem broju učenika i njihovih roditelja da prepoznaju jesu li pod visokim rizikom (naprimjer, imaju obiteljsku povijest OKP-a). To može olakšati premošćivanje ciljane populacije i implementaciju drugih prikladnih preventivnih strategija. Također, uvođenje jednostavnih neuropsiholoških testova u rutinske zdravstvene preglede moglo bi biti isplativo za ranu identifikaciju OKP-a što ima velik potencijal za buduću primjenu. Kada postanu dostupne za kliničku upotrebu, cilj bi im trebao biti omogućiti te tehnike djeci i adolescentima s obiteljskom poviješću OKP-a, premda se taj proces suočava s izazovima etike, zdravstvene ekonomije i dostupnosti resursa (16,18,20).

U fazi sekundarne prevencije potrebno je rano identificirati bolesnike s opsesivno-kompulzivnim simptomima i omogućiti im što ranije liječenje kako bi se izbjegao razvoj potpunog OKP-a. Trenutačne metode identifikacije kao i intervencije koje doprinose sekundarnoj prevenciji su biblioterapija i nove digitalne intervencije. Biblioterapija koristi knjige ili priče u terapeutske svrhe kako bi pomogla pojedincima da razumiju svoje probleme. Pomaže djeci da shvate složene koncepte i nose se s teškim vijestima, a kliničarima i

roditeljima olakšava objašnjavanje dijagnoza. Sve vrste knjiga, uključujući poeziju, beletristiku i publicistiku mogu se koristiti za educiranje čitatelja, pružanje uvida u bolest, poticanje rasprave, nuđenja rješenja ili nove perspektive te uvjeravanje da nisu sami. Knjiga »Čudesni Adam i tajna čarolija« Michaela Morpurga, se bavi temama poput prijateljstva, mašte, hrabrosti i prevladavanja prepreka. Ova knjiga pruža utjehu i ohrabrenje djeci, uključujući one sa psihološkim poteškoćama poput OKP-a. Kroz likove i zaplete, djeca mogu naučiti kako se nositi sa strahovima, nesigurnostima i kako razviti unutrašnju snagu, što može pomoći u upravljanju simptomima OKP-a na emocionalnoj razini (21). Povratne informacije su pozitivne, ali masovno širenje i izdavanje višejezičnih verzija još uvijek nedostaju. Popularnost pametnih telefona i nosivih uređaja pruža nove mogućnosti za ranu identifikaciju i intervencije kod OKP-a. Digitalni fenotipovi omogućuju vidljivije pokazatelje za ranu identifikaciju OKP-a. Naprimjer, neki oblici problematične upotrebe interneta povezani s OKP-om poput opetovanog provjeravanja društvenih medija ili digitalnog gomilanja, mogu se točno zabilježiti digitalnim medijima. Kliničari mogu koristiti analizu velikih podataka za identificiranje digitalnih opsesivno-kompulzivnih simptoma. Upitnici temeljeni na internetskim stranicama za samoprocjenu pokazali su dobru osjetljivost i specifičnost za otkrivanje OKP-a olakšavajući pacijentima i rizičnim pojedincima praćenje svog mentalnog zdravlja. Aplikacije za pametne telefone za kognitivno-bihevioralne terapijske intervencije omogućuju pacijentima izvođenje relevantnih vježbi kod kuće što pomaže u smanjenju simptoma OKP-a. Proaktivna uporaba web-kamera i kamera pametnih telefona omogućuje kliničarima praćenje ponašanja i intervenciju na daljinu što smanjuje troškove liječenja i omogućuje rano otkrivanje i intervenciju za sekundarnu prevenciju (21). Integriranje mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu može poboljšati pristup liječenju, smanjujući stigmatu i olakšavajući ranije intervencije. Podizanje svijesti među liječnicima opće prakse o simptomima OKP-a, treniranje u prepoznavanju i inicijalna intervencija su ključni koraci u poboljšanju sekundarne prevencije.

Cilj tercijarne prevencije smanjenje je negativnih posljedica poremećaja, sprječavanje recidiva i podrška dugoročnom oporavku. Dokazi iz više studija pokazuju da dulje trajanje neliječene bolesti vodi do neželjenih ishoda poput viših stopa komorbiditeta, veće obiteljske prilagodbe, slabijeg odgovora na liječenje te rjeđih i odgođenih remisija. Kliničari bi stoga trebali osigurati rano liječenje čim simptomi dosegnu kliničku dijagnozu OKP-a. Poboljšanje postojećih protokola liječenja za rano pružanje specifičnog tretmana ključno je za bolju tercijarnu prevenciju (22). Tercijarna prevencija također uključuje pružanje kontinuirane

podrške pacijentima kroz rehabilitacijske programe, terapijske grupe i individualnu terapiju. Uključivanje obitelji u terapijski proces može doprinijeti stvaranju poticajnog/povoljnog okruženja za pacijente, olakšavajući njihov oporavak i smanjujući rizik od recidiva. Rad s obiteljima dodatno podržava pacijente u njihovom oporavku kroz smanjenje stresa i poboljšanje komunikacije (21).

U konačnici, ključ uspješne prevencije OKP-a leži u holističkom pristupu koji uključuje ranu identifikaciju, pravovremenu intervenciju, kontinuiranu podršku i edukaciju svih uključenih strana – od pojedinaca i obitelji do zdravstvenih profesionalaca i šire društvene zajednice.

### *1.5. Liječenje*

Liječenje opsesivno-kompulzivnog poremećaja uključuje nekoliko pristupa koji se primjenjuju zasebno ili kombinirano s obzirom na težinu simptoma i individualnim potrebama pacijenta. Glavni pristupi odnosno prva linija liječenja uključuje farmakoterapiju i kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT).

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) glavni su oslonac farmakološkog liječenja OKP-a zbog dokazane učinkovitosti, podnošljivosti, sigurnosti i nepostojanja potencijala zlouporabe. U pravilu se za OKP koriste veće doze SSRI nego za druge anksiozne poremećaje ili veliku depresiju; veće doze SSRI-a povezane su s većom učinkovitošću liječenja, ali i s višim stopama prekida liječenja zbog nuspojava (kao što su početni gastrointestinalni simptomi i seksualna disfunkcija). Stoga, je izbor lijeka najbolje bazirati na potencijalnim nuspojavama, interakcijama s drugim lijekovima, prisutnošću komorbidnih medicinskih stanja, preferencijama pacijenata i sličnim faktorima. Klomipramin, triciklički (TCA) antidepresiv, prvi je lijek koji se pokazao djelotvornim u liječenju OKP-a. Prema istraživanjima Klomipramin je učinkovitiji od selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (23). Međutim, treba biti oprezan s korištenjem ovog lijeka, jer su ispitivanja klomipramina često provedena na manje otpornim pacijentima i zato jer izravna ispitivanja uspoređuju klomipramin sa SSRI-ima te ukazuju na njihovu sličnu učinkovitost. Kakogod, SSRI lijekovi imaju bolji profil sigurnosti i podnošljivosti u usporedbi s klomipraminom što ih čini pogodnijima za dugotrajno liječenje i podržava njihovu upotrebu kao lijekova prve linije. Smjernice za liječenje OKP-a preporučuju 8-12 tjedana kao optimalno trajanje ispitivanja učinkovitosti SSRI-a. Nedavne meta-analize pokazale su značajno poboljšanje simptoma unutar prva dva tjedna liječenja s najvećim napretkom ranog tjeka liječenja (24). Otvoreno ispitivanje fluoksetina kod prethodno neliječenih pacijenata otkrilo je da je

smanjenje simptoma nakon četiri tjedna najbolji prediktor uspjeha liječenja nakon 12 tjedana. Preporučeno trajanje održavanja farmakoterapije je najmanje 12-24 mjeseca nakon postizanja remisije, ali mnogi pacijenti mogu zahtijevati dulje liječenje zbog rizika od recidiva nakon prekida terapije (6,24).

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je oblik psihoterapije OKP-a koji se najviše temelji na dokazima. KBT se sastoji od dvije komponente: kognitivne ponovne procjene i bihevioralne intervencije. Posebno ERP (izlaganje i prevencija odgovora), psihološki je tretman izbora za OKP. ERP uključuje postupno i produljeno izlaganje podražajima koji izazivaju strah u kombinaciji s uputama za suzdržavanje od kompulzivnog ponašanja. Integracija ERP-a s kognitivnim komponentama kao što je rasprava o strahovitim posljedicama i disfunkcionalnim uvjerenjima, može učiniti ERP manje odvratnim i povećati njegovu učinkovitost posebno za pacijente sa slabim uvidom i za one koji su manje tolerantni na izloženost. Kognitivne intervencije uče pacijente da postanu svjesni svojih misli bez pokušaja njihovog neutraliziranja. Potiče ih se da vlastite misli doživljavaju kao neugodne, ali ne štetne. Pacijenti uče prihvaćati svoje opsesije i anksioznost koju one uzrokuju bez pribjegavanja kompulzijama i izbjegavanju. KBT je izbor metode liječenja kod djece i adolescenata, pacijenata bez komorbidnih poremećaja koji zahtijevaju lijekove, pacijenta koji pokazuju motivaciju za bavljenje psihoterapijom i kod pacijenta koji imaju pozitivan prijašnji odgovor na liječenje KBT-om. Kognitivno-bihevioralna terapija sastoji se od sesija, a može biti individualna ili grupna, može se provoditi osobno ili putem internetskih protokola. Najjači prediktor dobrog kratkoročnog i dugoročnog ishoda s KBT-om pacijentovo je pridržavanje domaće zadaće između sesija kao što je izvođenje ERP vježbi u kućnom okruženju. KBT se može koristiti kao početni tretman za OKP osobito ako je to pacijentova preferirana opcija liječenja. KBT bi trebala biti ponuđena svim mladim ljudima s OKP-om i trebala bi biti prva linija liječenja u blagim do umjerenim slučajevima OKP-a. U težim slučajevima ili kada mladi ljudi ne reagiraju na KBT potrebno je razmotriti medikamentoznu terapiju. Jedna od tehnika koja se koristi u kognitivno-bihevioralnoj terapiji je „metoda četiri koraka.“ Ova tehnika ima cilj pomoći osobama s opsesivno-kompulzivnim poremećajem u prepoznavanju opsesije i kompulzije kao nestvarnih signala i znakova bolesti. Također ih uči opsesije pripisivati abnormalnim procesima u mozgu i premještati pažnju na smislene aktivnosti te ponovno procijeniti svoje opsesije i kompulzije kao nerealistične. Prvi korak je preimovanje kada pacijenti osvješćuju i imenuju opsesivne misli (naprimjer »Misao da je netko zaražen je opsesivna misao.«). Drugi je korak pripisivanje kada pacijenti uče prepoznati opsesije i

kompulzije kao znakove bolesti, a ne kao dio sebe (naprimjer »To nisam ja, to je moj OKP.«). Treći korak je preusmjeravanje pažnje kada pacijenti odgađaju izvršenje kompulzija za 15 minuta i fokusiraju se na poučnu aktivnost (»Kad dobijem nagon oprati ruke, 15 minuta ću čitati knjigu.«). Zadnji, četvrti korak je ponovno procjenjivanje kojim pacijenti procjenjuju realističnost opsesija (na primjer »Znam što je stvarno. OKP je u mojoj glavi i nema veze sa stvarnošću.«). Ova se metoda pokazala se učinkovitom (7).

Dio mladih ljudi s OKP-om ne reagira na kognitivno-bihevioralnu terapiju ili selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina. Neki postižu napredak, ali ostaju s klinički značajnim rezidualnim simptomima. Čimbenici povezani s lošim ishodom liječenja OKP-a su ozbiljniji stupanj OKP, veće funkcionalno oštećenje, veći otpor promjenama, izostanak ranog odgovora na liječenje selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, a najviše pozornosti pridodaje se utjecaju komorbiditeta na liječenje. Iako se čini da neki komorbiditeti poput depresije i anksiozogi poremećaja ne utječu na odgovor na KBT ili SSRI, drugi mogu imati utjecaja. Naprimjer, osobe s komorbidnim poremećajima kao što su tikovi obično imaju slabiji odgovor na SSRI, ali jednako dobro reagiraju na KBT u usporedbi s onima bez tikova. Također, pojedinci s poremećajem autizma slabije reagiraju na KBT za OKP naglašavajući potrebu za modificiranim KBT protokolima u ovoj skupini. Nedovoljan odgovor nakon KBT ili SSRI također se može riješiti kombinatnom terapijom. Ova strategija može uključivati dodavanje drugog SSRI-a kao što su fluoksetin, paroksetin ili sertralin koji imaju slične mehanizme djelovanja kao i prvi odabrani SSRI, ali se mogu razlikovati u profilu nuspojava i interakciji lijekova. Kombinacija SSRI-a s niskom dozom antipsihotika kao što je aripiprazol može biti korisna za pacijente s težim oblicima OKP-a koji imaju izražene kompulzije i koji ne reagiraju na uobičajene terapije (24).

Nadalje, za pacijente s teškim simptomima i ograničenim odgovorom na SSRI ili KBT terapija dubokim mozgovnim stimulacijom (TMS) može biti opcija. Ova neinvazivna metoda liječenja uključuje upotrebu magnetskog polja za stimulaciju specifičnih područja mozga povezanih s OKP-om. Istraživanja su pokazala da TMS može smanjiti simptome OKP-a kod pacijenata koji nisu odgovorili na druge terapijske opcije (24).

Također, za osobe s OKP koji ne reagiraju na konvencionalne terapije obećavajuće rezultate u smanjenju simptoma pokazuje primjena psilocibina i ketamina. Psilocibin se nalazi u vrstama gljiva dok je ketamin anestetik koji se koristi u psihijatriji za liječenje depresije. Njihova djelovanja se još istražuju zbog sposobnosti da mijenjaju neurokemijske procese u mozgu povezane s OKP-om te smanjuju intenzitet opsesivnih misli i kompulzivnih radnji (25).

Za mlade osobe s OKP-om, posebno one s teškim oblicima koji nisu reagirali na uobičajene terapije, važno je razmotriti individualizirani pristup liječenju koji uključuje suradnju s roditeljima, školama i multidisciplinarnim timovima kako bi se pružila najbolja moguća skrb i podrška. Osim toga, kontinuirana podrška i edukacija o OKP-u bit će ključni za poboljšanje svijesti, smanjenje stigmatizacije i promicanje ranog prepoznavanja i intervencije u mladoj populaciji (25).

Zaključno, učinkovito liječenje OKP-a zahtijeva pristup koji integrira farmakoterapiju, kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT), terapiju duboke mozgovne stimulacije (TMS) kao i nove terapije u razvoju. Individualizirani pristup temeljen na težini simptoma, reakciji na prethodne terapije i prisutnosti komorbiditeta ključan je za postizanje najboljih kliničkih ishoda odnosno poboljšanja kvalitete života pacijenata s OKP-om.

## **2. CILJEVI I HIPOTEZE**

Cilj ovog rada je usporediti opsesivno-kompulzivne navike među studentima prijediplomskog studija Sestrinstva.

CILJ 1: Identificirati najčešće vrste opsesivno-kompulzivnih navika koje se javljaju među studentima prijediplomskog studija Sestrinstva.

CILJ 2: Utvrditi razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama između studenata prijediplomskog studija Sestrinstva različitih dobnih skupina.

CILJ 3: Usporediti prevalenciju opsesivno-kompulzivnih navika među studentima prijediplomskog studija Sestrinstva uzimajući u obzir njihov radni status (zaposleni i nezaposleni).

HIPOTEZA 1: Među studentima prijediplomskog studija Sestrinstva najčešće se javljaju opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenta, kao i perfekcionizam u pružanju zdravstvene skrbi, dok su kompulzivne radnje usmjerene na provjeru medicinske opreme i higijenskih uvjeta radi osiguranja sigurnosti pacijenta.

HIPOTEZA 2: Studenti prijediplomskog studija Sestrinstva nižih dobnih skupina pokazuju veću sklonost opsesivno-kompulzivnim navika u odnosu na one starijih dobnih skupina.

HIPOTEZA 3: Studenti prijediplomskog studija Sestrinstva koji su zaposleni imaju veću prevalenciju opsesivno-kompulzivnih navika u usporedbi sa studentima sestrinstva koji su nezaposleni.

### 3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

#### 3.1. Ispitanici/materijali

U ovom istraživanju je sudjelovalo 92 ispitanika uključujući studente prve godine prijediplomskog sveučilišnog studija sestrištva te studente druge i treće godine prijediplomskog stručnog studija sestrištva. Studenti su bili redovnog i izvanrednog statusa s Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci, u akademskoj godini 2023/2024. Istraživanje je provedeno u travnju 2024. godine, a ispitanici su bili osobe oba spola u dobi od 18 do 50 godina. S obzirom na postavljene ciljeve i hipoteze, razlike u dobnim skupinama i radnom statusu studenata uzete su u obzir kao interesne varijable. Osigurana je i etičnost istraživanja te povjerljivost i anonimnost njihovih odgovora. Uzorak ovog istraživanja je sustavni slučajni uzorak.

#### 3.2. Postupak i instrumentarij

Prije nego što su ispunili upitnik, ispitanici su pročitali obavijest o informiranom pristanku u kojoj je navedeno da je ispunjavanje upitnika dobrovoljno i anonimno, podaci o autoru upitnika te da će prikupljeni podaci biti korišteni za izradu završnog rada studentice Marije Matošević. Podaci su prikupljeni putem online upitnika izrađenog u Google Forms-u koji je distribuiran službenom e-mail adresom (Outlook) predstavnicima svih godina redovnog i izvanrednog prijediplomskog studija Sestrištva na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Za potrebe istraživanja upitnik je kreiran samostalno odnosno od strane autora zbog nedostataka istraživanja na ovu temu. Pitanja za upitnik sastavljena su prema udžbeniku za više zdravstvene studije "Psihijatrija" čiji su autori Frančisković Tanja i Moro Ljiljana, izdanje iz 2011. godine (26). Upitnik se sastojao od 21 pitanja podijeljena u dva dijela. Prvo su postavljena četiri pitanja vezana uz sociodemografske podatke, uključujući dob, spol, godinu studija i radni status. Drugi dio upitnika uključio je 13 pitanja o opsesivno-kompulzivnim navikama (opsesivnim mislima i/ili kompulzivnim radnjama). U ovom dijelu, ispitanici su imali mogućnost odabrati jedan od pet brojeva prema Likertovoj ljestvici gdje svaki broj ima određeno značenje: 1 znači "nikada", 2 znači "rijetko", 3 znači "ponekad", 4 znači "često", a 5 znači "vrlo često". Svakom odgovoru ispitanika dodjeljuje se broj bodova koji odgovara odabranom odgovoru. Vremenski period za rješavanje upitnika bio je 10-15 minuta. Svaka osoba je rješavala upitnik samostalno bez korištenja pomagala i/ili pomaganja druge osobe.



### *3.3. Statistička obrada podataka*

Prikupljeni podaci su obrađeni korištenjem statističkog paketa IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25 (IBM Corp., Armonk, NY, SAD; 2017) i JASP, verzija 0.17.2.1 (Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands). Za prikaz podataka korištene su tablice dok su deskriptivne statističke metode primijenjene za opis distribucije frekvencija varijabli. Srednje vrijednosti su predstavljene aritmetičkom sredinom, rasponom i standardnom devijacijom. Kruskal-Wallis test i post hoc Dunn test korišteni su za provjeru razlika u opsesivno-kompulzivnim navikama između više nezavisnih skupina ispitanika (dob, godina studija). Za usporedbu dviju nezavisnih skupina (spol, radni status) primijenjen je Mann-Whitney test. Normalnost distribucije ukupnih rezultata opsesivno-kompulzivnih navika testirana je Kolmogorov-Smirnov testom koji nije pokazao značajnu devijaciju ( $p > 0,05$ ). Stoga je za analizu ukupnih rezultata opsesivno-kompulzivnih navika između više nezavisnih skupina korištena jednosmjerna analiza varijance uz post hoc Tukey test dok je za usporedbu dviju nezavisnih skupina korišten t-test. Za ispitivanje povezanosti između opsesivno-kompulzivnih navika i radnog statusa korišten je Hi kvadrat test ( $\chi^2$  test) ili Fisherov egzaktni test ovisno o prikladnosti. Statistička značajnost postavljena je na razini  $p < 0,05$ .

### *3.4. Etički aspekti istraživanja*

Tijekom istraživanja nisu nastali problemi, jer je sudjelovanje bilo dobrovoljno i nije predstavljalo nikakvu prijetnju za ispitanike. Ispitanici su dobrovoljno pristupili upitniku uz obavijest da mogu odustati od sudjelovanja kada god žele bez posljedica ili objašnjavanja razloga. Istraživanje je bilo niskog rizika, zbog čega nije bila potrebna suglasnost Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta.

#### 4. REZULTATI

U istraživanju su sudjelovala 92 studenta prijediplomskog studija sestrištva. U ispitivanom uzorku bilo je 80 (87%) žena i 12 (13%) muškaraca, najviše u dobi od 18 do 24 godine, 64 (69,6%), na prvoj godini redovitog studija, njih 19 (20,7%) i nezaposlenih, njih 50 (54,3%) (Tablica 1.).

Tablica 1. Raspodjela demografskih varijabli ispitanika (N=92)

		n (%)
Spol	muško	12 (13)
	žensko	80 (87)
Dob	18 - 24	64 (69,6)
	25 - 29	10 (10,9)
	30 - 49	18 (19,6)
	više od 50 godina	0
Godina studija	1. godina redoviti	19 (20,7)
	1. godina izvanredni	11 (12)
	2. godina redoviti	18 (19,6)
	2. godina izvanredni	11 (12)
	3. godina redoviti	21 (22,8)
	3. godina izvanredni	12 (13)
Zaposlenje	zaposlen/ a	42 (45,7)
	nezaposlen/a	50 (54,3)

Napomena: n–broj ispitanika; %-postotak

U dijelu odgovora koji se fokusiraju na opsesivno-kompulzivne navike najviša razina slaganja bila je kod čestice »Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim«  $M = 3,78$  ( $SD=1,11$ ), dok je najniža razina slaganja bila kod čestice »Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu«  $M=2,21$  ( $SD=1,08$ ) (Tablica 2.).

Tablica 2. Raspodjela opsesivno–kompulzivnih navika (N=92)

	Opsesivno – kompulzivne navike					M (raspon)	SD
	n (%)						
	1	2	3	4	5		
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim	4 (4,3)	8 (8,7)	21 (22,8)	30 (32,6)	29 (31,5)	3,78 (1-5)	1,11

Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke	17 (18,5)	26 (28,3)	27 (29,3)	15 (16,3)	7 (7,6)	2,66 (1-5)	1,17
Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno	12 (13)	23 (25)	24 (26,1)	16 (17,4)	17 (18,5)	3,03 (1-5)	1,30
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni	9 (9,8)	23 (25)	36 (39,1)	17 (18,5)	7 (7,6)	2,89 (1-5)	1,06
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnom životu	24 (26,1)	34 (37)	21 (22,8)	10 (10,9)	3 (3,3)	2,28 (1-5)	1,07
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu	29 (31,5)	29 (31,5)	23 (25)	8 (8,7)	3 (3,3)	2,21 (1-5)	1,08
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno	24 (26,1)	26 (28,3)	28 (30,4)	9 (9,8)	5 (5,4)	2,40 (1-5)	1,13
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osiguraosigurala sigurnost pacijenata	11 (12)	18 (19,6)	35 (38)	20 (21,7)	8 (8,7)	2,96 (1-5)	1,11
Osjećam potrebu za savršenosti (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi	3 (3,3)	14 (15,2)	20 (21,7)	29 (31,5)	26 (28,3)	3,66 (1-5)	1,14
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima	18 (19,6)	25 (27,2)	22 (23,9)	20 (21,7)	7 (7,6)	2,71 (1-5)	1,22
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata	17 (18,5)	22 (23,9)	25 (27,2)	19 (20,7)	9 (9,8)	2,79 (1-5)	1,24
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici	27 (29,3)	28 (30,4)	23 (25)	8 (8,7)	6 (6,5)	2,33 (1-5)	1,17
Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima	26 (28,3)	33 (35,9)	20 (21,7)	9 (9,8)	4 (4,3)	2,26 (1-5)	1,10

Napomena: n–zbroj ispitanika; %-postotak; M–Aritmetička sredina; SD–Standardna devijacija; 1–nikada, 2–rijetko, 3–ponekad, 4–često, 5–vrlo često

Rezultati su dokazali da ne postoje značajne razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama s obzirom na spol ispitanika (Tablica 3.).

Tablica 3. Opsesivno-kompulzivne navike prema spolu ispitanika (N=92)

	Spol		p*
	muško	žensko	
	M (SD)		
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim	3,41 (1,44)	3,83 (1,06)	0,365
Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke	2,50 (1,00)	2,68 (1,20)	0,685
Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno	3,00 (1,27)	3,03 (1,31)	0,995
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni	2,91 (0,51)	2,88 (1,12)	0,851
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima	2,25 (0,86)	2,28 (1,10)	0,928
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu	2,58 (0,90)	2,15 (1,10)	0,122
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno	2,16 (1,19)	2,43 (1,13)	0,463
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osigurao/osigurala sigurnost pacijenata	3,16 (1,03)	2,92 (1,13)	0,451
Osjećam potrebu za savršenošću (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi	3,33 (0,98)	3,71 (1,16)	0,191
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima	2,50 (1,08)	2,73 (1,25)	0,564
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata	2,33 (0,98)	2,86 (1,27)	0,164
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici	2,00 (0,60)	2,37 (1,23)	0,442
Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima	2,16 (0,71)	2,27 (1,15)	0,952

Napomena: M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Prema rezultatima ne postoje značajne razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama u s obzirom na dob ispitanika (Tablica 4.).

Tablica 4. Opsesivno-kompulzivne navike prema spolu ispitanika (N=92)

	18-24	Dob		p*
		25-29	30-49	
	M (SD)			
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim	3,87 (1,04)	3,90 (1,28)	3,38 (1,24)	0,297
Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke	2,70 (1,20)	2,60 (0,84)	2,55 (1,29)	0,845

Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno	3,04 (1,36)	3,00 (1,24)	3,00 (1,18)	0,996
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni	2,93 (1,15)	2,80 (0,63)	2,77 (0,94)	0,895
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima	2,29 (1,09)	1,90 (0,56)	2,44 (1,19)	0,507
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu	2,23 (1,10)	2,10 (0,87)	2,16 (1,15)	0,952
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno	2,53 (1,12)	1,80 (0,78)	2,27 (1,27)	0,138
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osigurao/osigurala sigurnost pacijenata	2,93 (1,09)	2,80 (1,13)	3,11 (1,23)	0,842
Osjećam potrebu za savršenosti (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi	3,65 (1,18)	3,90 (0,87)	3,55 (1,14)	0,812
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima	2,84 (1,18)	2,30 (1,05)	2,44 (1,42)	0,223
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata	2,76 (1,17)	3 (1,15)	2,77 (1,55)	0,839
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici	2,35 (1,23)	1,80 (0,63)	2,50 (1,15)	0,314
Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima	2,28 (1,07)	2,10 (0,99)	2,27 (1,32)	0,895

Napomena: M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \* Kruskal Wallis test

Dokazano je da prema dobi ispitanika postoji značajna razlika u slaganju s tvrdnjama koje se odnose na opsesivno–kompulzivne navike »Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke« (Kruskal Wallis test;  $p=0,009$ ) i »Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici« (Kruskal Wallis test;  $p=0,004$ ), značajno veće navedene opsesivno–kompulzivne navike imaju studenti na prvoj godini koji studiraju redovito u odnosu na studente na trećoj godini koji studiraju redovito (Dunn;  $p<0,05$ ). Značajna razlika postoji i kod opsesivno–kompulzivnih navika »Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno« (Kruskal Wallis test;  $p=0,039$ ), »Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima« (Kruskal Wallis test;  $p=0,025$ ) i »Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima« (Kruskal Wallis test;  $p=0,023$ ), post hoc usporedbe su pokazale da ne postoje značajne razlike između

ispitivanih parova. Značajna razlika postoji i kod opsesivno–kompulzivnih navika »Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata« (Kruskal Wallis test;  $p=0,004$ ), značajno veće navedene opsesivno–kompulzivne navike imaju studenti na drugoj godini koji studiraju izvanredno u odnosu na studente na trećoj godini koji studiraju redovito (Dunn;  $p<0,05$ ) (Tablica 5.).

Tablica 5. Opsesivno-kompulzivne navike prema godini studija ispitanika (N=92)

	Godina studija						p*
	1. izv.	1. red.	2. izv.	2. red.	3. izv.	3. red.	
	M (SD)						
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim	3,63 (1,62)	4,00 (1,05)	3,90 (1,04)	4,16 (0,85)	3,47 (1,12)	3,41 (0,99)	0,307
Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke	2,81 (1,07)	3,21 (1,13)	2,90 (1,30)	2,94 (1,05)	1,90 (1,04)	2,33 (1,07)	<b>0,009</b>
Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno	3,45 (1,36)	3,42 (1,34)	2,54 (1,21)	3,44 (1,19)	2,57 (1,36)	2,66 (0,98)	0,086
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni	3,18 (0,60)	3,05 (1,02)	2,90 (0,94)	3,00 (1,08)	2,66 (1,35)	2,58 (0,99)	0,475
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima	2,27 (1,34)	2,42 (1,26)	2,72 (0,78)	2,61 (0,85)	1,85 (1,01)	1,91 (0,90)	0,061
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu	2,54 (1,29)	2,57 (1,21)	2,09 (0,94)	2,11 (1,02)	1,95 (1,02)	2,00 (0,95)	0,494
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno	2,18 (1,40)	2,89 (1,15)	2,72 (1,27)	2,61 (0,69)	2,00 (1,14)	1,91 (0,99)	<b>0,039</b>
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osigurao/osigurala sigurnost pacijenata	3,18 (1,07)	3,21 (1,18)	3,63 (1,12)	2,88 (0,96)	2,61 (1,07)	2,41 (1,08)	0,100
Osjećam potrebu za savršenosti (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi	3,81 (1,07)	4,15 (0,89)	3,81 (1,40)	3,72 (1,12)	3,09 (1,26)	3,50 (0,79)	0,103
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima	2,45 (1,36)	2,94 (1,17)	3,09 (1,37)	3,27 (0,89)	2,33 (1,27)	2,00 (0,95)	<b>0,025</b>
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata	2,81 (1,53)	3,05 (1,17)	3,72 (1,19)	3,11 (0,96)	2,14 (1,15)	2,16 (0,93)	<b>0,004</b>
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze	2,18	2,94	2,54	2,55	1,52	2,33	<b>0,004</b>

tijekom rada/vježbi u bolnici	(1,16)	(1,31)	(1,03)	(1,14)	(0,81)	(1,07)	
Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima	2,27 (1,10)	2,73 (1,28)	2,72 (1,19)	2,38 (0,85)	1,81 (0,92)	1,66 (0,98)	<b>0,023</b>

Napomena: Izv.–Izvanredni; red.–Redoviti; M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \*Kruskal Wallis test

Rezultatima je dokazano da nema značajne razlike u opsesivno–kompulzivnim navikama prema zaposlenju odnosno radnom statusu ispitanika (Tablica 6.).

Tablica 6. Opsesivno - kompulzivne navike prema radnom statusu ispitanika (N = 92)

	Radni status		p
	nezaposlen/a	zaposlen/a	
	M (SD)		
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim	3,90 (1,05)	3,64 (1,18)	0,331
Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke	2,60 (1,22)	2,73 (1,12)	0,611
Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno	3,04 (1,32)	3,02 (1,29)	1,000
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni	2,74 (1,17)	3,07 (0,89)	0,131
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima	2,16 (1,09)	2,42 (1,03)	0,169
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu	2,12 (1,15)	2,31 (1,00)	0,251
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno	2,42 (1,12)	2,38 (1,16)	0,861
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osigurao/osigurala sigurnost pacijenata	2,90 (1,18)	3,02 (1,04)	0,711
Osjećam potrebu za savršenosti (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi	3,68 (1,20)	3,64 (1,07)	0,730
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima	2,72 (1,24)	2,69 (1,22)	0,885
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata	2,66 (1,23)	2,95 (1,24)	0,311
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici	2,24 (1,23)	2,42 (1,10)	0,340

Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima	2,18 (1,13)	2,35 (1,07)	0,341
---	----------------	-------------	-------

Napomena: M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \* Mann Whitney test

Rezultatima je dokazano da nema značajne povezanosti u prvom dijelu opsesivno–kompulzivnih navika prema sa radnim statusom ispitanika (Tablica 7.).

Tablica 7. Povezanost opsesivno–kompulzivnih navika sa radnim statusom ispitanika (I dio) (N=92)

		Radni status				p
		nezaposlen/a		zaposlen/a		
		n	%	n	%	
Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim.	nikada	1	(2)	3	(7,1)	0,655*
	rijetko	4	(8)	4	(9,5)	
	ponekad	12	(24)	9	(21,4)	
	često	15	(30)	15	(35,7)	
	vrlo često	18	(36)	11	(26,2)	
Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke (npr. stavljati stvari određenim redoslijedom, prati ruke iako nisu prljave, i sl.).	nikada	12	(24)	5	(11,9)	0,377*
	rijetko	12	(24)	14	(33,3)	
	ponekad	13	(26)	14	(33,3)	
	često	10	(20)	5	(11,9)	
	vrlo često	3	(6)	4	(9,5)	
Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno.	nikada	6	(12)	6	(14,3)	0,921*
	rijetko	14	(28)	9	(21,4)	
	ponekad	12	(24)	12	(28,6)	
	često	8	(16)	8	(19)	
	vrlo često	10	(20)	7	(16,7)	
Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni.	nikada	8	(16)	1	(2,4)	0,131*
	rijetko	14	(28)	9	(21,4)	
	ponekad	15	(30)	21	(50)	
	često	9	(18)	8	(19)	
	vrlo često	4	(8)	3	(7,1)	
Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima.	nikada	16	(32)	8	(19)	0,576*
	rijetko	18	(36)	16	(38,1)	
	ponekad	10	(20)	11	(26,2)	
	često	4	(8)	6	(14,3)	
	vrlo često	2	(4)	1	(2,4)	
Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu.	nikada	19	(38)	10	(23,8)	0,397†
	rijetko	15	(30)	14	(33,3)	
	ponekad	9	(18)	14	(33,3)	
	često	5	(10)	3	(7,1)	
	vrlo često	2	(4)	1	(2,4)	
Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno.	nikada	12	(24)	12	(28,6)	0,946†
	rijetko	15	(30)	11	(26,2)	
	ponekad	16	(32)	12	(28,6)	
	često	4	(8)	5	(11,9)	
	vrlo često	3	(6)	2	(4,8)	

Napomena: n–broj ispitanika, %–postotak; p–Statistička značajnost; \*Hi kvadrat test; †Fisher's exact test



Rezultati su dokazali kako nema značajne povezanosti u drugom dijelu opsesivno-kompulzivnih navika prema sa radnim statusom ispitanika (Tablica 8.).

Tablica 8. Povezanost opsesivno-kompulzivnih navika sa radnim statusom ispitanika (II dio) (N=92)

		Radni status				p
		nezaposlen/a		zaposlen/a		
		n	%	n	%	
Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bi osigurao/osigurala sigurnost pacijenata.	nikada	8	(16)	3	(7,1)	0,668*
	rijetko	9	(18)	9	(21,4)	
	ponekad	17	(34)	18	(42,9)	
	često	12	(24)	8	(19)	
	vrlo često	4	(8)	4	(9,5)	
Osjećam potrebu za savršenosti (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi.	nikada	2	(4)	1	(2,4)	0,415*
	rijetko	9	(18)	5	(11,9)	
	ponekad	7	(14)	13	(31)	
	često	17	(34)	12	(28,6)	
	vrlo često	15	(30)	11	(26,2)	
Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima.	nikada	11	(22)	7	(16,7)	0,386*
	rijetko	10	(20)	15	(35,7)	
	ponekad	15	(30)	7	(16,7)	
	često	10	(20)	10	(23,8)	
	vrlo često	4	(8)	3	(7,1)	
Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata.	nikada	12	(24)	5	(11,9)	0,385*
	rijetko	10	(20)	12	(28,6)	
	ponekad	14	(28)	11	(26,2)	
	često	11	(22)	8	(19)	
	vrlo često	3	(6)	6	(14,3)	
Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici.	nikada	19	(38)	8	(19)	0,220†
	rijetko	11	(22)	17	(40,5)	
	ponekad	12	(24)	11	(26,2)	
	često	5	(10)	3	(7,1)	
	vrlo često	3	(6)	3	(7,1)	
Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima.	nikada	16	(32)	10	(23,8)	0,583†
	rijetko	18	(36)	15	(35,7)	
	ponekad	10	(20)	10	(23,8)	
	često	3	(6)	6	(14,3)	
	vrlo često	3	(6)	1	(2,4)	

Napomena: n–broj ispitanika, %–postotak; p–Statistička značajnost; \*Hi kvadrat test; †Fisher's exact test

Rezultatima je dokazano da je srednja vrijednost ukupnog rezultata opsesivno-kompulzivnih navika M=35,96 (raspona od 16 do 62; SD=10,70) (Tablica 9.).

Tablica 9. Deskriptivna statistika ukupnog rezultata opsesivno-kompulzivnih navika (N=92)

	M (raspon)	SD	p*
Opsesivno - kompulzivne navike	35,96 (16 – 62)	10,70	0,200

Napomena: M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \*Kolmogorov–Smirnov test

Dokazano je da postoji značajna razlika u ukupnom rezultatu opsesivno–kompulzivnih navika prema godini na kojoj ispitanici studiraju (Jednosmjerna analiza varijance;  $p=0,006$ ). Post hoc usporedbama pokazalo se kako ispitanici koji studiraju redovito i izvanredno na trećoj godini diplomskog studija imaju značajno manje opsesivno-kompulzivne navike u odnosu na one koji studiraju na prvoj godini redovitog studija, drugoj godini izvanrednog studija i drugoj godini redovitog studija (LSD;  $p<0,05$ ) (Tablica 10.).

Tablica 10. Raspodjela ukupnog rezultata Opesivno-kompulzivnih navika prema demografskim varijablama (N=92)

		Opesivno - kompulzivne navike		
		M (raspon)	SD	P
Spol	muško	34,33 (27 – 52)	7,52	0,574*
	žensko	36,21 (16 – 62)	11,11	
Dob	18-24	36,46 (16 – 62)	10,81	0,762 <sup>†</sup>
	25-29	34,00 (24 – 46)	6,79	
	30-49	35,27 (16 – 60)	12,32	
Godina studija	1. godina redoviti	40,63 (18 – 62)	10,95	<b>0,006<sup>†</sup></b>
	1. godina izvanredni	36,81 (24 – 60)	12,42	
	2. godina redoviti	38,83 (22 – 51)	6,28	
	2. godina izvanredni	39,36 (22 – 57)	10,27	
	3. godina redoviti	29,95 (16 – 53)	10,72	
	3. godina izvanredni	30,91 (16 – 52)	9,20	
Zaposlenje	zaposlen/ a	36,69 (16 – 60)	11,39	0,556*
	nezaposlen/a	35,36 (16 – 62)	9,90	

Napomena: M–Aritmetička sredina, SD–Standardna devijacija; p–Statistička značajnost; \*Mann Whitney test; <sup>†</sup>Kruskal Wallis test

## 5. RASPRAVA

U istraživanju provedenom među 92 studenta prijediplomskog studija sestrinstva ispitivane su opsesivno-kompulzivne navike i analizirani rezultati prema dobi, radnom statusu, spolu i godini studija ispitanika. Većina ispitanika bila je ženskog spola (n=80), od 18-24 godine (n=64). Najviše ih je sudjelovalo s prve godine prijediplomskog sveučilišnog redovnog studija (n=19) te nezaposlenih (n=50). Prema postojećim istraživanjima, visoka prevalencija opsesivno-kompulzivnih simptoma među studentima nije neuobičajena, posebno u zahtjevnim akademskim okruženjima poput studija sestrinstva. Studenti sestrinstva često su izloženi visokim razinama stresa i anksioznosti zbog akademskih zahtjeva i kliničke prakse što može povećati rizik za razvoj OKP-a. Ovo istraživanje pokazalo je da je najviša razina slaganja u odgovorima studenata sestrinstva bila kod izjave »Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim«. Ovo se podudara s literaturom koja ukazuje da opsesivne misli često prevladavaju u populacijama pod visokim stresom. Nasuprot tome, najniža razina slaganja bila je kod izjave »Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu«) što sugerira da iako studenti sestrinstva imaju opsesivne misli, kompulzivne radnje možda manje ometaju njihovo funkcioniranje u akademskom i svakodnevnom životu. Rezultati nisu pokazali značajne razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama prema spolu što se slaže s nekim istraživanjima koja sugeriraju da OKP pogađa oba spola sličnom učestalošću. Međutim, zapažene su značajne razlike prema dobi i godini studija. Studenti prve godine redovitog studija pokazali su značajno veće opsesivno-kompulzivne navike u usporedbi s onima na trećoj godini. Ovi rezultati sugeriraju da početna godina studija može biti posebno stresna zbog prilagodbe na akademske zahtjeve i kliničku praksu kao i činjenica da se studenti s vremenom prilagođavaju akademskim i kliničkim zahtjevima te razvijaju bolje strategije suočavanja s anksioznošću i stresom. Istraživanje je pokazalo značajne razlike u nekoliko specifičnih opsesivno-kompulzivnih navika prema dobi ispitanika. Na primjer, studenti prve godine redovitog studija iskazali su značajno veće slaganje s izjavama poput »Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke« i »Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici«. Ovi rezultati mogu se objasniti povećanom anksioznošću i nesigurnostima koje prate početak profesionalnog obrazovanja i kliničkog rada. Rezultati nisu pokazali značajne razlike u opsesivno-kompulzivnim navikama prema radnom statusu ispitanika. Ovo može sugerirati da je stres povezan s akademskim zahtjevima i kliničkom praksom snažniji faktor za razvoj OKP-a nego zaposlenje uz studij. Međutim, dodatna su

istraživanja potrebna kako bi se bolje razumjeli specifični utjecaji radnog statusa na OKP kod studenata sestrinstva.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na visoku prisutnost opsesivno-kompulzivnih simptoma među studentima sestrinstva posebno među onima na početku studiranja. Iako nema značajnih razlika prema spolu i radnom statusu, postoje značajne razlike prema dobi i godini studija. Ovi nalazi naglašavaju potrebu za pružanjem podrške i resursa za mentalno zdravlje studentima sestrinstva posebno onima na prvoj godini kako bi se smanjio stres i spriječio razvoj opsesivno-kompulzivnog poremećaja: Važno je naglasiti da je njihova mentalna stabilnost itekako važna, jer oni kao zdravstveni djelatnici pružaju zdravstvenu njegu drugima. Na tom tragu, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se istražili specifični faktori rizika i razvile učinkovite intervencije za ovu populaciju.

## 6. ZAKLJUČAK

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) ozbiljan je mentalni poremećaj koji značajno utječe na kvalitetu života oboljelih. Karakteriziran opsesivnim mislima i kompulzivnim ponašanjima, OKP može dovesti do značajne patnje i funkcionalne onesposobljenosti. OKP utječe na osobe svih dobnih skupina i društvenih slojeva. Poremećaj može početi u djetinjstvu, adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a bez adekvatnog liječenja može postati kroničan i iscrpljujući. Etiologija OKP-a uključuje kombinaciju genetskih, neurobioloških, psiholoških i okolišnih čimbenika. Genetska predispozicija, abnormalnosti u serotoninском sustavu, specifični traumatski događaji i stres mogu povećati rizik od razvoja OKP-a. Dijagnosticiranje OKP-a zahtijeva detaljnu kliničku evaluaciju. Kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije (KBT) posebno ekspanzionalne terapije uz prevenciju odgovora (ERP), i farmakoterapije (SSRI) pokazale su se najučinkovitijima. Integrirana psihosocijalna podrška i edukacija također igraju ključnu ulogu u liječenju OKP-a. Iako primarna prevencija OKP-a ostaje izazovna, sekundarna i tercijarna prevencija usmjerene su na rano prepoznavanje simptoma i sprječavanje pogoršanja. Edukacija, rani tretman i kontinuirana podrška mogu značajno poboljšati ishode za oboljele. Zajedničkim naporima u podizanju svijesti, poboljšanju dostupnosti liječenja i podršci istraživanju može se napraviti korak naprijed u borbi protiv OKP-a. Ovo istraživanje pokazalo je da studenti sestrinstva mogu biti posebno podložni razvoju OKP-a zbog visokog stresa, odgovornosti i zahtjeva povezanim s njihovim obrazovanjem i budućom profesijom.

## LITERATURA

1. American Psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internet]. Version 5.0. Washington, DC, London, England; 2013. [pristupljeno: 07.06.2024.]. Dostupno na: [https://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
2. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. [Internet]. 2014 Sep [pristupljeno: 07.06.2024.];37(3):375-91. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25150568/>
3. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, et al. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Curr Neuropharmacol [Internet]. 2019 [pristupljeno: 07.06.2024.];17(8):710-736. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30101713/>
4. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. Neuron [Internet]. 2019 Apr [pristupljeno: 07.06.2024.];102(1):27-47. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946823/>
5. Hirschtritt, Matthew E.; Bloch, Michael H.; Mathews, Carol A. "[Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment](#)". Jama 317.13 [Internet]. 2017 [pristupljeno:07.06.2024.];1358–1367. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384832/>
6. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2019 Aug [pristupljeno: 07.06.2024.];5(1):52. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31371720/>
7. Stein D., Hollander E., Rothbaun B.O. Textbook of anxiety Disorders [Internet]. Version 2.0. Washington, DC London, England: 2009. [pristupljeno 07.06.2024.]. Dostupno na: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/36589/1/3089.pdf#page=98>
8. Fink E, Begeer S, Peterson CC, Slaughter V, de Rosnay M. Friendlessness and theory of mind: a prospective longitudinal study. Br J Dev Psychol [Internet]. 2015 Mar [pristupljeno 07.06.2024.];33(1):1-17. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25180991/>

9. Jakić M. Kognitivno-bihevioralni pristup liječenju opsesivnokompulzivnog poremećaja kod djece. *Socijalna psihijatrija* [Internet]. 2017 [pristupljeno 07.06.2024.];45(2):139-148. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/270896>
10. Švarc Petra. Diferencijalna dijagnostika i liječenje opsesivno-kompulzivnog poremećaja [diplomski rad]. [Zagreb]: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015. 38p. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A627/datastream/PDF/view>
11. Mahjani B, Bey K, Boberg J, Burton C. Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2021 Oct [pristupljeno 07.06,2024.];51(13):2247-2259. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34030745/>
12. Purty A, Nestadt G, Samuels JF, Viswanath B. Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan [pristupljeno: 07.06.2024.];61(Suppl 1):S37-S42. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343406/>
13. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2014 Aug [pristupljeno: 08.06.2024.];68(8):587-605. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24762196/>
14. Buljan Z. Opsesivno- kompulzivni poremećaj [završni rad]. [Osijek]: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2015. 22 p. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:138799>
15. Rozenman M, Piacentini J, O'Neill J, Bergman RL, Chang S, Peris TS. Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 Jun [pristupljeno 08.06.2024.];276:115-123. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31075706/>
16. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Cent Nerv Syst Dis* [Internet]. 2016 Aug [pristupljeno: 08.06.2024.] ;8:13-29. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27594793/>
17. Brakoulias V, Perkes IE, Tsalamaniotis E. A call for prevention and early intervention in obsessive-compulsive disorder. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2018 Aug [pristupljeno 08.06.2024.];12(4):572-577. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29239120/>

18. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain Behav* [Internet]. 2023 Jun [pristupljeno: 08.06.2024.];13(6):e3000. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37137502/>
19. Fineberg NA, Dell'Osso B, Albert U, Maina G, Geller D, Carmi L, et al. Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2019 Apr [pristupljeno 10.06.2024.];29(4):549-565. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30773387/>
20. Brierley ME, Albertella L, Christensen E, Rotaru K, Jacka FN, Segrave RA, et al. Lifestyle risk factors for obsessive-compulsive symptoms and related phenomena: What should lifestyle interventions target? *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2023 Mar [pristupljeno 10.06.2024.];57(3):379-390. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362326/>
21. Pascarzi C. Ph.D. Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: An Illustrated Book For Children to Aid in Early Diagnosis [master's thesis]. [Ann Arbor, MI, USA]: Alliant International University; 2013. 20 p.
22. Ferreri F, Bourla A, Peretti CS, Segawa T, Jaafari N, Mouchabac S. How New Technologies Can Improve Prediction, Assessment, and Intervention in Obsessive-Compulsive Disorder (e-OCD): Review. *JMIR Ment Health* [Internet]. 2019 Dec [pristupljeno 10.06.2024.];6(12):e11643. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31821153/>
23. Liu X, Fan Q. Early Identification and Intervention in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sci* [Internet]. 2023 Feb [pristupljeno 10.06.2024.];13(3):399. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36979207/>
24. Issari Y, Jakubovski E, Bartley CA, Pittenger C, Bloch MH. Early onset of response with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2016 May [pristupljeno 10.06.2024.];77(5):e605-11. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27249090/>
25. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child* [Internet]. 2015 May [pristupljeno 10.06.2024.];100(5):495-9. Dostupno na: <https://escipub.com/ajpr-2022-06-2106tf/>
26. Frančišković T, Moro Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.



## **PRIVITCI**

Privitak A: Popis ilustracija

Tablica 1. Raspodjela demografskih varijabli ispitanika

Tablica 2. Raspodjela opsesivno-kompulzivnih navika

Tablica 3. Opsesivno-kompulzivne navike prema spolu ispitanika

Tablica 4. Opsesivno-kompulzivne navike prema dobi ispitanika

Tablica 5. Opsesivno-kompulzivne navike prema godini studija ispitanika

Tablica 6. Opsesivno-kompulzivne navike prema radnom statusu ispitanika

Tablica 7. Povezanost opsesivno-kompulzivnih navika sa radnim statusom ispitanika (I dio)

Tablica 8. Povezanost opsesivno-kompulzivnih navika sa radnim statusom ispitanika (II dio)

Tablica 9. Deskriptivna statistika ukupnog rezultata opsesivno-kompulzivnih navika

Tablica 10. Raspodjela ukupnog rezultata Opesivno-kompulzivnih navika prema demografskim varijablama

Privitak B: Upitnik

Poštovani,

Pozivam Vas da sudjelujete u istraživanju ispunjavanjem upitnika u kojem se ispituju opsesivno-kompulzivne navike studenata prijediplomskog studija Sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Upitnik je anonimn. Vrijeme potrebno za rješavanje istog je 10-15 minuta. Sudjelovanje je dobrovoljno i u bilo kojem trenutku možete odustati. Svi prikupljeni rezultati koristit će se isključivo u istraživačke svrhe i obrane Završnog rada studentice. Kako bi se dobili pravodobni rezultati, molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno i samostalno.

Pitanja označena sa \* obavezno je ispuniti.

Pročitao/pročitala sam upute i pristajem na sudjelovanje u istraživanju:\*

- a) da
- b) ne

I) Sociodemografski podatci

1. Spol:\*

- a) žensko
- b) muško

2. Dob:\*

- a) 18-24
- b) 25-29
- c) 30-49
- d) više od 50 godina

3. Godina studija:\*

- a) 1. godina redovnog prijediplomskog studija Sestrinstva
- b) 2. godina redovnog prijediplomskog studija Sestrinstva

- c) 3. godina redovnog prijediplomskog studija Sestrinstva
- d) 1. godina izvanrednog prijediplomskog studija Sestrinstva
- e) 2. godina izvanrednog prijediplomskog studija Sestrinstva
- f) 3. godina izvanrednog prijediplomskog studija Sestrinstva

4. Radni status:\*

- a) zaposlen/zaposlena
- b) nezaposlen/nezaposlena

II) U ovome dijelu upitnika odgovarate označavanjem brojeva od 1-5, pritom brojevi znače 1- nikada; 2- rijetko; 3- ponekad; 4- često; 5- vrlo često

5. Previše mislim o nekim stvarima iako to ne želim:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

6. Događa mi se da stalno moram ponavljati neke postupke (npr. stavljati stvari određenim redoslijedom, prati ruke iako nisu prljave, i sl.):\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

7. Događa mi se da i po nekoliko puta provjeravam jesu li vrata zaključana ili svjetlo ugašeno:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

8. Provjeravam svoje bilješke ili zadatke više puta kako bih bio/bila siguran/sigurna da su točni:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

9. Opsesivne misli me ometaju u svakodnevnim aktivnostima:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

10. Kompulzivne radnje me ometaju u akademskim obavezama i svakodnevnom životu:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

11. Opsesivno-kompulzivne navike me sprječavaju da se osjećam mirno i opušteno:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

12. Osjećam prisilu da provjeravam medicinsku opremu i higijenske uvjete kako bih osigurao/osigurala sigurnost pacijenata:\*

- a) 1
- b) 2

- c) 3
- d) 4
- e) 5

13. Osjećam potrebu za savršenošću (perfekcionizmom) u pružanju zdravstvene skrbi:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

14. Imam opsesivne misli o napravljenim greškama u radu s pacijentima:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

15. Imam opsesivne misli povezane s brigom za dobrobit pacijenata:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

16. Osjećam se zabrinuto zbog mogućnosti zaraze tijekom rada/vježbi u bolnici:\*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

17. Imam opsesivne misli o mogućim nuspojavama lijekova koje primjenjujem pacijentima:\*

- a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5

## **ŽIVOTOPIS**

Moje ime je Marija Matošević. Rođena sam 19.08.2002. godine u Novoj Biljoj, Bosna i Hercegovina. Osnovnu školu završavam 2017. godine u Glini i iste godine upisujem Srednju školu Topusko, smjer fizioterapeutski tehničar. Nakon završetka četverogodišnjeg srednjoškolskog obrazovanja, 2021. godine upisujem prijediplomski stručni studij Sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, Sveučilište u Rijeci koji završavam 2024. godine.